



Universidad  
Nacional  
de Córdoba



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**“ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS DE SALUD BUCAL EN  
ESTUDIANTES DE CARRERAS DE GRADO DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA Y SU GRADO DE  
SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS”**

TESISTA:

**OD. MARÍA NOELIA SICA SÁNCHEZ**

DIRECTOR:

**PROF. DRA. MERCEDES SÁNCHEZ DAGÚM**

**CÓRDOBA, 2019**



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA DE POSGRADO**

*Trabajo de tesis para optar al título de Doctora en Odontología*

***Accesibilidad a los sistemas de Salud Bucal en estudiantes de carreras de grado de la Universidad Nacional de Córdoba y su grado de satisfacción de los servicios recibidos.***

**Odontóloga: María Noelia Sica Sánchez**

**Directora: Prof. Dra. Mercedes Sánchez Dagum**

**Año: 2019**

**Comisión de Seguimiento de Tesis (Resol. H.C.D. 347/13).**

**Prof. Dr. Gabriel Acevedo:** Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.

**Prof. Dra. Marcela Bella:** Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

**Prof. Dra. Mercedes Sánchez Dagum:** Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

**Jurado de Tesis: (Resol. H.C.D.394/17).**

**Prof. Dr. Gabriel Acevedo:** Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.

**Prof. Dra. Marcela Bella:** Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

**Prof. Dra. Silvia Quesada:** Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Buenos Aires.

**Dedicatoria:**

*A Federico y Santino, La razón de mi vida.*

*A mi mamá, por tanto, por todo.*

*A mi papá, Por estar siempre conmigo.*

**Agradecimientos:**

A Dios, por todo lo que me da.

A mi mamá, Prof. Esther Sánchez Dagum, por todo el amor, el apoyo incondicional, la fuerza y la admiración permanente.

A mi tía, la Prof. Dra. Mercedes Sánchez Dagum, por confiar siempre en mí, principalmente a nivel personal, por ser mi guía y ejemplo a seguir.

A mi Familia, mi hermano y mi primo, por nuestras vidas compartidas.

A Maru, quien con su presencia hace que mi vida sea más simple y que mi hijo crezca contenido y con amor.

A la Prof. Dra. Ma. Elsa Gomez de Ferraris, por su confianza, su apoyo y dedicación constante.

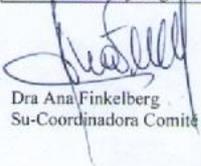
A la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria II por permitirme trabajar en terreno que tanto amo, lugar donde se genera la búsqueda permanente de acciones para mejorar la situación de la salud bucal.

A la Cátedra de Anatomía B por el trabajo, el aporte y la dedicación permanente.

A mis compañeras del SEP, por tantas horas de amistad y comprensión, principalmente a la Dra. Viviana Alcazar, con quien hemos compartido los diferentes estados de ánimo que lleva este proceso.

A la UNC y a sus estudiantes quienes son la razón principal de este estudio y por quienes trabajamos día a día para construir una sociedad más justa y equitativa.

**Certificado del Comité de Ética:**

  																	
<b>Universidad Nacional de Córdoba</b> <b>Facultad de Odontología</b>																	
<b>INFORME DE EVALUACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION</b> <b>PARA EL INVESTIGADOR</b> Comisión de Ética "Ad Hoc" Res. Dec. 305/12, con aprobación transitoria del COEIS 2013																	
<b>Título del Trabajo de Investigación de Tesis Doctoral</b>	"Accesibilidad a los sistemas de salud bucal en estudiantes de carreras de grado de la Universidad Nacional de Córdoba y su grado de satisfacción de los servicios recibidos"																
<b>Nombre Abreviado N° 50 ODO</b>	No refiere																
<b>Investigador Director</b>	Od. María Noelia Sica Sanchez Tesis Doctoral																
<b>Institución y Sede de la Investigación</b>	Facultad de Odontología UNC																
<b>Documento Presentados</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>-Nota dirigida al coordinador</td> <td style="text-align: center;">Si</td> </tr> <tr> <td>- Formulario REPIS no patrocinadas :</td> <td style="text-align: center;">Si</td> </tr> <tr> <td>-Protocolo de investigación</td> <td style="text-align: center;">Si</td> </tr> <tr> <td>-Formulario de consentimiento informado y hoja de información al paciente:</td> <td style="text-align: center;">Si</td> </tr> <tr> <td>-Información al paciente sobre la investigación</td> <td style="text-align: center;">Si</td> </tr> <tr> <td>- Nota copia declaración de acuerdo de los investigadores</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>- Declaración del origen institucional del paciente</td> <td style="text-align: center;">Si</td> </tr> <tr> <td>- Lista y firma de los investigadores participantes</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </table>	-Nota dirigida al coordinador	Si	- Formulario REPIS no patrocinadas :	Si	-Protocolo de investigación	Si	-Formulario de consentimiento informado y hoja de información al paciente:	Si	-Información al paciente sobre la investigación	Si	- Nota copia declaración de acuerdo de los investigadores	-	- Declaración del origen institucional del paciente	Si	- Lista y firma de los investigadores participantes	-
-Nota dirigida al coordinador	Si																
- Formulario REPIS no patrocinadas :	Si																
-Protocolo de investigación	Si																
-Formulario de consentimiento informado y hoja de información al paciente:	Si																
-Información al paciente sobre la investigación	Si																
- Nota copia declaración de acuerdo de los investigadores	-																
- Declaración del origen institucional del paciente	Si																
- Lista y firma de los investigadores participantes	-																
<b>Integrantes del Comité de CIEIS</b>	Dra. Gomez de Ferraris, ME (Coordinadora) Dra. Finkelberg, Ana (Subcoordinadora) Dra. Actis, Adriana Dra- Simbron, Alicia																
<b>Fecha del Informe</b>	5 de Setiembre de 2013																
<b>Resolución</b>	<b>Aprobado</b>																
<b>Documento Aprobados</b>	Título del Protocolo: "Accesibilidad a los sistemas de salud bucal en estudiantes de carreras de grado de la Universidad Nacional de Córdoba y su grado de satisfacción de los servicios recibidos"  <b>Formulario del consentimiento Aprobado</b>																
<b>Observaciones y Sugerencias</b>	<b>Sin observación</b>																
 																	
Dra Ana Finkelberg Su-Coordinadora Comité de Etica																	
Dra Gómez de Ferraris ME Coordinadora Comité de Etica																	

**ÍNDICE:**

<b>Resumen.....</b>	<b>7</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>9</b>
<b>I.- Introducción.....</b>	<b>11</b>
<b>II.- Marco teórico.....</b>	<b>17</b>
<b>III. objetivos.....</b>	<b>36</b>
<b>IV.- Materiales y métodos.....</b>	<b>38</b>
<b>V.- Resultados.....</b>	<b>46</b>
<b>VI.- Discusión.....</b>	<b>80</b>
<b>VII.- Conclusiones.....</b>	<b>84</b>
<b>VIII.- Citas Bibliográficas.....</b>	<b>87</b>
<b>IX.- Anexos.....</b>	<b>92</b>

## **ABREVIATURAS**

**ACM: Análisis de Correspondencias Múltiples**

**APROSS: Administración Provincial del Seguro de Salud**

**APS: Atención Primaria de la Salud.**

**DASPU: Obra Social Universitaria – UNC.**

**ODM: Objetivos del Desarrollo del Milenio**

**ODS: Objetivos del Desarrollo Sostenible**

**OMS: Organización Mundial de la Salud.**

**ONU: Organización de Naciones Unidas.**

**OPS: Organización Panamericana de la Salud.**

**O.S: Obra Social.**

**PASoS: Plan de Asistencia Social Solidaria para Estudiantes – UNC.**

**PEU: Programa de Estadísticas Universitarias – UNC.**

**PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo**

**SAE: Secretaría de Asuntos Estudiantiles – UNC.**

**UNC: Universidad Nacional de Córdoba.**

## RESUMEN

En los ámbitos de Salud, se entiende a la accesibilidad como **“el vínculo entre los sujetos de una comunidad y la capacidad de estos de alcanzar los Servicios de Salud”**. La adolescencia y la juventud se consideran como un período de Salud relativa, de menor morbilidad y baja mortalidad, mejores estados de Salud autorreportados, comparándolos con otros grupos etarios.

Dentro del marco de Universidades Saludables (OMS), la UNC trabaja fuertemente en la promoción y educación para la Salud, desarrollando políticas específicas e impulsando prácticas saludables desde una perspectiva de Salud integral.

Desde la Odontología Comunitaria, buscamos conocer cuál es la accesibilidad de los estudiantes de la UNC a los Servicios de Salud, como los utilizan, qué importancia le dan y el nivel de satisfacción con los mismos, para así complementar con medidas y políticas saludables orientadas a los estudiantes de la UNC.

El principal objetivo fue *valorar la asociación de indicadores de accesibilidad a los Sistemas de Salud y su grado de satisfacción con los servicios recibidos, con la importancia que le otorgan los estudiantes de la Universidad Nacional de Córdoba a la Salud Bucal.*

El presente estudio es de tipo transversal, descriptivo, observacional y correlacional. La población objeto fueron estudiantes regulares de las carreras de grado de la UNC, de 19 a 24 años de edad, año lectivo 2016, con un N120 000 alumnos y una muestra de n 400 (PEU). Los datos se recolectaron por medio de un instrumento “ad hoc” pre-codificado y semi-estructurado, validado por expertos y con prueba piloto. Para el análisis de los datos se utilizó el programa EPIDAT 6.2. (OPS)

Los hallazgos obtenidos fueron: Variable *seguridad social*: el 68,2% sin cobertura, 31,8% con cobertura, de estos, el 80,3% indicó que si la utilizaba. *Tiempo transcurrido desde la última visita al odontólogo*: el 75,5% acudió en los últimos 6 meses, el 13,8% entre 6 y 12 meses y el 10,8% hace más de un año. *Lugar de atención*: el 51,3% fue en consultorios privados, el 20% en Bienestar Estudiantil (UNC), en centros que cubría su obra social el 14,5% y en centros de Salud pública 14,2%. El *motivo más frecuente de la consulta* fue: control 43,3%, “arreglos” 33,3%; dolor 15%; gingivitis 5.3%, otros motivos 2,8%. *La satisfacción con respecto al servicio recibido* fue: muy satisfechos 56,8%, satisfechos 38%, poco satisfechos 5,6%. *Importancia de la Salud Bucal*, el 88,5% la señaló como muy importante, 11% medianamente importante, al 0,5% le pareció poco importante la mantención de la misma.

Para los alumnos de la UNC la Salud Bucal en general es muy importante y se sienten muy satisfechos con la atención recibida, acuden con frecuencia a los Servicios de Salud principalmente por controles. La Odontología Comunitaria debe continuar con acciones y prácticas saludables para toda la comunidad universitaria, con el objetivo de mantener y mejorar la Salud Bucal, como parte integral de la Salud General.

## **ABSTRACTS**

### **Accessibility to oral health systems in undergraduate students of the National University of Cordoba and their degree of satisfaction with the services received.**

In the areas of Health, accessibility is understood as "the link between the subjects of a community and the capacity of these to reach Health Services". Adolescence and youth are considered as a period of relative health, of lower morbidity and low mortality, better self-reported health states, comparing them with other age groups.

Within the framework of Healthy Universities (WHO), the UNC works hard in the promotion and education for Health, developing specific policies and promoting healthy practices from an integral health perspective. From the Community Dentistry, we seek to know what is the accessibility of the UNC students to Health Services, how they use it, how important they think it is, and the level of satisfaction with them, in order to complement that service with healthy measures and policies, aimed at the students of the UNC.

The main objective was to assess the association of accessibility indicators to Health Systems and their degree of satisfaction with the services received, with the importance given to students of the National University of Córdoba to Oral Health. The present study is of a transversal, descriptive, observational and correlational type. The target population were regular students of UNC degree programs, from 19 to 24 years of age, 2016 school year, with a N120 000 students and a sample of n 400 (PEU). The data was collected by means of a pre-coded and semi-structured "ad hoc" instrument, validated by experts and with a pilot test. The EPIDAT 6.2 program was used to analyze the data. (OPS)

The findings obtained were: Variable social security: 68.2% without coverage, 31.8% with coverage, of these, 80.3% indicated that if they used it. Time elapsed since the last visit to the dentist: 75.5% came in the last 6 months, 13.8% between 6 and 12 months and 10.8% more than a year ago. Place of attention: 51.3% were in private practices, 20% in Student Welfare (UNC), in centers that covered their social work 14.5% and in Public Health centers 14.2%. The most frequent reason for the consultation was: control 43.3%, "restorations" 33.3%; pain 15%; 5.3% gingivitis, other reasons 2.8%. The satisfaction with respect to the service received was: very satisfied 56.8%, satisfied 38%, little satisfied 5.6%. Importance of oral health, 88.5% said it was very important, 11% moderately important, 0.5% considered it unimportant to maintain.

For the students of the UNC, oral health in general is very important and they feel very satisfied with the care received. They frequently visit the Health Services mainly through controls. Community Dentistry must continue with healthy actions and practices for the entire university community, with the objective of maintaining and improving Oral Health, as an integral part of General Health.

# **CAPÍTULO I:**

## ***INTRODUCCIÓN***

### ***PLANTEO DE LA PROBLEMÁTICA***

## **I.- Introducción:**

En la declaración de Alma Ata (Organización Mundial de la Salud, 1978), donde se origina la estrategia de atención primaria de la salud, se reitera firmemente que la salud es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social de suma importancia.

Desde hace cuarenta años, cuando se habla de Atención Primaria de Salud (APS), se la asocia generalmente con el derecho a la salud, donde todos los individuos deben tener el acceso a la misma.

*“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.* (OMS, 2007).

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas (ONU) el derecho a la Salud abarca cuatro elementos:

1 **Disponibilidad:** se refiere a que toda población deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de Salud, así como de programas de Salud.

2 **Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de Salud deben ser accesibles a toda la población dentro de la jurisdicción del Estado Parte. (no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica, acceso a la información).

3 **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de Salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos de género y ciclos de vida.

4 **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de Salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Reflexionar en relación al uso que los individuos hacen de los servicios de Salud, nos lleva a pensar en la accesibilidad que la población tiene a dichos servicios y a la satisfacción de los usuarios con los mismos; por lo que el acceso a los servicios de Salud es uno de los retos más importantes que tienen principalmente los sistemas de Salud de los países. (Restrepo-Zea, 2015).

La posibilidad que tiene cada individuo de hacer uso de los servicios cuando lo requiere es la expresión de la cobertura universal; es entonces cuando se habla de acceso efectivo. Se ha señalado que bajo un modelo de cobertura universal es indispensable pensar en calidad, accesibilidad y equidad como conceptos consustanciales; de esta manera se enfatizan algunos conceptos como la relación

íntima e indisoluble entre la calidad y la accesibilidad, a grado tal que se considera que *“la calidad en abstracto, sin tener acceso, es un absurdo y que el acceso, sin calidad, es una falta de ética”*, dentro de un contexto de equidad, y propone que para hablar de un modelo universal de Salud se requiere necesariamente de un acceso universal a los servicios, (Fajardo Dolci ,2015)

El acceso a los servicios de Salud, entendidos de forma amplia desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, resulta ser entonces la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado, como así de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de Salud de la población, aunque no todos los individuos de una población tienen igual accesibilidad a los sistemas de Salud y generalmente hay un gran consenso entre organizaciones sociales y de Salud, que atribuyen, estas desigualdades, a las diferencias socioeconómicas existentes en una población. (Sackett., 1994).

Debido a esta problemática surgen discrepancias sobre el significado de accesibilidad, a tal efecto, podemos citar a diversos autores: por ejemplo *“la facilidad con que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversas índoles”*. (Hamilton, 2001.), también se define como la *“posibilidad que tiene la población de ser atendida en un servicio de Salud”* y para medirla utiliza la fórmula de *“números de establecimientos de salud que ejecutan un programa / número total de establecimientos existentes X100”*; ( Otero y Otero, 2003) ó como *“la posibilidad de ser atendidos”* (Azevedo 2001) y (Comes, 2004) en su tesis doctoral la define como *“una relación entre los servicios y los sujetos en la que tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse”* , entre otros.

En todos los ámbitos de Salud, queda claro que se establece a la accesibilidad como ***“el vínculo entre los sujetos de una comunidad y la capacidad de estos de alcanzar los servicios de Salud”***.

- **Universidades Saludables**

En 2006, la OMS estableció el concepto de Universidades Saludables, en donde aconseja sobre la importancia de enseñar a los integrantes de las comunidades educativas universitarias hábitos saludables y protectores de la Salud.

El concepto de ***Universidades Promotoras de la Salud*** hace referencia a las entidades de Educación Superior que han desarrollado una cultura organizativa

orientada por los valores y los principios asociados al movimiento global de la Promoción de la Salud, con apoyo constatado, a través, de una política institucional propia para el fomento y la permanencia de las acciones de Promoción de la Salud. (Universidad de Navarra 2011-2015)

Esta política institucional debe ser clara y comprende acciones de Promoción de la Salud en su acepción más amplia, con especial incidencia en los siguientes componentes:

- Desarrollo de normativa y políticas institucionales para propiciar ambientes favorables a la Salud.
- Desarrollo de acciones de formación académica profesional en Promoción de Salud y Educación para la Salud, así como de otras modalidades de capacitación dirigidas a la comunidad universitaria.
- Desarrollo de acciones de investigación y evaluación en Promoción de Salud.
- Oferta de servicios preventivos y de cuidado y atención a la Salud.
- Desarrollo de opciones de participación para el desarrollo de habilidades, liderazgo y abogacía en Salud entre los integrantes de la comunidad universitaria.
- Desarrollo de acciones con la comunidad, a través de sus principales entidades sociales, instituciones, etc.
- Otras instancias institucionales y sociales relacionadas con la Promoción de la Salud, basadas en el reconocimiento e imperativos del enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, que contribuyan a la Salud, al cambio social, al bienestar y a la calidad de vida de la comunidad universitaria y del ambiente externo con el que se relaciona. (Arroyo, 2009).

- **La Universidad Nacional de Córdoba**

La Ciudad de Córdoba, es reconocida mundialmente por ser cuna de Universidades, por su nivel y su alto rendimiento académico. Actualmente a la Universidad Nacional de Córdoba, (UNC), llegan miles de jóvenes por año, con la expectativa de obtener un título universitario; estos jóvenes provienen de diferentes regiones y ciudades del interior de la provincia, como de provincias vecinas, así como también de otros países principalmente latinoamericanos como por ejemplo Brasil, Bolivia, Chile, Perú y Uruguay.

La Universidad Nacional de Córdoba trabaja fuertemente en la promoción de hábitos de vida saludables en la comunidad universitaria. Teniendo en cuenta este desafío, la Dirección de Salud de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles (SAE) desarrolla

políticas específicas, tendientes a conocer el estado de Salud de los estudiantes y a impulsar prácticas saludables desde una perspectiva de Salud Integral. Además, la Dirección de Salud brinda asistencia médica a los estudiantes, y facilita el acceso al Sistema de Salud.

En este espacio se pueden realizar todas las consultas que sean necesarias de manera completamente gratuita, con sólo estar matriculados en la Universidad.

En los consultorios se atienden alumnos de todas las carreras, pudiendo acudir a diversas especialidades médicas (SAE- UNC, 2012).

Cuando los interesados se inscriben en las carreras universitarias, deben concurrir a los consultorios de Bienestar Estudiantil, dependientes de la SAE., donde se les realizan exámenes preventivos, que permiten conocer el estado de Salud de los estudiantes; en caso de detectar algún problema de mayor complejidad, son derivados a los hospitales escuelas a través del Plan de Asistencia Social Solidaria (PASoS).

- **Adolescencia y Juventud**

La adolescencia y la juventud se consideran como un período de Salud relativa y baja mortalidad, en la que las disparidades en materia de Salud son mínimas (Goodman, 1999). Es decir que los jóvenes enferman menos y que las Políticas en Salud generalmente están dirigidas a las personas que padecen mayor riesgo a enfermar. Debemos generar la promoción de las prácticas saludables y la adopción de medidas para proteger mejor a los jóvenes frente a los riesgos para su Salud que son fundamentales para el futuro de la infraestructura sanitaria y social de los países y para prevenir la aparición de problemas de Salud en la edad adulta (OMS, 2011).

Diversos son los factores que influyen en la Salud de las personas, los cambios sociales, económicos y demográficos, rápidos y con frecuencia adversos, afectan a las condiciones laborales, los entornos de aprendizaje, las estructuras familiares, y la cultura y la urdimbre social de las comunidades (Carot, 2010).

- **Interrogantes**

Por lo expuesto nos preguntamos: ¿las situaciones mencionadas son habituales en los estudiantes universitarios que se incorporan a la UNC? ¿Cuentan con un sistema de cobertura de seguridad social? En el caso en que tuvieran cobertura de Salud, ¿Utilizan el servicio? Los estudiantes provenientes de otras regiones ¿cuentan con algún convenio de reciprocidad para la atención en Salud en la Ciudad de Córdoba?

Debido a la importancia que los Servicios de Salud le están otorgando a la Odontología Comunitaria, es relevante conocer: ¿Cuál es la accesibilidad de los jóvenes estudiantes de la UNC a los mismos, ya sean éstos, del subsector público, de la Seguridad Social, y/o privado? ¿Cuál es la cobertura de Salud Bucal que poseen?, ¿Dónde son atendidos? En relación a las prestaciones recibidas, los estudiantes: ¿Están satisfechos con la atención recibida? Así como también es significativo conocer: ¿Cuál es la importancia que ocupa la Salud Bucal como integrante de la Salud General para los individuos de la comunidad en estudio?

Todos estos interrogantes y sus posibles respuestas nos han llevado a plantear la temática de esta tesis y a buscar resultados que puedan ser útiles al desarrollo de políticas de Salud y fortalecer las acciones que la Universidad Nacional de Córdoba ejecuta en el marco de Universidades Saludables.

## **CAPÍTULO II:**

# ***MARCO TEÓRICO***

## **II.- Marco Teórico:**

- **Accesibilidad o Acceso a la Salud**

Cuando hablamos de accesibilidad a los Servicios de Salud, la literatura científica señala que es una noción compleja con gran variedad de interpretaciones. El acceso a los Servicios de Salud ha sido abordado en múltiples estudios en muchos países, y si bien diversos autores han señalado que existen distintas formas de conceptualizar y operacionalizar el concepto de acceso, en muchos casos se debe analizar su vínculo con el término accesibilidad y con la utilización de los servicios; y en otros, los conceptos acceso y accesibilidad son utilizados como sinónimos.

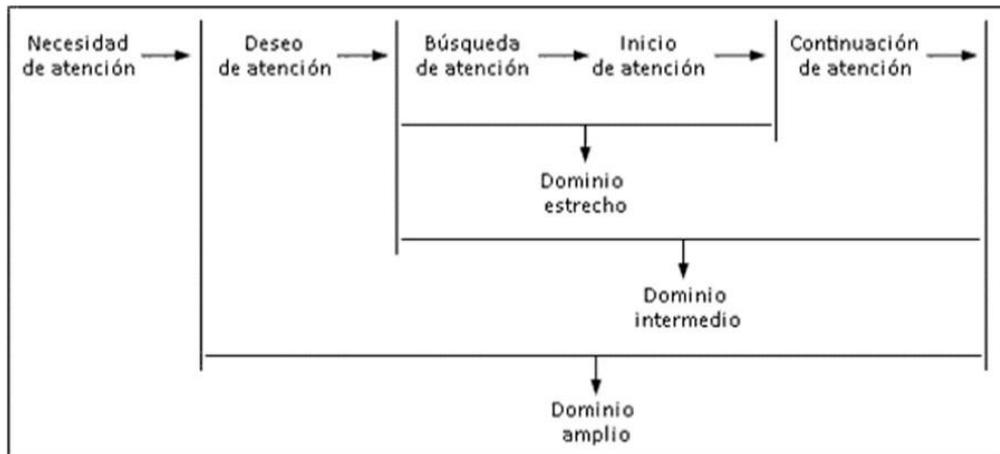
Se ha denominado a la accesibilidad como una dimensión que da cuenta de la capacidad de los usuarios para obtener atención (Frenk, 1985) y se propuso subordinar al término acceso como una dimensión de la accesibilidad, entre las distintas conceptualizaciones, hay diferencias en el enfoque que se le da al concepto acceso, mientras algunos autores se centran en las características de la población, otros lo hacen en las características de la oferta de Servicios de Salud, o bien combinan ambas perspectivas.

En el acceso a la Atención de la Salud, se plantea que el mismo es el resultado de variables que van más allá de la disponibilidad de recursos y se centra en aspectos socio-organizacionales y geográficos (Donabedian, 1988).

Se identifican cuatro dimensiones de las cuales depende el acceso: **características contextuales** (Sistema de Salud, familia y comunidad), **características individuales**, **Conductas de Salud** y **resultados**. Estos autores consideran que las características contextuales e individuales determinan las Conductas de Salud y los resultados del proceso de acceso, las cuales retroalimentan a las otras dimensiones (Andersen, 1995).

En el proceso de acceso, existe una interacción entre aspectos específicos de la provisión de servicios y de la población, que es influenciada tanto por las características del Sistema de Salud como por los recursos y capacidades de la población para reconocer necesidades y buscar atención. El modelo que planteó Frenk de accesibilidad a la Salud en 1985, es útil para analizar la equidad en el acceso a la Atención Sanitaria, porque facilita **la identificación de grupos específicos con necesidades insatisfechas e identifica las barreras y facilitadores que obstaculizan o favorecen el logro de la cobertura efectiva en cada uno de tales grupos.**

En resumen, el acceso hace referencia al proceso que va desde la búsqueda hasta el inicio de la atención, analizando los factores que obstaculizan o facilitan la obtención de la atención (**Dominio estrecho**), y en un sentido más amplio (**Dominio amplio**), el acceso también abarca las necesidades de Salud, la percepción diferencial de necesidades, el deseo de la atención y el proceso de toma de decisiones como antecedentes a la búsqueda de la atención, así como la continuidad y los resultados luego del contacto inicial (Frenk, 1985).



**Figura 1. Modelo adaptado de Frenk. El concepto y medición de la accesibilidad. Mexico. 1985.**

Retomando la definición de accesibilidad, se plantea que es una fusión de la relación entre los obstáculos en la búsqueda y obtención de atención, en este sentido pueden existir, en esa mediación entre un proceso y otro, una serie de obstáculos o barreras de acceso, entendidas como factores que se colocan entre los usuarios y los servicios y que obstaculizan o limitan la posibilidad de lograr la atención necesaria. Frenk, plantea tres dimensiones a partir de las cuales se relacionan los obstáculos del sistema y las capacidades o recursos de la población: **la ecológica**, que relaciona a los problemas que surgen por la ubicación de los lugares de atención, con los recursos de tiempo y transporte de los usuarios; **la financiera**, que vincula los costos en la obtención de la atención con la capacidad financiera de los usuarios y **la organizacional**, que en los obstáculos incluye las demoras para obtener turnos y los tiempos de espera, mientras que en las capacidades incluye la disponibilidad de tiempo libre y la tolerancia a las demoras. (Frenk ,1985).

Por otro lado, en el alcance amplio del concepto hay otros autores que han resaltado la importancia de los factores comunitarios o contextuales en tanto determinantes del acceso como complemento de los individuales. Esto no sólo por la disponibilidad de servicios, sino también porque hay aspectos ambientales, sociales,

culturales, económicos y físicos que influyen en el acceso a los servicios (Lavesque et al., 2013).

Autores enmarcados en la Salud Colectiva Latinoamericana proponen incluir la conciencia sanitaria, en tanto una dimensión política del acceso, que implica la conciencia de que la Salud es un derecho de las personas y un interés de la comunidad (Abreu de Jesús, Araújo Assis, 2010). Por lo que el acceso es propuesto también como un componente cognoscitivo a partir del cual la población comprende la determinación social del Proceso de Salud- Enfermedad- Atención -Cuidado.

Entre los factores demográficos que explican parte de la utilización no vinculados con el acceso, las edades extremas (niños y adultos mayores) y ser mujer (las mayores diferencias con los varones se encuentran en las edades reproductivas), son los predictores más importantes para el uso de los servicios de salud (Mendoza Sassi y Beria, 2001). La edad y el sexo influyen en la utilización de los servicios por factores biológicos, pero también porque son mediadores sociales, culturales y económicos de la experiencia de los sujetos en la sociedad (Kornblit y Mendes Diz, 2000) Por lo que edad y sexo, además de ser factores demográficos, son parte del conjunto de variables que componen la estructura social, al condicionar la desigual apropiación de recursos, de distribución de roles y de representaciones sobre el comportamiento correcto para los distintos grupos de edades y los géneros.

Con relación a la edad, la población joven además de tener una menor carga de morbilidad, tiende a no priorizar el cuidado de la Salud vinculado con la percepción de una menor vulnerabilidad; mientras que lo opuesto ocurre con relación a los niños y ancianos (Kornblit, Mendes Diz, 2007). Las personas más jóvenes tienen mejores estados de Salud autorreportados, declaran tener menos enfermedades de tratamiento prolongado, consultan menos los Servicios de Salud, y cuando lo hacen, en mayor proporción es por motivos curativos (López, 2005).

La dimensión simbólica del acceso a la atención prevalece en el sentido de que a pesar de que existen barreras de índole económica, técnica y política, los Servicios de Salud generalmente están a disposición de los adolescentes, y son las concepciones, ideas, percepciones que tienen estos las que actúan como barrera de acceso, en especial en dos vertientes que se han hallado aquí como las más importantes: **la primera en relación a su autonomía**, los adolescentes no sienten que puedan ser responsables de sí mismos, y la **falta de acceso a la información**, donde se aprecia que hay información pero no está siendo debidamente asimilada por los adolescentes.(Gonzalez Samora, 2015)

El modelo de Tanahashi, 1978 considera cuatro etapas en el proceso de acceso para obtener cobertura efectiva:

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

**Accesibilidad**, asociada a accesibilidad física como distancia, conectividad, y existencia y tiempo de transporte; organizacional/administrativa, relacionada con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención, y financiera, relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo.

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

**Contacto con el servicio**, entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención; y cobertura efectiva. (Tanahashi, 1978)

Hay quienes sostienen que la utilización de los Servicios de Salud es fusión de tres grupos de factores:

1) **Factores predisponentes**, existentes previo al surgimiento del problema y que disponen anticipadamente a la utilización de los servicios, aquí se encuentran los factores demográficos (sexo y edad), los de la estructura social (el nivel educativo, la clase social y la etnia, que están asociados con el estatus social y con un acceso a recursos y habilidades diferenciales para afrontar problemas), y los de información, creencias y concepciones de Salud (actitudes y conocimientos sobre la Salud y los Servicios de Salud).

2) **Factores capacitantes**, que dan cuenta de los medios disponibles para obtener atención de Salud a nivel comunitario (disponibilidad de los servicios) e individual (los medios y el conocimiento para utilizar el servicio, como dinero, seguro de Salud, los tiempos de espera, etc.).

3) **Factores de las necesidades de Salud**, en tanto condiciones de Salud percibidas por las personas, entendiendo que tanto las condiciones de Salud como las percepciones, están fuertemente influenciadas por la estructura social y las creencias en Salud. (Aday, 1974), (Andersen, 1995).

Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad

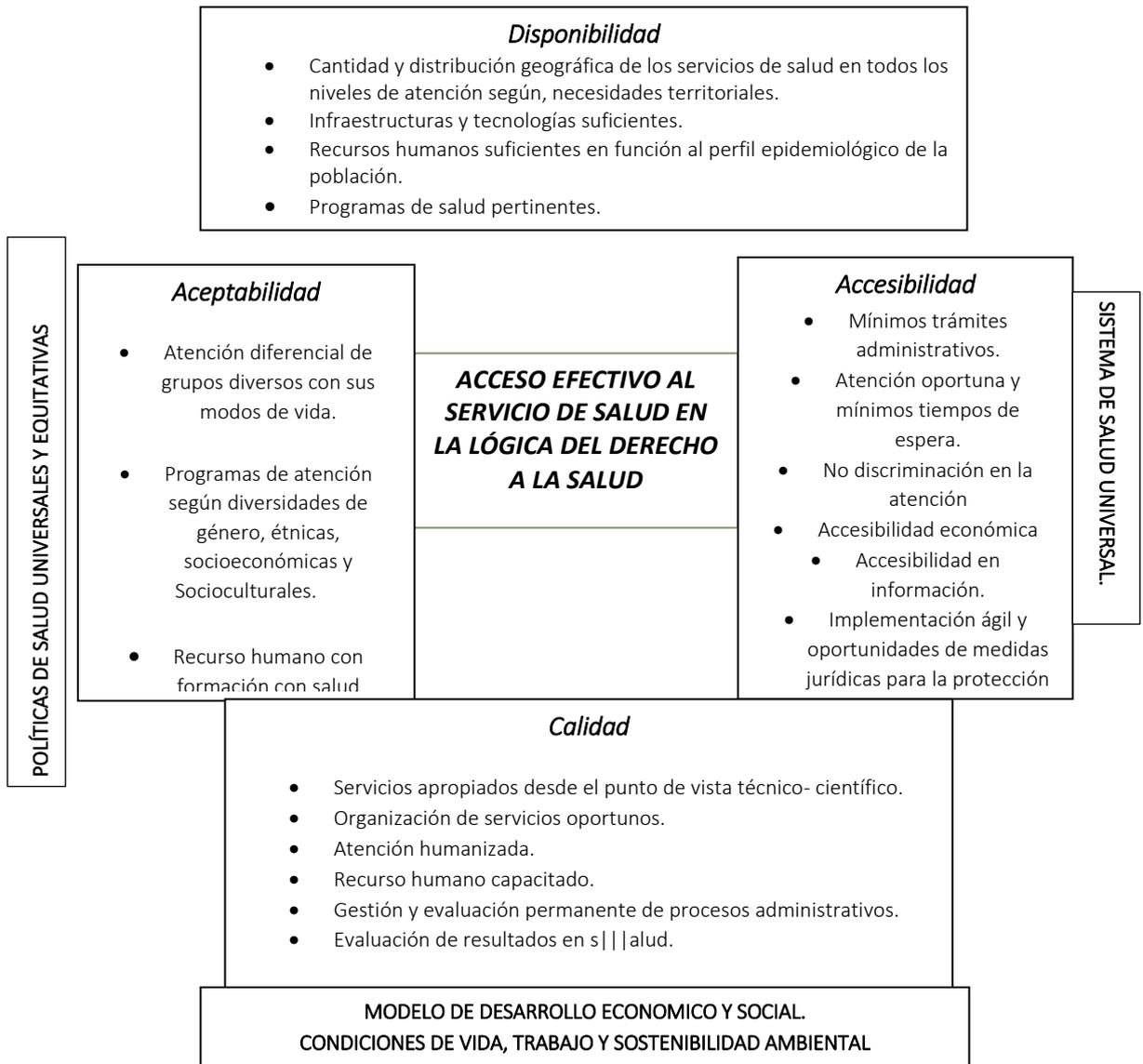


Figura 2: Modelo de Tanahashi

Fuente: Hirmas Aday M, et al. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Pública. 2013.

La identificación de barreras y de elementos facilitadores en el acceso a la atención de Salud contribuye a un monitoreo de la equidad en Salud más efectivo y es un paso imprescindible para mejorar el acceso de toda la población y reducir las inequidades sociales y de Salud. (Hirmas, 2013).

En la actualidad, en contextos de Justicia Social y Derecho a la Salud se activa el principio de responsabilidad moral en todos los niveles y se justifica éticamente el principio de equidad en el acceso a los Servicios de Salud. **El principio de equidad establece igual acceso real y efectivo a los cuidados de Salud, preventivos y curativos, a través de su redistribución diferenciada.** Conceptualizar el acceso con principio de equidad vertical, atribuyendo más a quien menos tiene y viceversa, pero también aplicando el principio de equidad horizontal, es decir, atribuyendo lo mismo a los que se encuentran en iguales condiciones, constituye un reto conceptual mayor, y en la práctica, una acción de los Sistemas de Salud en contra de las inequidades en el acceso. (Arrivillaga y Borrero, 2016).



**Figura 3: Modelo teórico-conceptual en acceso efectivo a Servicios de Salud en la lógica del derecho a la Salud. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre Acceso a Servicios de Salud, 1970-2013. (Arrivillaga- Borrero, 2016).**

En todos los ámbitos de Salud, queda claro que se establece a la accesibilidad como **“el vínculo entre los sujetos de una comunidad y la capacidad de alcanzar los Servicios de Salud”**, como Odontólogos, no podemos dejar de incluir a la Salud Bucal dentro de las demandas de los integrantes de la población con los Sistemas de Salud, como un derecho de la sociedad, dando por supuesto que, los servicios de Salud Bucal deben atravesar transversalmente a todos los individuos a través del principio de **universalidad de cobertura**.

- **Accesibilidad y Determinantes Sociales de la Salud**

Los Determinantes Sociales de la Salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el Sistema de Salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas. Los Determinantes Sociales de la Salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (OMS, 2008).

El concepto de Determinantes Sociales surge con fuerza desde hace dos décadas ante el reconocimiento de las limitaciones de las intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad.

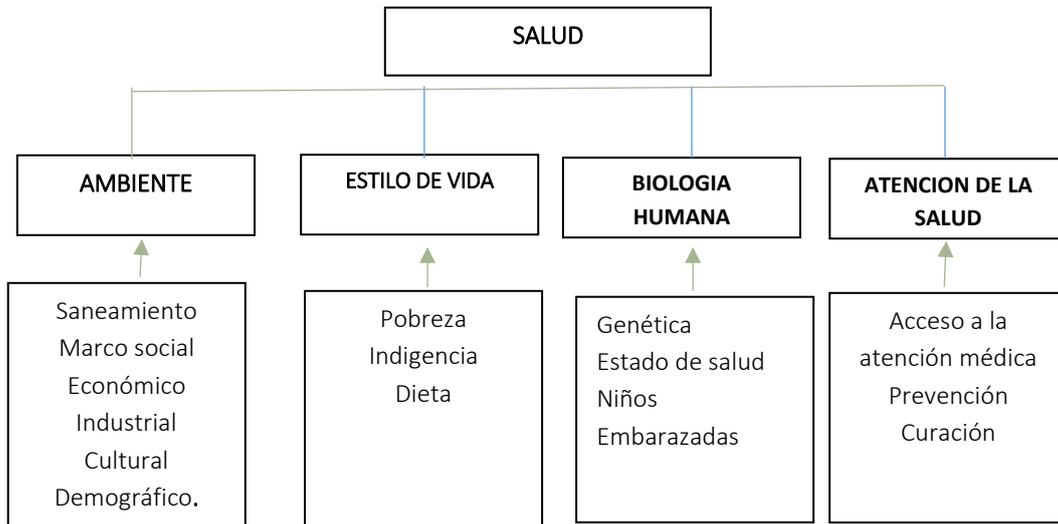
Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones psicosociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos.

Así, una pregunta clave para las Políticas de Salud es: ¿hasta qué punto es la Salud una responsabilidad social y no sólo una responsabilidad individual? Esta pregunta, planteada por la nueva Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, es central al enfoque de Determinantes Sociales, y amplía el foco de los esfuerzos en Salud Pública más allá de las personas, e incluso las comunidades, para analizar las causas sociales más estructurales.

Como Determinantes Sociales de la Salud se entienden las características específicas y las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la Salud de las personas, son tanto de carácter socio individual, tales como las prácticas de Salud, capacidad y aptitudes para la adaptación de la persona, como aquéllos derivados de la estructura de una sociedad, entre los que se sitúan la educación, el trabajo, la pobreza, el género, el nivel socioeconómico, de esta manera, los Determinantes Sociales de la Salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la Salud. (Vidal Gutierrez, 2014).

El estudiar y conocer los determinantes sociales presentes como factores predictores de la adopción de estilos de vida promotores de Salud, en una población determinada, permite generar insumos que pueden aportar elementos necesarios a considerar en la formulación de políticas públicas y programas sociales, buscando el mayor impacto en cada una de ellas para generar conductas saludables en la población. (Avila Aguero, 2009)

**Por lo tanto al conceptualizar los Determinantes de la Salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la Salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades.**



**Figura 4: Determinantes de la salud. M. Lalonde 1974**

Los resultados de los estudios en que se analizan los factores condicionantes de la situación de Salud difieren cuando el análisis se establece desde una perspectiva individual, de cuando se hace desde una perspectiva social. Lo que hace diferente el estado de Salud de un individuo a otro, no es necesariamente lo que explica las diferencias entre los grupos sociales y entre sociedades enteras. En la práctica, en algunas ocasiones, lo que aparece como un Determinante de la Salud de una sociedad o un grupo social no se confirma como un factor de riesgo en estudios de nivel individual, siendo los resultados válidos y verificables en ambos casos.

***Un factor de riesgo es cualquier característica, exposición o conducta de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.***

A medida que se avanza en la búsqueda de Determinantes de la Salud, se complejizan los mismos, en 1976, Alan Dever, modificó el modelo de Determinantes de la Salud de Lalonde, incorporando los factores relacionados a cada Campo de la Salud. (Figura 5).



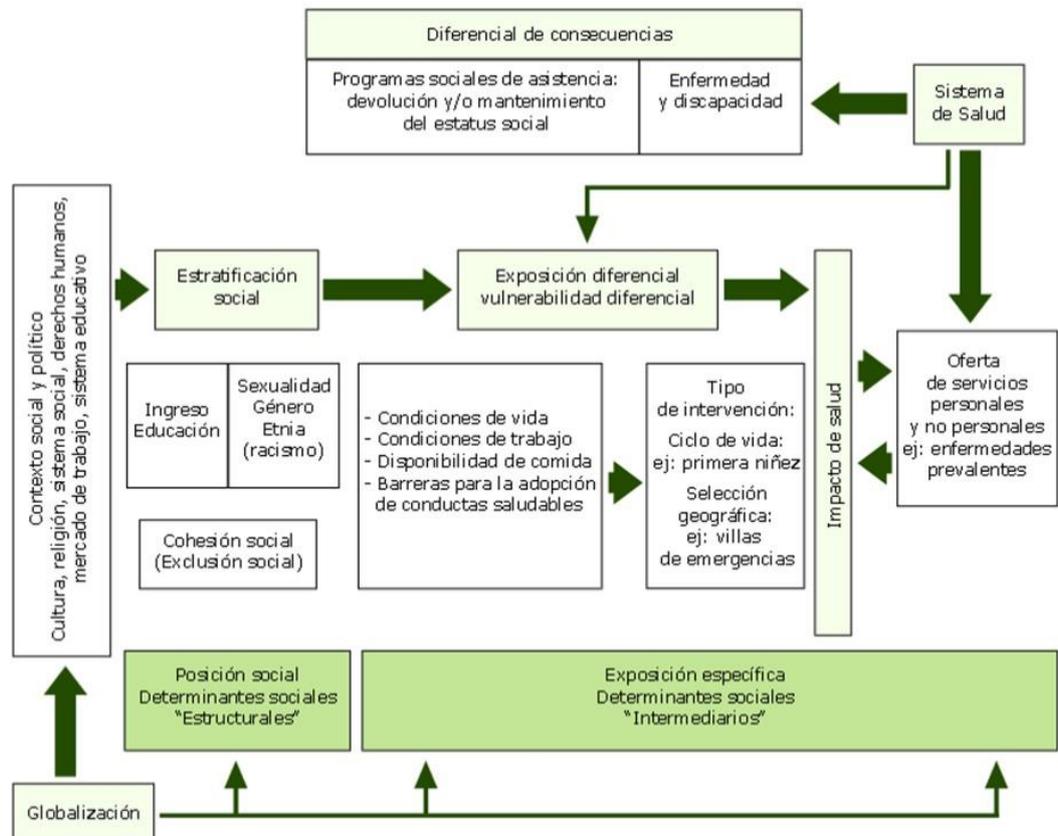
Figura 5. Modelo Epidemiológico. A. Dever. 1976. Fuente. "An Epidemiological Model for health policy analysis" Social indicators research.

Actualmente continúan en vigencia estos modelos de Determinantes de Salud, asociando cada vez más factores a los Campos de la Salud, y no separados entre sí, sino que interrelacionados unos con los otros.

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

Los Determinantes de Salud, incluido el Sistema de Salud, establecen grandes diferencias en el nivel de Salud que son inequidades. El concepto de inequidad implica que *"las desigualdades son injustas y evitables, es decir pueden ser prevenidas y remediadas"* (OMS, 2000)). La equidad en Salud apunta a que cada persona tenga la misma oportunidad de obtener su máximo potencial en Salud y que nadie esté en desventaja para alcanzarlo. Para lograr equidad en Salud es necesario que exista equidad de acceso a la atención, algo que se logra cuando todas las personas acceden

a los Servicios de Salud y sociales acorde a sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago.



**Figura 6: Modelo de los determinantes sociales de la salud.**  
Fuente: OMS 2008.

Utilizando un criterio adaptado de las Metas de Salud para Todos para el 2000, de la (OMS) /Organización Panamericana de la Salud (OPS), se afirma que **la equidad en la Salud implica que idealmente todos deben tener una oportunidad igual para alcanzar su total potencial de Salud y, de manera más pragmática, que nadie debe ser perjudicado en cuanto a alcanzar este potencial si ello puede evitarse.**

En el año 2000, los Estados Miembros de las Naciones Unidas firmaron la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, donde se establecieron los 8 (ocho) **Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM)** para alcanzar en el año 2015.

En cada ODM se fijaron metas generales para el desarrollo humano, donde se reafirmó el compromiso de la comunidad internacional con los principios universales de la Carta de las Naciones Unidas e instituyó la paz, la justicia y la prosperidad como elementos prioritarios en la búsqueda deliberada y colectiva de un futuro digno, incluyente y equitativo para la humanidad en toda su variedad. Al centrarse en las personas más necesitadas y desfavorecidas los ODM fijaron un nuevo esquema para concebir el desarrollo y dentro de este, la Salud. (OPS, 2017).



**Figura 7: Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM).**

**Fuente: Naciones Unidas (UN), 2000**

En 2017 la OPS y la OMS, desarrollaron el informe final sobre los ODM con la Salud en la Región de las Américas. Durante el periodo de 15 años que correspondieron a los ODM, los Países de la Región de las Américas lograron mejoras importantes en materia de Salud en relación a los datos de partida en 1990, como por ejemplo un mejor acceso a los Servicios de Salud y a la Cobertura Universal de Salud, como así también medidas intersectoriales enfocadas en determinantes sociales y ambientales de la Salud, pero a su vez, fue inadmisiblemente lento para muchos de los grupos más marginados de nuestra región en el progreso de la equidad y las desigualdades injustas y evitables (OPS,2017).

La agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible a través del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), nos brinda un nuevo desafío donde debemos aprovechar los logros más destacados de los ODM y aplicar activamente las enseñanzas que nos dejó este periodo. Los 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) se pusieron en marcha en 2016, y son un Llamado Universal a la adopción de medidas para ponerle fin a la pobreza, proteger al planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad; al poner en primer plano la equidad, dan visibilidad a quienes hayan podido quedar excluidos de los adelantos impulsados por los ODM. A medida que los países de la Región de las Américas se preparan para los retos transformadores de las cinco pes – personas, planeta, prosperidad, paz y partenariado o alianzas- señaladas en la Agenda del 2030 ODS, lo más importante de

destacar es la nueva oportunidad que se nos presenta de restaurar la equidad como principio rector de las acciones destinadas a “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”. (PNUD, 2017).



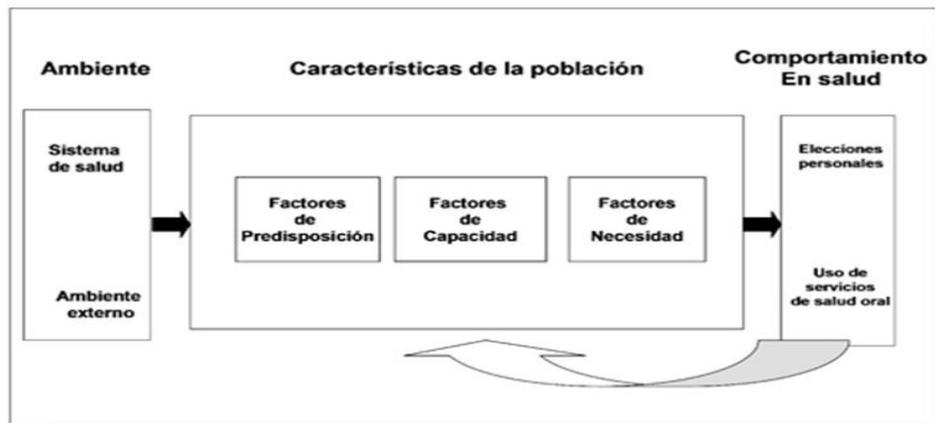
**Figura 8: Objetivos de Desarrollo de Desarrollo Sostenible (ODS).**  
Fuente: Naciones Unidas, PNUD, 2016

- **Determinantes de Salud Bucal**

Al analizar las desigualdades e inequidades en Salud Bucal en el contexto mundial se reconocen diversas manifestaciones, tales como: a menor nivel de desarrollo cultural y económico, mayores son los niveles de patologías bucales; y el acceso a la prevención en Salud Bucal está claramente desequilibrado a favor de los que se encuentran en una posición económica y cultural más favorecida, llegándose a la paradoja de ofrecer prevención a los que más medios tienen y tratamientos generalmente agresivos o invalidantes a los que menos tienen.

Los recursos humanos para Salud Bucal se encuentran distribuidos desigualmente, observándose altas concentraciones de personal en las ciudades de mayor desarrollo económico y social; un modelo hegemónico de práctica Odontológica que responde a un enfoque liberal de mercado y a los intereses de las industrias biotecnológicas alejándose de su verdadero rol social (García Zabaleta 2015).

A partir de este análisis, es posible establecer factores diferenciales en la utilización de los servicios de Salud Bucal. La presencia de factores determinantes de la utilización de estos servicios por los individuos, tales como los factores de predisposición (inherentes al paciente e independientes de su patología), los mediadores o de capacidad (facilitan u obstaculizan la utilización de los Servicios de Salud y son susceptibles a los cambios en las Políticas de Salud) y los de necesidad (la percepción y gravedad de los síntomas de enfermedad) pueden afectar la procura de cuidados médicos u odontológicos. (Anderson, 2013).



**Figura 9. Modelo comportamental de utilización de los servicios de salud.**  
Fuente: Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. Anderson Rocha, 2013.

- **Universidades Saludables**

El concepto de Universidades Promotoras de Salud o Universidades Saludables "hace referencia a las entidades de Educación Superior que fomentan una cultura organizacional orientada por los valores y los principios asociados al movimiento global de la Promoción de la Salud, y se constata a través de una política institucional para la mejora continua y sostenida de las acciones de Promoción de la Salud" (Arroyo, 2009).

Las bases en que se inspira el movimiento de Universidades Saludables están fuertemente enraizadas en los principios de Salud para Todos (1978) y desarrollo sostenible, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) y su aplicación práctica bajo el enfoque de espacios saludables.

La primera Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de Salud tuvo lugar en Lancaster, Inglaterra en 1996, con el auspicio de la Organización Mundial de la Salud. El enfoque de las Universidades Promotoras de Salud "aspira a crear un

*entorno de aprendizaje y una cultura organizacional que mejore las condiciones de salud, bienestar y sostenibilidad de su comunidad, y permita que las personas logren desarrollar su pleno potencial."*

El concepto de Universidad Promotora de la Salud se refiere **“a una Universidad que de forma continua está mejorando e interviniendo sobre aquellos factores que determinan su ambiente físico y social, facilitando el acceso y potenciando los recursos comunitarios que permiten a sus miembros realizar todas sus funciones vitales y autodesarrollarse hasta su máximo potencial desde una perspectiva de apoyo mutuo”** (Documento de Trabajo de la Red Española de Universidades Promotoras de la Salud, 2007).

Las acciones de Promoción de la Salud en el ámbito de las entidades de educación superior comprenden los siguientes componentes:

- Desarrollo de normativa y políticas institucionales para propiciar ambientes favorables a la Salud;
- Desarrollo de acciones de formación académica profesional en promoción de salud y educación para la salud, y otras modalidades de capacitación a la comunidad universitaria;
- Desarrollo de acciones de investigación y evaluación en promoción de salud;
- Desarrollo de acciones de educación para la salud, alfabetización en salud, y comunicación para la salud y el desarrollo;
- Oferta de servicios preventivos, cuidado y promoción de la salud;
- Desarrollo de opciones de participación para el desarrollo de habilidades, liderazgo y abogacía en salud entre los integrantes de la comunidad universitaria;
- Desarrollo de acciones con alcance familiar y comunitario; y
- Otras instancias institucionales y sociales de promoción de la salud, basadas en el reconocimiento e imperativas del enfoque de los determinantes sociales de la salud, que contribuyan a la Salud, al cambio social, al bienestar, y a la calidad de vida de la comunidad universitaria y el ambiente externo.

En forma más precisa, se puede definir a una Universidad Saludable o una Universidad Promotora de Salud como aquella que incorpora la Promoción de la Salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan y, a la vez, formarlos para que actúen como modelos o promotores de conductas saludables a nivel de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general (Granados, 2010; Lange-Vio, 2006; Machado, 2001).

- **La UNC y su compromiso con El enfoque de las Universidades Promotoras de Salud**

El origen de la Universidad Nacional de Córdoba se remonta al primer cuarto del siglo XVII, cuando los jesuitas abrieron el Colegio Máximo, donde sus alumnos –en particular, los religiosos de esa orden– recibían clases de filosofía y teología. Este establecimiento de elevada categoría intelectual fue la base de la futura universidad.

Bajo la tutela de los jesuitas y el impulso del Obispo Juan Fernando de Trejo y Sanabria, en 1613, aunque no estaba autorizado para otorgar grado, se iniciaron los Estudios Superiores en el Colegio Máximo de Córdoba.

A principios de 1621, ya se comenzaron a entregar títulos de grado y a mediados de ese año, Pedro de Oñate, con el acuerdo de los catedráticos, declaró inaugurada la Universidad. Oñate redactó el reglamento del organismo, cuyos títulos tenían validez oficial.

Con el nacimiento de la Universidad Nacional de Córdoba, familiarmente llamada Casa de Trejo, comenzó la historia de la Educación Superior en la República Argentina.

Los jesuitas estuvieron a cargo de la Universidad hasta 1767, cuando fueron expulsados por resolución del Rey Carlos III. Así, la dirección de la Casa pasó a manos de los franciscanos. Durante el siglo y medio en que se extendió la administración jesuítica, la Universidad tuvo un perfil exclusivamente teológico-filosófico, luego se agregaron los títulos en leyes de la mano del Virrey Nicolás Antonio Arredondo a fines del siglo XVIII.

En 1808, El Deán Gregorio Funes, de espíritu progresista y abierto a los nuevos desarrollos de la ciencia y la técnica, proyectó profundas reformas en los estudios y la introducción de nuevas materias, como aritmética, álgebra y geometría, entre otras.

Ser madre de universidades no es sólo un dato histórico inerte, una curiosidad de los hechos pasados, es una gran responsabilidad hacia el futuro, y bueno es pensar, en cada momento histórico, en qué consiste esta responsabilidad y qué estamos haciendo para cumplir con ella.

La Universidad Nacional de Córdoba (UNC) es una institución compleja de grandes dimensiones, tiene una población estudiantil de unos 132 mil estudiantes aproximadamente. Físicamente, ocupa una superficie de 11,5 millones de metros cuadrados,

Distribuidos entre Ciudad Universitaria y el casco histórico de Córdoba, cuenta con quince facultades; dos colegios secundarios; 145 centros e institutos de investigación; veinticinco bibliotecas; diecisiete museos; un laboratorio de hemoderivados; dos hospitales; un banco de sangre; dos observatorios astronómicos; una reserva natural, y un multimedio de comunicación compuesto por dos canales de televisión, dos radios (AM y FM) y un portal de noticias.

La Universidad Nacional de Córdoba trabaja fuertemente en la promoción de hábitos de vida saludables en la comunidad universitaria. Teniendo en cuenta este desafío, la Dirección de Salud de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles (SAE) desarrolla políticas específicas, tendientes a conocer el estado de Salud de los estudiantes y a impulsar prácticas saludables desde una perspectiva de Salud integral. Además, la Dirección de Salud brinda asistencia médica a los estudiantes, y facilita el acceso al sistema de Salud.

En este espacio se pueden realizar todas las consultas que sean necesarias de manera completamente gratuita. En los consultorios se atienden alumnos de todas las carreras, pudiendo acudir a diversas especialidades médicas como por ejemplo: ginecología y obstetricia, oftalmología, fisioterapia, odontología, entre otras.

La UNC fomenta el compromiso a la Salud y a la equidad en la Salud de todos sus estudiantes y a quienes trabajan en ella, así también, prioriza las iniciativas de Promoción de la Salud a la comunidad educativa como un entorno saludable más que para prácticas saludables a nivel individual. Esto es esencial ya que busca crear entornos psíquicos, físicos y sociales que influyan en mejorar la calidad de vida de la comunidad universitaria más que cambiar conductas o hábitos a nivel de cada persona en particular.

Para lograr estos objetivos, la UNC incorporó este concepto en sus políticas institucionales, en su entorno (lo que incluye estructuras y procesos) y también en el compromiso de cada facultad en particular con todos sus integrantes.

Por lo que el compromiso de la Universidad Nacional de Córdoba en su entorno saludable se manifiesta actualmente a través de sus múltiples roles: como organización educativa, como empleadora, como una institución comunitaria y como proveedora de Servicios de Salud, a través de sus hospitales escuelas y los servicios externos que ofrece cada facultad del área de la Salud en particular, abriendo sus puertas no solo a comunidad universitaria, sino que también brindando sus servicios a toda la comunidad en general.

- **Características de los estudiantes Universitarios:**

Nuestros estudiantes, una nueva generación, la denominada generación “Y” también conocida como generación del milenio o millennials, han emergido como consecuencia de los cambios estructurales en el contexto de globalización de la Educación Superior y del desarrollo social y tecnológico. Una generación caracterizada por ser nativos digitales, muy diversos social y culturalmente, conectados y a la vez solitarios, más inmaduros y dependientes, pragmáticos en sus estudios y con una gran capacidad para obtener información (Rodríguez Espiner, 2015).

Una generación integrada por jóvenes de entre 18 y 30 años que han crecido rodeados de la tecnología, el consumo y la publicidad, así se describe a una generación de jóvenes que rompe con las pautas y costumbres anteriores, y es la primera generación que vive el impacto del acelerado desarrollo de los nuevos medios de comunicación (Douglas Coupland, 1991).

Abordar la tarea de ofrecer una visión comprensiva de esta generación de universitarios no es tarea fácil. Contextos socioculturales diferentes, sistemas universitarios con particularidades en el acceso, situaciones económicas que limitan la equidad o limitaciones metodológicas y de obtención de evidencias son entre otros, condicionantes para el logro, tal vez no significativo en sí mismo, de elaborar un perfil único de los estudiantes.

A modo de primera aproximación o boceto pictórico de los universitarios actuales, y sin olvidar los factores de contexto pese a la globalización de la caracterización de los estudiantes, Levine y Dean, en 2012 enumeró algunas de las características más marcadas de los estudiantes de esta nueva generación denominada “Y”.

- Los universitarios de hoy son la primera generación de nativos digitales,
- Configurarán la generación más diversa en la historia de la Educación Superior,
- Son, a la vez, los más conectados, los más solitarios y aislados que hayan pasado por las aulas.
- Aceptan y afrontan la diversidad mejor que generaciones pasadas,
- Están inmersos en la peor situación económica de las últimas décadas y confrontados con aspiraciones futuras poco realistas,
- En contraste con generaciones anteriores, son más inmaduros y dependientes,
- Están creciendo en un mundo dramáticamente diferente al de sus padres,

- El ritmo y tipo de cambios que afrontarán serán acelerados con respecto a la sociedad y contexto universitario,
- Tienen miedo al fracaso y reclaman “rápido premio” para cualquier logro que alcanzan (Levine Dean, 2012).

Todas estas consideraciones vertidas en el marco teórico intentan sustentar este estudio, y nos han llevado a plantear diferentes interrogantes que nos permitieron lograr a través de la investigación propuesta, las respuestas necesarias para ofrecer nuestros aportes al sostenimiento de las políticas de universidades saludables que lleva adelante la Universidad Nacional de Córdoba, en especial con relación la Salud Bucal de sus estudiantes.

Con este trabajo buscamos que se puedan implementar medidas y políticas para subsanar los efectos de las desigualdades sociales en la Salud Bucal y General de los jóvenes estudiantes universitarios de la UNC en función al Programa de Universidades Saludables y en post de favorecer y alcanzar los Objetivos del Desarrollo del Milenio y los Objetivos del Desarrollo Sostenible para 2030.

## **CAPÍTULO III:**

### ***OBJETIVOS***

### **III.-Objetivos**

- **Objetivo general:**

Valorar la asociación de indicadores de accesibilidad a los Sistemas de Salud y su grado de satisfacción con los servicios recibidos, con la importancia que le otorgan los estudiantes de la Universidad Nacional de Córdoba a la Salud Bucal.

- **Objetivos específicos:**

- Establecer cuál es la cobertura y utilización de Servicios Odontológicos en los estudiantes de la UNC.
- Relevar la accesibilidad a la Salud Bucal en la población en estudio.
- Establecer si el Sistema de Salud utilizado satisface las necesidades de Salud Bucal de los alumnos de la UNC.
- Conocer la importancia que tiene la Salud Bucal para los individuos de la comunidad estudiantil universitaria.

# **CAPÍTULO IV:**

## ***MATERIAL Y MÉTODOS***

#### **IV.-Material y Métodos:**

- **Tipo de Estudio**

El presente es un estudio de tipo transversal, descriptivo, observacional y correlacional.

Se siguió el método cuantitativo, mediante la aplicación de un instrumento individual y semi-estructurado, para conocer “qué” y “cuánto”, aplicando el método hipotético deductivo y, posteriormente, análisis estadístico de los datos. Es el procedimiento o camino seguido por un investigador para hacer de su actividad una práctica científica; este método obliga al científico a combinar la reflexión racional (la formulación de hipótesis y la deducción) con la observación de la realidad o momento empírico (la observación y la verificación). El pensamiento va de lo general a lo particular.

- **Universo y Muestra**

La población objeto estuvo constituida por estudiantes regulares pertenecientes a las carreras de grado en las diferentes unidades académicas de la Universidad Nacional de Córdoba, de ambos sexos, entre las edades de 19 a 24 años, que cursaban sus estudios en la sede Ciudad Universitaria en el año lectivo 2016, **N:** 120.000 aprox.

La obtención de la muestra se realizó de manera aleatoria simple y por conglomerados (según unidades académicas) considerando una proporción media de 25% de alumnos, un nivel de significancia donde  $\alpha = 0,05$  y una eficiencia de 95%. Cada conglomerado fue conformado por unidades muestrales proporcionales por sexo, a la cantidad de alumnos regulares de grado en cada unidad académica.

En virtud del tamaño de la población objeto (aproximadamente 120 mil alumnos de grado de los cuales aproximadamente el 72% estudian en el predio de Ciudad Universitaria). Se realizó la consulta con el Programa de Estadísticas Universitarias (PEU) a quien se le solicitó el aporte de un especialista en muestreo para la selección adecuada de la misma. Lo que arrojó un valor de **n:** 400 estudiantes, 150 varones y 250 mujeres.

**Tabla 1. Unidades muestrales proporcionales por sexo, a la cantidad de alumnos regulares de grado en cada unidad académica.**

**Fuente: Programa de Estadísticas Universitarias (PEU - UNC)**

<b>DEPENDENCIA. U.N.C.</b>	<b>MUESTRA</b>	<b>VARONES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>ARQUITECTURA, URBANISMO Y DISEÑO</b>	42	21	21
<b>CS. EXACTAS, FÍSICAS Y NATURALES</b>	32	22	10
<b>CIENCIAS QUÍMICAS</b>	12	3	9
<b>MATEMÁTICA, ASTRONOMÍA Y FÍSICA</b>	7	5	2
<b>CIENCIAS AGROPECUARIAS</b>	11	8	3
<b>ESCUELA TRAB. SOCIAL</b>	9	1	8
<b>ESC. CIENCIAS DE LA INFORMACION</b>	25	9	16
<b>CIENCIAS ECONÓMICAS</b>	75	32	43
<b>MEDICINA</b>	25	10	15
<b>ESCUELAS DE MEDICINA</b>	37	8	29
<b>FILOSOFÍA Y HUMANIDADES</b>	28	8	20
<b>ARTES</b>	21	8	13
<b>PSICOLOGÍA</b>	52	11	41
<b>LENGUAS</b>	24	4	20
<b>TOTALES</b>	<b>400</b>	<b>150</b>	<b>250</b>

- **Criterios de Inclusión y Exclusión.**

Los requisitos para formar parte de este estudio fueron:

- Ser alumnos regulares de las diferentes carreras de grado de la U.N.C (año lectivo 2016).
- Cursar dichas carreras en la sede de Ciudad Universitaria.
- Tener entre 19 y 24 años de edad.
- Participar en forma voluntaria y con consentimiento informado, por escrito, según los lineamientos de ética de la Asociación Mundial de Médicos de Helsinki Tokio, y bajo las normas legales, que rigen en la Provincia de Córdoba, República Argentina. CIOMS Aquellos que aceptaron ser incluidos en el estudio.

Y quienes no formaron parte de nuestro estudio fueron:

- No se incorporaron estudiantes de la UNC cuyas unidades académicas no están dispuestas geográficamente dentro del predio de la Ciudad Universitaria.
- Estudiantes de la UNC menores a 19 y mayores a 24 años de edad.
- Se excluyeron a los alumnos pertenecientes a la Facultad de Odontología de la UNC debido a su relación directa con los contenidos de dicho estudio.

- **Dimensiones a estudiar.**

Las dimensiones se construyeron basadas en modelos probados y la selección se fundó en la posibilidad de combinarlas según los diversos aspectos necesarios para cumplimentar los requisitos de nuestra investigación.

Se construyeron seis (6) dimensiones a saber: **a) Dimensión Socio Demográfica; b) Dimensión: sistema de atención de la Salud al que pertenece y cobertura en Salud Bucal; c) Dimensión: accesibilidad al sistema de Salud Bucal; d) Dimensión: prácticas odontológicas principalmente requeridas; e) Dimensión: satisfacción del usuario; y f) Dimensión: Importancia de la Salud Bucal como parte integral de la Salud General.**

- **Operacionalización de Variables según Dimensión:**

**a) Dimensión Socio Demográfica:**

*Variables Independientes:*

- Edad ( años cumplidos 2016)
- Sexo (masculino / femenino)
- estado civil (soltero / casado/ viudo/ divorciado)
- Procedencia (lugar de origen)
- Actividad laboral (trabajo formal e informal)
- carrera de grado. (alumno regular en el ciclo lectivo 2016)

**b) Dimensión: sistema de atención de la Salud al que pertenece y cobertura en Salud Bucal.**

*Variables dependientes:*

- Sistema público
- Sistema de Seguridad Social y
- Sistema privado.

**c) Dimensión: accesibilidad al sistema de Salud Bucal.**

*Variables dependientes:*

- Distancia al establecimiento,
- Medio de transporte hacia el establecimiento de Salud,
- Tiempo de espera en el nosocomio,
- Derivaciones profesionales,
- Itinerario terapéutico (entendido el mismo como momentos desde que se realiza la primera consulta, realización de la práctica y finalización del tratamiento).

**d) Dimensión: prácticas odontológicas principalmente requeridas.**

*Variables dependientes:*

- Arreglos
- Dolor
- Extracción dentaria
- Estética
- Otros.

**e) Dimensión: satisfacción del usuario.**

*Variable dependiente:*

- Nivel de satisfacción del usuario con la atención recibida.

**f) Dimensión: Importancia de la Salud Bucal como parte integral de la Salud General.**

Variable dependiente:

- Grado de importancia que le otorga el estudiante a su Salud Bucal.

Tabla 2. Dimensiones estudiadas y operalización de sus variables

Dimensiones	Socio Demográfica	Sistema de atención . cobertura en Salud Bucal.	Accesibilidad al Sistema de Salud Bucal	Prácticas odontológicas principalmente requeridas.	Satisfacción del usuario.	Importancia de la Salud Bucal como parte integral de la Salud General.
Variables	Independientes	Dependientes	Dependientes	Dependientes	Dependiente	Dependiente
Edad (años cumplidos 2016)		Sist. Público	Distancia al establecimiento	Control	Nivel de satisfacción del usuario con la atención recibida	Grado de importancia que le otorga el estudiante a su Salud Bucal.
Sexo (masc/fem)		Sist. Privado	Medio de transporte	Arreglos		
Estado civil		Sist. Seguridad social	Tiempo de espera en el nosocomio	Extracciones dentarias		
Procedencia			Derivaciones profesionales	Dolor		
Actividad laboral (formal/informal)			Itinerario terapéutico	Estéticas		
Carrera de grado				Otros		

- **Recolección de Datos.**

Los datos se recolectaron por medio de un instrumento diseñado “ad hoc” pre-codificado y semi-estructurado el cual fue sometido a validación por expertos y a prueba piloto; para lo cual se siguieron los “criterios de calidad de las encuestas en investigaciones biomédicas” (Carot, 2009).

La modalidad de aplicación fue por parte de la investigadora a través de convocatoria y concentración simultánea por unidad académica lo que garantizó la fuente primaria de datos evitándose que los entrevistados omitan responder alguna pregunta.

El instrumento para la recolección de datos, fue diseñado en forma de encuesta individual semi-estructuradas, con consideración de la población a la que se dirigiría, con un lenguaje claro y de fácil comprensión de acuerdo al grupo (Anexo 1).

El instrumento se construyó con preguntas cerradas (contienen categorías nominales y/u ordinales, de acuerdo al interrogatorio, necesidad de explicación y/o ampliación de las variables en estudio).

El contenido fue multidimensional, con preguntas dicotómicas, tricotómicas, y de respuesta múltiple, que incluyeron dimensiones y variables con sus respectivas categorías de estudio diseñadas ad hoc, y fueron destinadas a la muestra de alumnos de la UNC.

El instrumento cumplió con los aspectos considerados, como validez de criterios y contenidos; y fue validado por expertos, con lo que se cumplió también la validez consensuada, esta validación fue realizada por la Prof. Lic. Irma A. Moncunill, la Prof. Dra. Alfonsina Lescano de Ferrer y la Prof. Dra. Lila Susana Cornejo, docentes de la Facultad de Odontología de la UNC.

A su vez, fue sometida a la evaluación por pares para comprobar la confiabilidad y validez de los datos recolectados, a un número de veinte estudiantes de diferentes unidades académicas, los participantes de esta prueba fueron descartados para formar parte del estudio.

El cuestionario es un instrumento habitualmente utilizado para recoger la información; fue diseñado para poder sistematizar la información y conseguir su comparabilidad.

Para su elaboración, se tuvieron en cuenta determinadas pautas:

- A cada pregunta le corresponde una única respuesta.
- Las preguntas y frases fueron breves y fáciles de comprender.
- El lenguaje claro para mejor interpretación para los entrevistados.
- No se redactaron preguntas en forma negativa.
- Se evitó que su longitud fuera un impedimento para completarlo.

- **Análisis de Datos.**

Para el análisis de los datos se utilizó el programa EPIDAT 6.2. (Programa para análisis de datos tabulados, O.P.S.). El análisis descriptivo fue a través de medidas de tendencia central con base en promedios, mediana, porcentajes y desviación estándar. Para el análisis inferencial se utilizó el análisis bivariado, la prueba Chi<sup>2</sup> y el análisis de tendencia lineal de proporciones. Se consideró como significativo a un  $p < 0.05$ .

Para medir la satisfacción al servicio de salud bucal será utilizado la escala de Likert con 3 categorías: 2 = muy satisfecho, 1 = satisfecho, 0 = no satisfecho.

Además se realizaron pruebas de comparación de proporciones para determinar posibles diferencias significativas entre las categorías edad y sexo, y pruebas  $X^2$  para determinar la asociación entre los diferentes patrones, se utilizó un  $\alpha=0,05$ .

- **Aspectos Éticos**

En este estudio se tuvieron presente los aspectos éticos relacionados al trabajo con seres humanos, de acuerdo a los cuatro principios básicos de la bioética, *el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia*.

La participación en este estudio, fue de manera voluntaria y anónima y los datos obtenidos se resguardaron con absoluta confidencialidad. Se solicitó la firma del consentimiento informado a los estudiantes, aceptado y aprobado por la comisión de ética ad-hoc (Res.Dec.305/12), aprobada por CoEIS y Comité Institucional de Ética en Investigaciones en Salud (CIEIS), para la Facultad de Odontología, UNC.

La información obtenida en este estudio utilizado para la identificación de cada encuestado también se mantuvo con estricta privacidad. (Anexo 2) consentimiento informado.

## **CAPÍTULO V:**

# **RESULTADOS Y HALLAZGOS OBTENIDOS**

## V.- Resultados y Hallazgos Obtenidos

### a) Dimensión Socio demográfica:

La composición de la muestra de alumnos encuestados, a la que se le aplicó el instrumento diseñado *ad hoc*, fue de un total de 400 alumnos, de los cuales 238 que corresponde a un 60%, fueron mujeres y 161, el 40%, varones; estos valores representan por género a la población estudiantil UNC.

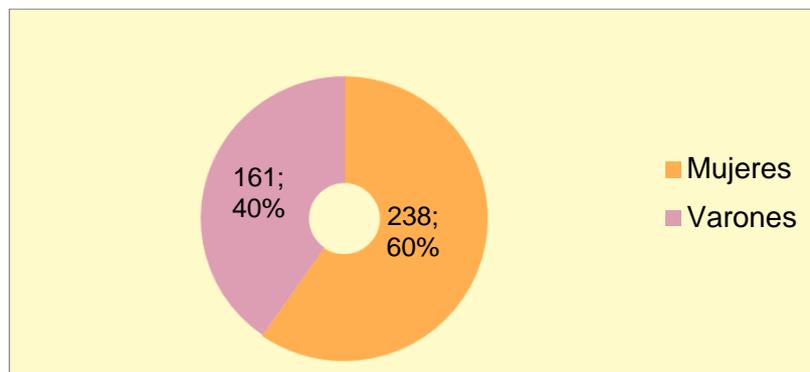


Figura 10. Muestra según género.

### Distribución de la muestra

La distribución de la muestra se realizó de acuerdo a la matrícula de alumnos regulares del año lectivo 2016 en las unidades académicas a la que pertenecen, con sede en Ciudad Universitaria; según fuente del Programa Universitario de Estadísticas.

Tabla 3. Recuento y porcentaje de estudiantes según unidad académica. Fuente PEU-UNC.

Unidad académica	n	%
Ciencias Económicas	67	16,8%
Psicología	57	14,3%
Arquitectura, Urb. y D.	43	10,8%
Esc. de Medicinas	37	9,3%
Exactas, Fis. y Naturales	33	8,3%
Filosofía y Humanidades	28	7,0%
Comunicación Social	25	6,3%
Medicina	25	6,3%
Lenguas	24	6,0%
Arte	21	5,3%
Ciencias Químicas	12	3,0%
Agronomía	11	2,8%
Trabajo Social	10	2,5%
FAMAF	7	1,8%
Total	400	100,0%

En la Tabla 3 se ordenaron las unidades académicas de manera decreciente según las frecuencias.

La disparidad en el número de alumnos regulares cursantes de las diferentes unidades académicas dificultó la obtención de un perfil definido para cada categoría, para lo cual a los fines del presente estudio, se agruparon las carreras de acuerdo a cuatro áreas de conocimiento: **1) Ciencias de la Salud, 2) Ciencias Duras, 3) Ciencias Sociales y Humanísticas, y 4) Artes y Arquitectura.**

**Tabla 4. Agrupamientos de unidades académicas según área de conocimiento. Recuento y porcentaje de estudiantes por área.**

Área de conocimiento	Unidad académica	n	%
<b>Ciencias de la salud</b>	Medicina	119	29,8%
	Esc. de Medicinas		
	Psicología		
<b>Ciencias duras</b>	Ciencias Económicas	130	32,5%
	Exactas, Fis. y Naturales		
	Ciencias Químicas		
	Agronomía		
	FAMAF		
<b>Ciencias sociales y humanísticas</b>	Comunicación Social	87	21,8%
	Trabajo Social		
	Filosofía y Humanidades		
	Lenguas		
<b>Artes y arquitectura</b>	Arquitectura, Urb. y D.	64	16,0%
	Arte		

Para realizar el agrupamiento propuesto se tuvo en cuenta que el número de unidades académica evaluadas era alto (14), y escaso el número de alumnos en varias de ellas como para obtener un perfil concreto para cada dimensión y sus variables, También se tomó en consideración la proximidad entre las unidades académicas respecto a las respuestas que dieron en relación a la satisfacción de las necesidades de Salud Bucal y a la importancia que le dan a la Salud Bucal, por estar planteadas como objetivos específicos en este estudio, para lo cual se llevaron a cabo sendos análisis de correspondencias, según puede observarse en figuras 11 y 12.

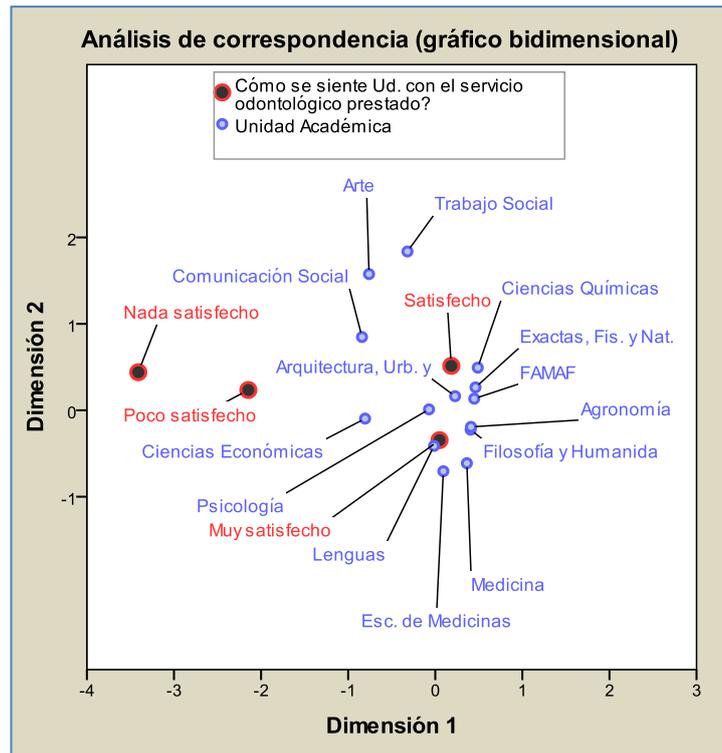


Figura 11. Análisis de correspondencia entre unidades académicas y grado de satisfacción

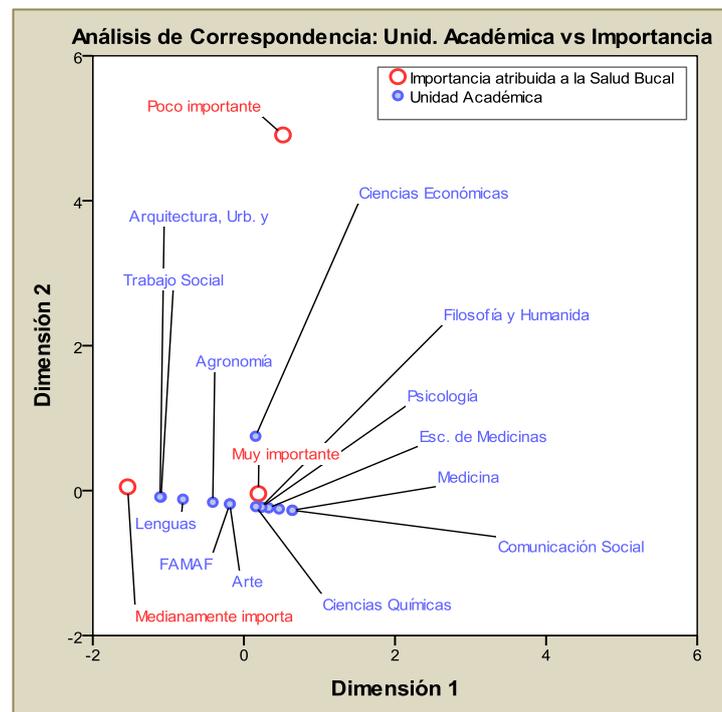


Figura 12. Análisis de correspondencia entre unidades académicas e importancia atribuida.

- **Lugar de Procedencia.**

**Tabla 5. Recuento y porcentaje de estudiantes según su procedencia. Se ordenaron de manera decreciente las provincias por frecuencia.**

Procedencia (Provincia)	n	%
Córdoba	289	72,34%
Catamarca	27	6,8%
Salta	20	5,0%
La Pampa	8	2,0%
Tucumán	7	1,8%
Otro país	6	1,5%
Neuquén	5	1,3%
San Luis	5	1,3%
San Juan	4	1,0%
Jujuy	4	1,0%
Entre Ríos	3	0,8%
Santa Fe	3	0,8%
Misiones	3	0,8%
La Rioja	3	0,8%
Mendoza	2	0,5%
Corrientes	2	0,5%
Chubut	2	0,5%
Río Negro	2	0,5%
Buenos Aires	1	0,3%
Santa Cruz	1	0,3%
Formosa	1	0,3%
Santiago del Estero	1	0,3%
Sin datos	1	0,3%
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0%</b>

Como puede observarse en la Tabla 5 y en el mapa de la figura 13, la mayoría de los encuestados proceden de la provincia de Córdoba (72,3%), del resto de la muestra, la región con mayor cantidad de estudiantes que estudian en la UNC provienen del noroeste del país (NOA), particularmente de Catamarca (6,8%) y Salta (5%). En las restantes regiones el número de alumnos es escaso, aun sumando las regiones NEA, cuyana, patagónica y pampeana (excluida Córdoba), el porcentaje no alcanza al 13% de la muestra, por tal motivo se categorizó la variable procedencia en tres zonas: (a) Provincia de Córdoba (pampeana), b) NOA; NEA y Extranjeros (5 de Perú y 1 de Venezuela),c) Regiones cuyana, patagónica y pampeana (excluida Córdoba), para posibilitar posteriores contrastes estadísticos con suficientes casos por categoría, teniendo en cuenta también la ubicación geográfica (norte por un lado y centro-sur por el otro). Figura 13.



**Figura 13. Distribución de la muestra según provincia y región de procedencia de los alumnos.**

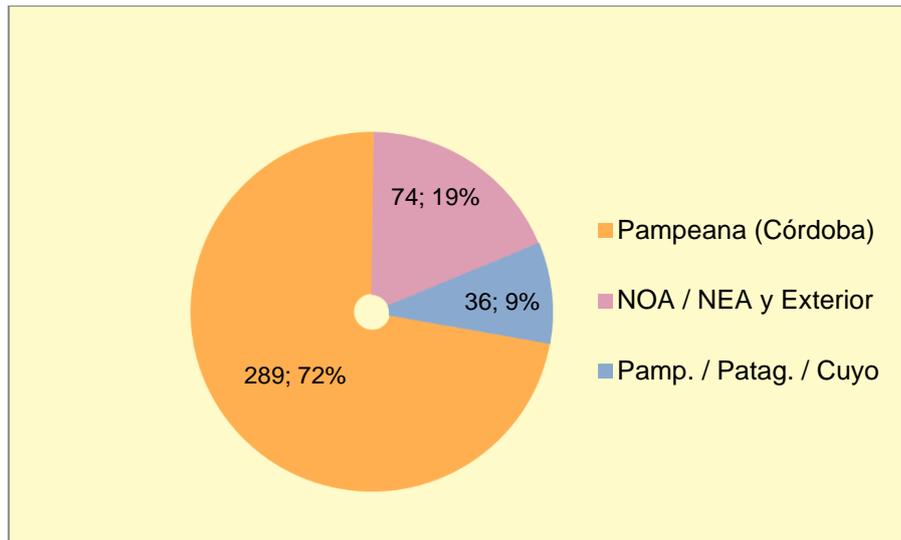


Figura 14. Distribución de la muestra según zona de procedencia de los alumnos.

- **Edad.** Años cumplidos en 2016 al momento de realizar la encuesta.

La distribución de las edades de los encuestados no coincide con una distribución normal o gaussiana, esta resultó asimétrica hacia la derecha, con la mayor frecuencia en el límite superior del rango de edades fijado en el estudio, por tal motivo se tendrá en cuenta este tipo de distribución no paramétrica en posteriores contrastes que involucren esta variable. Cabe mencionar que el valor de tendencia central que mejor representa a la muestra en general no es la media (22,7 años), sino la moda (24 años) o bien la mediana (23 años).

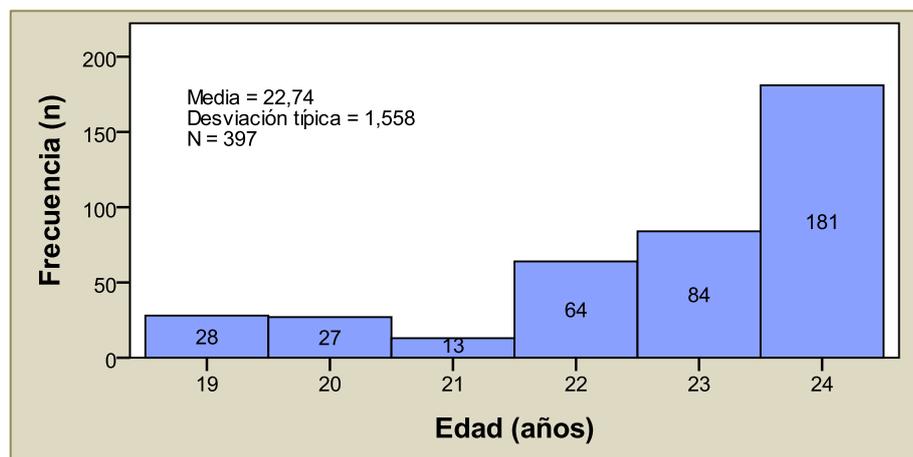
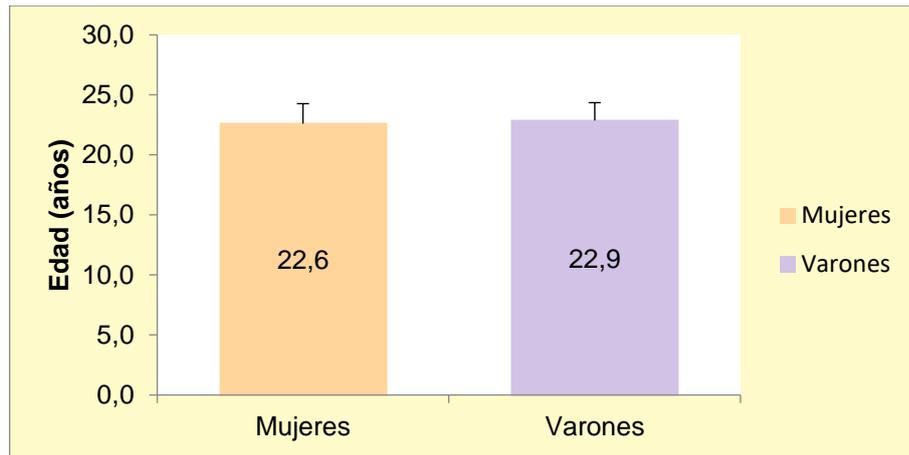


Figura 15. Histograma de distribución de valores de Edad.



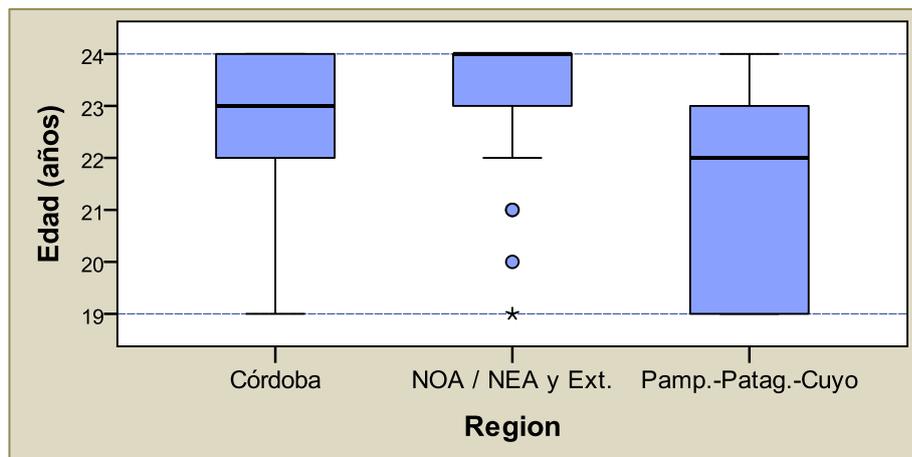
**Figura 16. Edad según sexo: Media y desviación estándar.**

**Tabla 6. Edad según sexo: Media; Desviación estándar (DE); Mediana, Mínimo, Máximo y contraste estadístico entre sexos (Mann-Whitney).**

Sexo	Media	DE	Mediana	Mínimo	Máximo	Sig. (p-valor)
Mujeres	22,63	1,63	23,0	19	24	p=0,148
Varones	22,91	1,43	23,0	19	24	
Total	22,74	1,56	23,0	19	24	

La distribución de edades fue similar en estudiantes de ambos sexos, las diferencias entre ellos resultaron escasas y no significativas estadísticamente (prueba de Mann-Whitney:  $p=0,162$ ;  $p>0,05$ ).

- **Edad según procedencia (por región)**



**Figura 17. Edad según región de procedencia.**

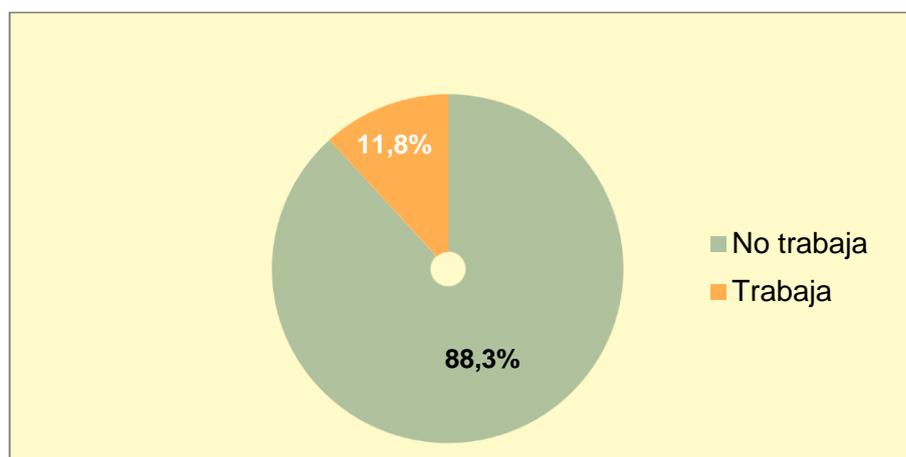
En la Figura 17 se muestra la distribución esquemática de datos o diagrama de cajas, para cada categoría (Edad según región de procedencia), la línea central representa a la mediana; la caja al 50% de los datos más centrales (2° y 3° cuartil); los bigotes o barras a los valores mínimo y máximo. En la región NOA/NEA se muestran los valores atípicos (círculos) y extremo (asterisco).

**Tabla 7. Edad según región: Media; Desviación estándar (DE); Mediana, Mínimo, Máximo y contraste estadístico entre sexos (Kruskal-Wallis).**

Región	Media	DE	Mediana	Mínimo	Máximo	Sig. (p-valor)
Prov. Córdoba	22,77	1,49	23,0	19	24	p<0,001
NOA/NEA y Ext.	23,30	1,10	24,0	19	24	
Pamp./Pat. Y Cuyo	21,32	2,11	22,0	19	24	
Total	22,74	1,56	23,0	19	24	

La distribución de edades fueron significativamente diferentes entre las distintas regiones, (prueba de Kruskal-Wallis:  $p < 0,001$ ). Se constató además, mediante comparaciones por parejas (prueba de dos caras), que las tres regiones se diferenciaron entre sí, las edades de los estudiantes de NOA/NEA fueron las más elevadas y las de la región sur-central sin contar Córdoba, las más bajas.

- **Trabajo.** Alumnos con trabajo formal e informal.



**Figura 18. Distribución de la muestra según trabajo.**

Como puede observarse en la figura 18 solo el 11,8% de los estudiantes encuestados refirió poseer un trabajo formal ó informal. Este porcentaje difiere cuando se analiza según región, particularmente los que provienen de la zona que abarca las regiones de cuyo, patagónica y pampeana (sólo 1 de los 36 estudiantes entrevistados de esa zona trabaja, 2,8%).Figura 18a.

- Trabajo según región de procedencia.

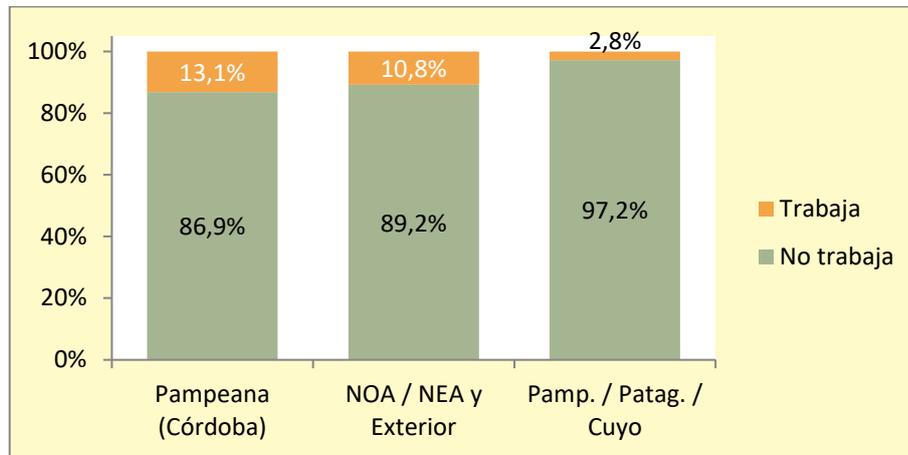


Figura 19a. Distribución de la muestra según trabajo y región de procedencia.

- Trabajo según área de la ciencia.

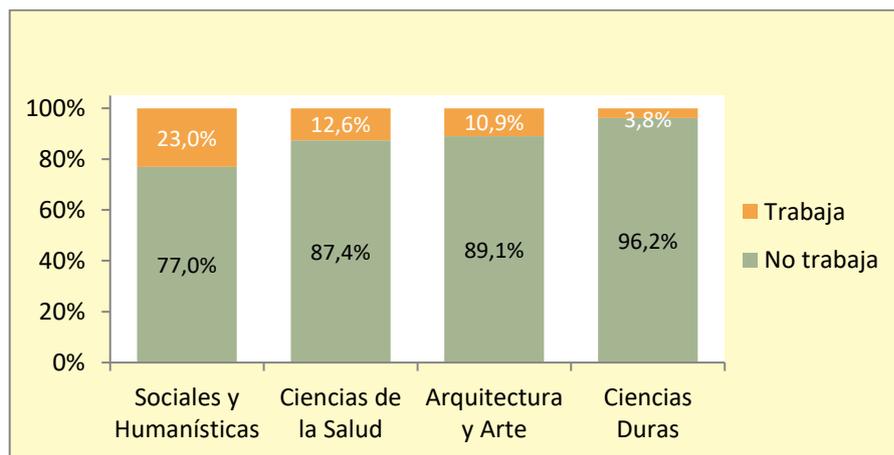


Figura 19b. Distribución de la muestra según trabajo y área de la ciencia.

Cuando se relacionan las variables trabajo y área de la ciencia que estudia puede observarse que el mayor porcentaje de estudiantes trabajadores se verificó en el área de ciencias sociales y humanísticas (23,0%) y en el otro extremo, con sólo 3,8% de alumnos que trabajaban se dio en el área de ciencias “duras” Figura 19b.

**b) Dimensión: sistema de atención de la salud al que pertenece y cobertura en salud bucal.**

- **Obra Social.** Alumnos que presentan Cobertura de la Seguridad Social

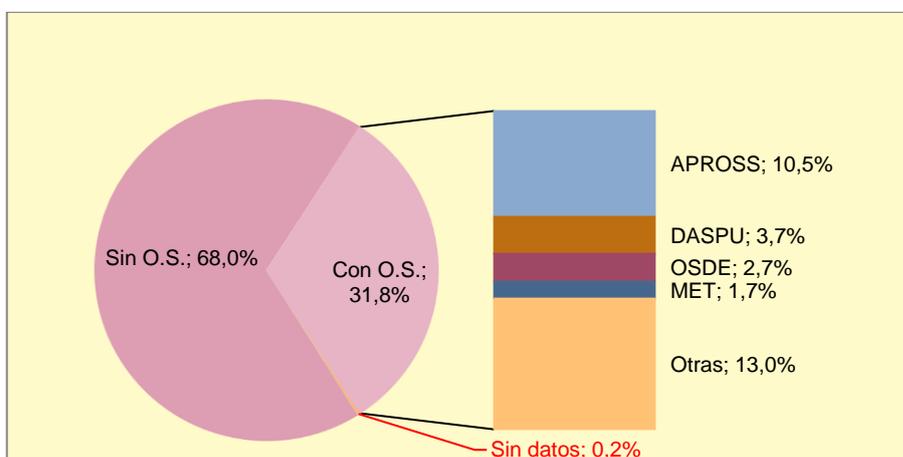


Figura 20. Distribución de la muestra según Obra Social.

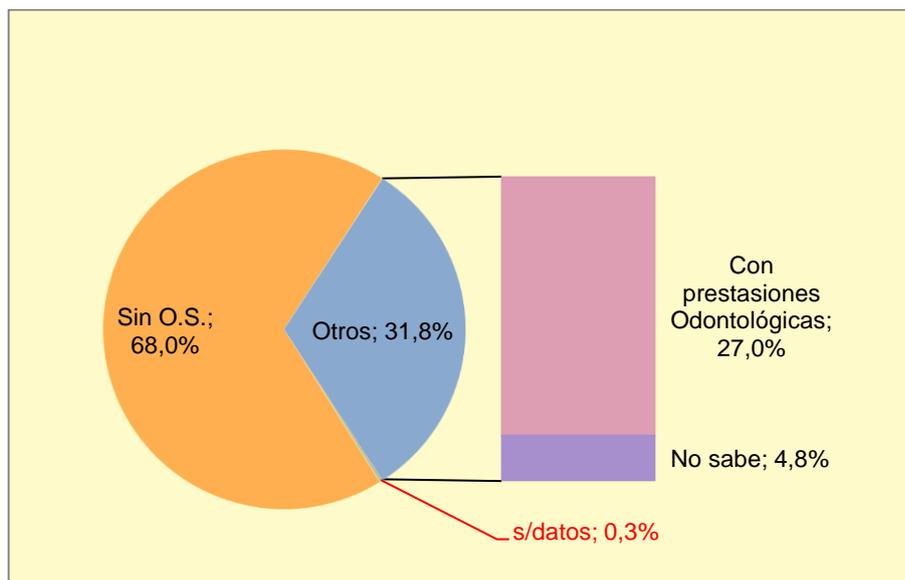
Tabla 8. Recuento y porcentaje de estudiantes según obra social.

Obra Social	n	%
Sin cobertura	272	68,0%
APROSS	42	10,5%
DASPU	15	3,8%
OSDE	11	2,8%
MET	7	1,8%
Swiss Medical	4	1,0%
OSPE	4	1,0%
SANCOR 2000	3	0,8%
MEDIFE	3	0,8%
Protección Salud	3	0,8%
UNION Personal	3	0,8%
OSDOP	3	0,8%
Otras	29	7,3%
Sin datos	1	0,3%
Total	400	100,0%

Un elevado porcentaje de la muestra refirió no poseer O.S. (68%), esto podría relacionarse a que los jóvenes presentan habitualmente menor carga de morbilidad y la percepción de ser menos vulnerables a enfermarse.

La obra social más frecuente fue APROSS (10,5%), luego DASPU (3,7%), OSDE (2,7%), MET (1,7%) y las demás 1% a menos sobre el total. Estos valores se correlacionan con las zonas de procedencia ya que el 72% de los estudiantes encuestados procedían de la Provincia de Córdoba (capital e Interior); a los convenios de reciprocidad existentes entre las Obras Sociales de otras provincias y APROSS de la Provincia de Córdoba, así como los registrados entre DASPU y las Obras Sociales para dependientes de las Universidades Públicas del País. Se ordenaron de manera decreciente según la frecuencia.

- **Obra Social y Cobertura odontológica**



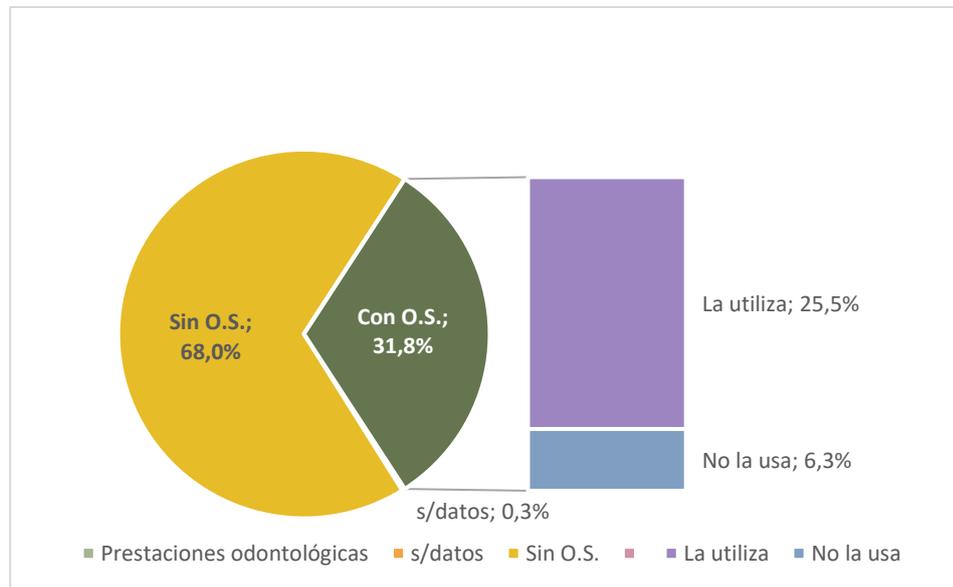
**Figura 21. Distribución de la muestra según Obra Social y cobertura odontológica.**

Al indagar entre los estudiantes que refirieron poseer cobertura de la Seguridad Social (31,8%), si conocían si su Obra Social abarcaba la atención odontológica, el 85% de los mismos, (27% de la muestra total) señaló que la misma poseía **cobertura odontológica**, en tanto que **el restante 15%** no sabía si su obra social cubría prestaciones odontológicas (4,8% del total encuestado).

- **Obra Social y su utilización**

De los alumnos que tenían obra social el 80,3% indicó que hacía uso de la misma en tanto que el restante 19,7% no la usaba, esto quiere decir que más allá de las percepciones de ser menos vulnerables quienes poseen cobertura de la seguridad social utiliza los Servicios de Salud, para la totalidad de la muestra esto porcentajes

significan que solo el 25,5% del total de la muestra usaba su cobertura y el 6,3% que no lo hacían.



**Figura 22. Distribución de la muestra según Obra Social y utilización de la misma.**

- **Obra Social y región**

Al relacionar la procedencia de los estudiantes y si poseen o no obras sociales podemos referir que los alumnos de la región pampeana, patagónica y cuyana son aquellos estudiantes que en un mayor porcentaje poseen obras sociales, un 66,7%; este resultado se puede atribuir que es la zona más productiva del País, con mayores ingresos y mayor acceso a la salud, seguidos por los alumnos de la provincia de Córdoba con un 31,3% y los de las regiones NOA/NEA y extranjeros con un 17,6%. A su vez en la totalidad de los alumnos de la UNC, podemos referir que solo un 31,9% de los estudiantes poseen obras sociales mientras que un 68,1% de los estudiantes no, esto puede corresponderse a la baja morbilidad de este grupo etario.

Tabla 9. Recuento y porcentaje de casos según obra social (no/si) según región y Contraste estadístico de Chi cuadrado de Pearson.

Región	Obra social				Total (por regiones)	
	No (n; %)		Si (n; %)			
Prov. Córdoba	198	68,8%	90	31,3%	288	72,4%
NOA/NEA y Ext.	61	82,4%	13	17,6%	74	18,6%
Pamp./Pat. Y Cuyo	12	33,3%	24	66,7%	36	9,0%
<b>Total (por O.S.)</b>	271	68,1%	127	31,9%	398	100,0%

Chi cuadrado de Pearson: valor=27,079; p=1,3 x 10<sup>-6</sup>; p<0,001

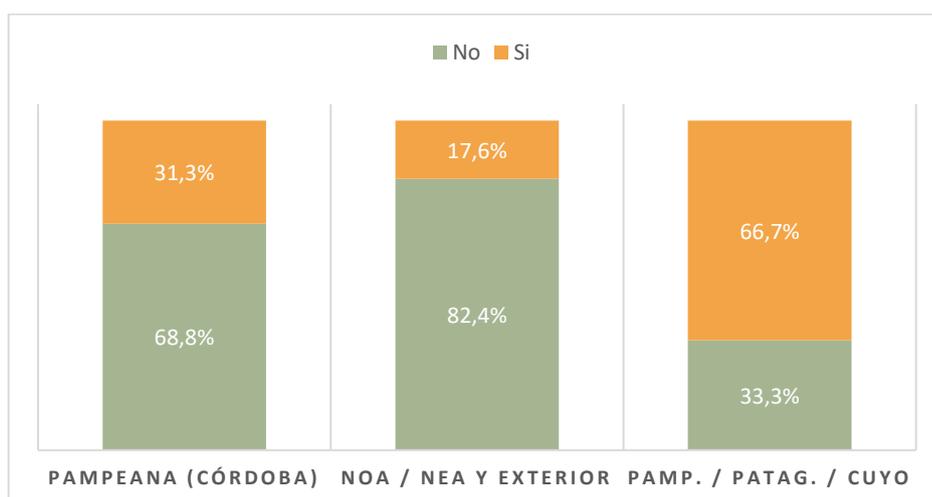
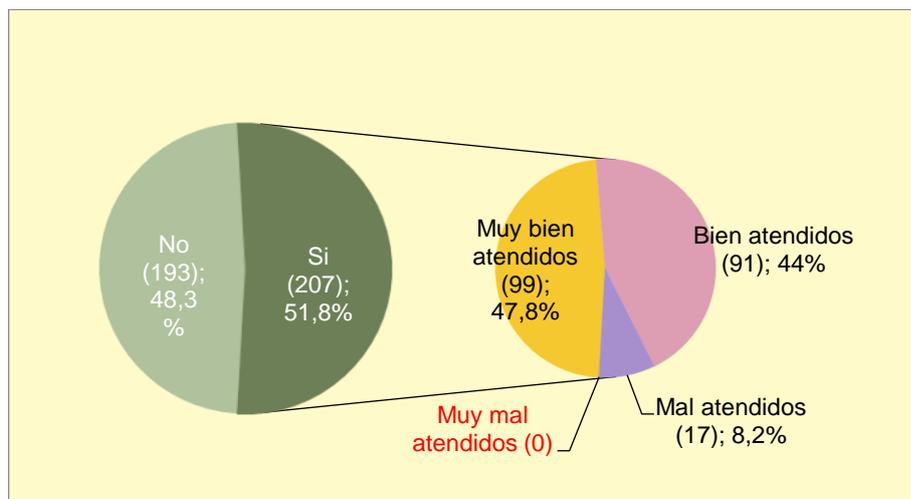


Figura 23. Distribución de la muestra según presente Obra social y la región de procedencia.

El porcentaje de alumnos con obra social fue significativamente más elevado, con un 66,7%, dentro del grupo que residía en la zona que incluía las regiones cuyana, patagónica y parcial pampeana (La Pampa, Bs.As., Santa Fe y E. Ríos), en orden decreciente le siguieron los residentes en Córdoba (capital e interior) y la región que menor porcentajes de estudiantes refirieron poseer O.S. fue la de NOA/NEA, esto podría deberse al dispar desarrollo socioproductivo de las diferentes regiones del País.

- **PASoS (Plan de Asistencia Social Solidario).** Estudiantes que utilizan o utilizaron alguna vez PASoS

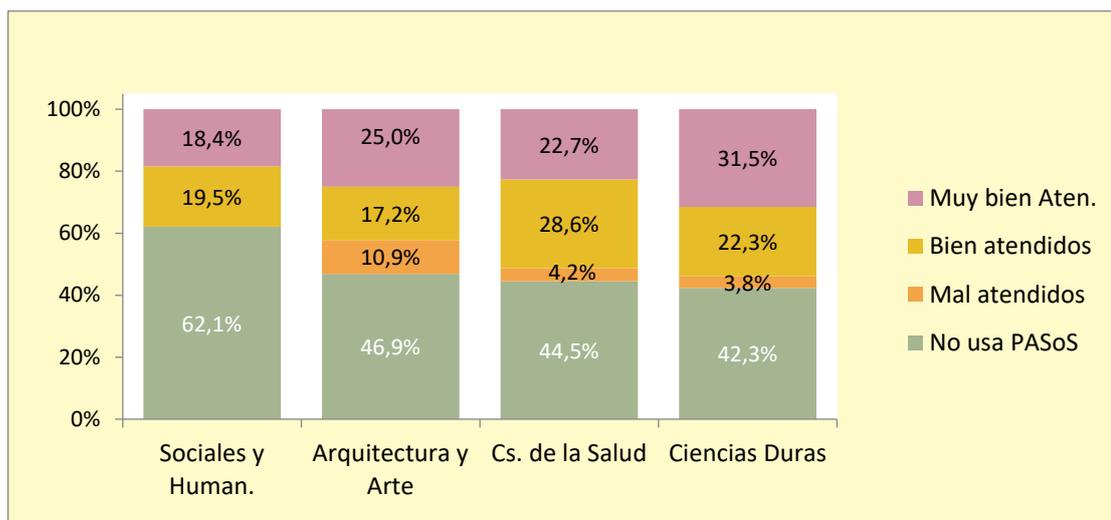


**Figura 24. Utilización de PASoS y calificación de la atención recibida.**

El 51,8%, es decir, más de la mitad de los alumnos utiliza o utilizó alguna vez PASoS, independientemente de que si poseían o no cobertura de la Seguridad Social, esto es acorde a la finalidad con que fue creado el Plan de Asistencia Solidario, de ser una herramienta útil frente a necesidades médicas específicas o ante alguna urgencia para los estudiantes de la UNC. De quienes la utilizaron, el 47,8% dijo sentirse muy bien atendido y un 44% bien atendido, sólo el 8,2% señaló que se sintieron mal atendidos y ninguno de ellos se sintió muy mal atendido (0%). De todas maneras recordemos que el solo el 31,8% de los encuestados declaró poseer O.S. al ser indagados al respecto.

- **Utilización/atención en PASoS según área de la ciencia**

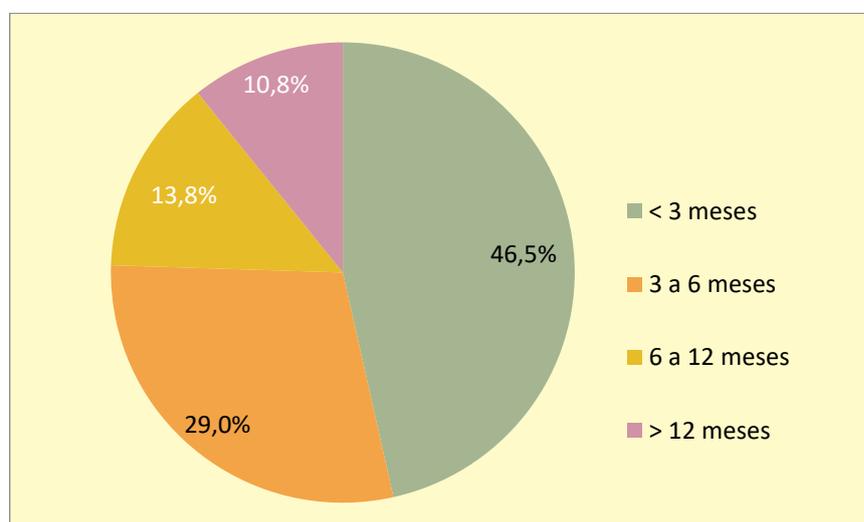
Al correlacionar la utilización del Plan de Asistencia Social Solidario que la UNC pone a disposición de sus estudiantes con el área de la ciencia en que cursan sus estudios, las carreras que se consideraron dentro del área de ciencias sociales y humanísticas fueron las que menos usaron PASoS (62,1%), diferenciándose significativamente de las demás áreas en este aspecto (chi cuadrado de Pearson: valor: 23,31;  $p=0,008$ ;  $p<0,05$ ). Y dentro de los alumnos que sí utilizaron o utilizan PASoS, el área artes y arquitectura fue la menos conforme con la atención (10,9%), un análisis más detallado reveló que la facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo registró la mayor proporción de estudiantes que señalaron que la atención recibida en el plan asistencial era mala (16,3%).



**Figura 25. Utilización de PASoS según área de la ciencia.**

**c) Correlación entre las dimensiones: accesibilidad al sistema de Salud Bucal; prácticas odontológicas principalmente requeridas; satisfacción del usuario; e importancia de la Salud Bucal como parte integral de la Salud General.**

- **Última visita al odontólogo**

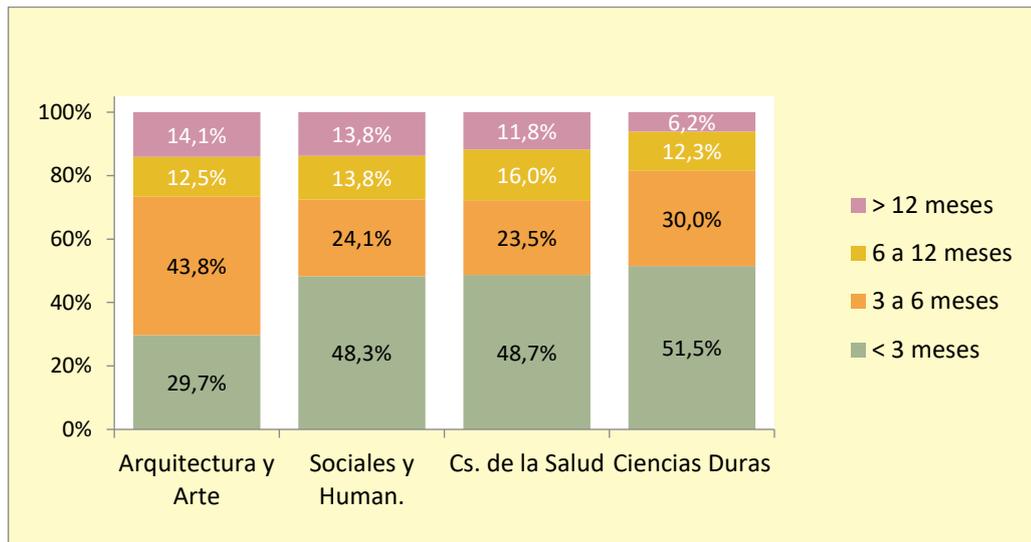


**Figura 26. Última visita al Odontólogo.**

Al indagar en el marco de la dimensión “accesibilidad al sistema de salud” el tiempo transcurrido desde la última visita al odontólogo, (figura 25), del total de alumnos al que se le aplicó la encuesta el 75,5% refirió haber realizado una consulta odontológica en los últimos 6 meses dentro de los cuales el 46,5% había concurrido hacía menos de

tres meses, y el 29% entre los 3 y 6 meses anteriores, esto hace referencia al trabajo mancomunado de la odontología preventiva en relación a los controles odontológicos de las personas de bajo riesgo a enfermar. Del 24,5% restante el 13,8% lo había hecho hacía más de 6 meses y hasta 12 meses previos a la aplicación del instrumento, y el 10,8% no había concurrido al odontólogo desde más de un año atrás.

- Última visita al Odontólogo según **área de la ciencia**

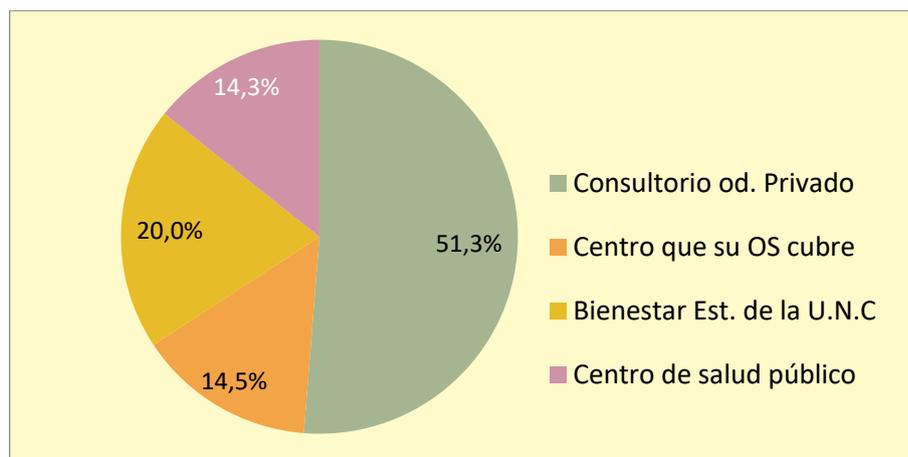


**Figura 27. Última visita al odontólogo según área de la ciencia.**

Cuando se relacionó la fecha de la última visita al odontólogo con el área de la ciencia que estudia, la que incluye a las unidades académicas de Arquitectura y de Arte se destaca por que sus alumnos concurrieron a consultas odontológicas con menor frecuencia y a su vez consultas más distanciadas en el tiempo, es decir mayor a un año, sólo el 29,7% fue al odontólogo por última vez en los últimos tres meses, mientras que en las otras tres áreas los valores oscilaron entre el 48,3% en Cs. Sociales y Humanas y el 51,5% en Cs. Duras. Si reducimos el análisis a 2 categorías, una de menos de 3 meses hasta 6 meses y la otra de 6 meses a más de 12 meses se advierte que el 81,5% de los estudiantes del área de las Ciencias Duras habían realizado la consulta en los últimos 6 meses, siguiéndole los de Artes y Arquitectura con 73,5%, Cs de la Salud con 72,2%, y Cs. Sociales y Humanidades con 72,1%. Aunque las proporciones de las categorías de frecuencia de consulta no se diferenciaron significativamente según área de la ciencia (chi cuadrado de Pearson: valor: 16,337;  $p=0,06$ ;  $p>0,05$ ).

- **Lugar de atención odontológica**

Más de la mitad de los encuestados refirió atenderse en consultorios odontológicos privados (51,3%). En orden decreciente se ubicaron: Bienestar Estudiantil de la UNC (20%); en centros que cubría su obra social (14,5%) y finalmente en centros de Salud pública (14,3%) en los cuales se atendieron con mayor frecuencia en hospitales públicos provinciales (n=37; 64,9%) y el restante 35,1% (n=20) en dispensarios municipales.

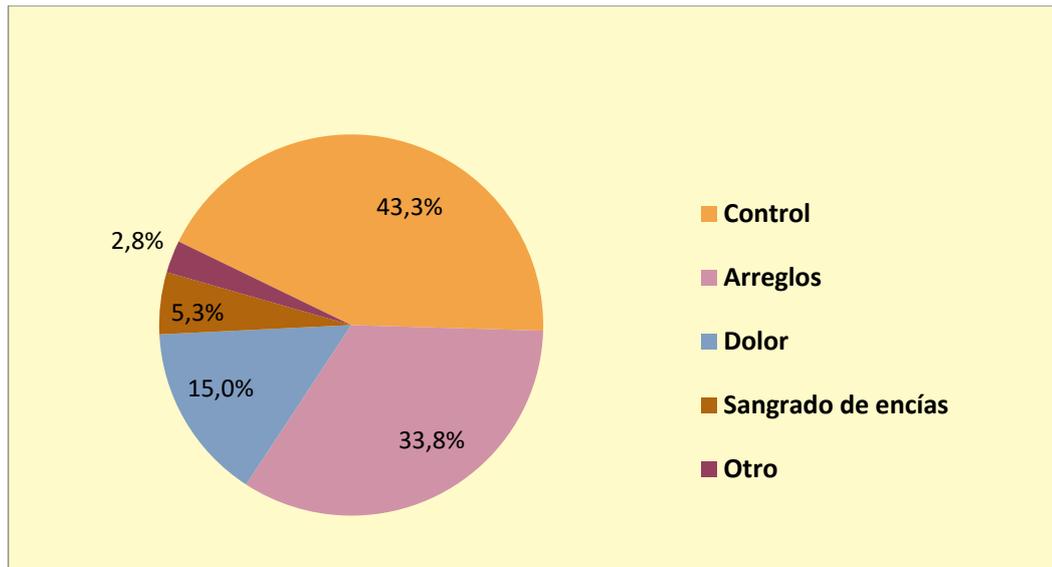


**Figura 28.** Lugar de atención odontológica.

- **Motivo de atención odontológica**

El motivo más frecuente de atención odontológica fue por control (43,3%), a partir de esto es importante señalar que la mayoría de las enfermedades estomatológicas pueden ser controladas con odontología preventiva y a través de un diagnóstico temprano, por lo que las consultas se deben realizar con especial énfasis en la prevención, tanto en los sectores privados como públicos para así mejorar la calidad de la atención odontológica que se brinda a la población.

En orden decreciente de frecuencia: Por “arreglos” (33,3%); Por dolor (15%); por sangrado de encías (5,3%) y por otros motivos sólo el 2,8%, principalmente por ortodoncia ya que los jóvenes buscan mejorar la estética de su cavidad bucal.



**Figura 29. Principal motivo de atención odontológica.**

- Lugar de **atención odontológica** según **motivo de consulta**

Las proporciones de los principales motivos de atención odontológica difirieron significativamente entre los lugares de atención, en términos generales, la distribución observada difiere de la esperada o teórica (prueba de chi cuadrado de Pearson: valor=57,803;  $p=5,7 \times 10^{-8}$ ;  $p < 0,05$ ), en particular, mediante comparación de proporciones entre lugares de atención (prueba z con corrección por método de Bonferroni) se verificó que los porcentajes de motivo de atención “control” y “otros” eran significativamente diferentes (con un nivel de significancia igual a 0,05) en los centros asistenciales donde la obra social cubría prestaciones odontológicas en contraste con los otros tres lugares de atención, los cuales, pese a que no registraron diferencias significativas entre sí, se debe mencionar que en centros de salud públicos se registró el porcentaje más bajo de motivo principal de atención “por control” (28,1%) y el más alto “por dolor” (19,3%).

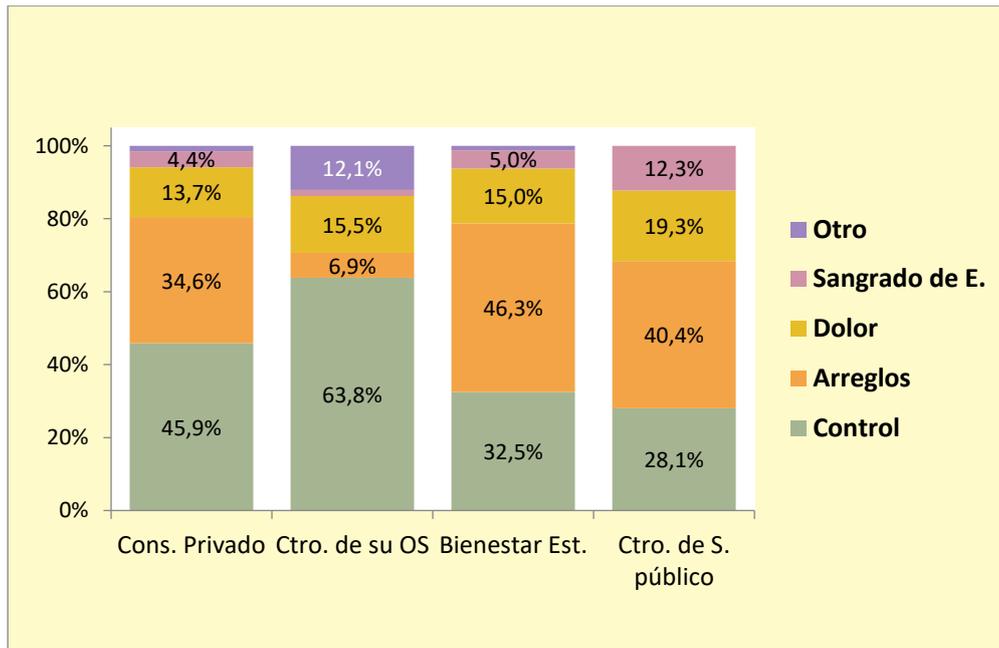


Figura 30. Lugar de atención odontológica según motivo de consulta.

• **Motivo de consulta según Área de la ciencia**

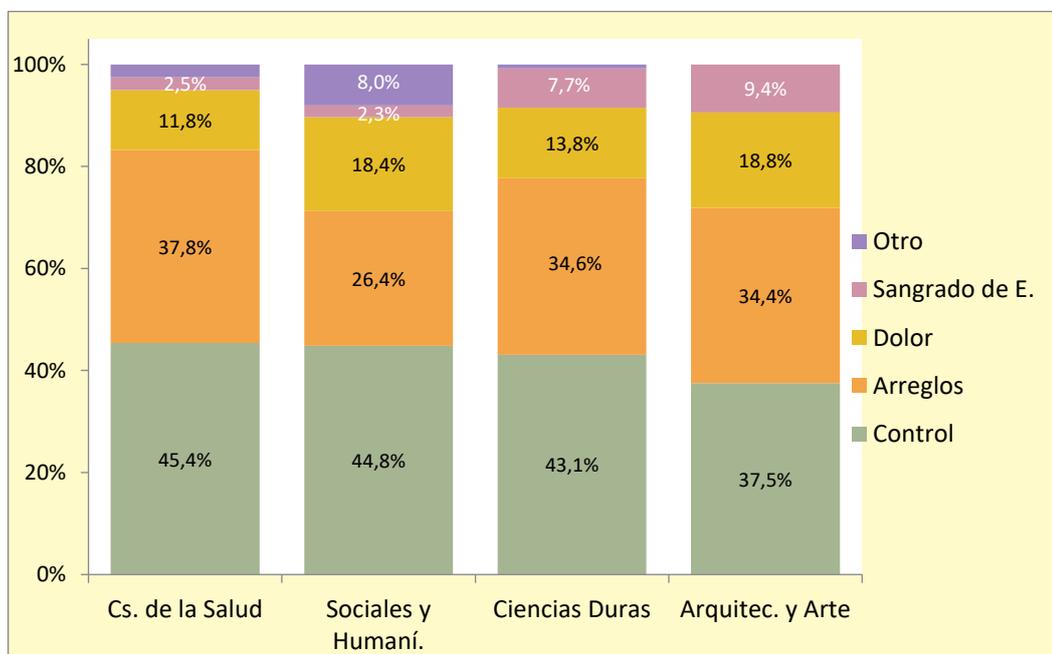
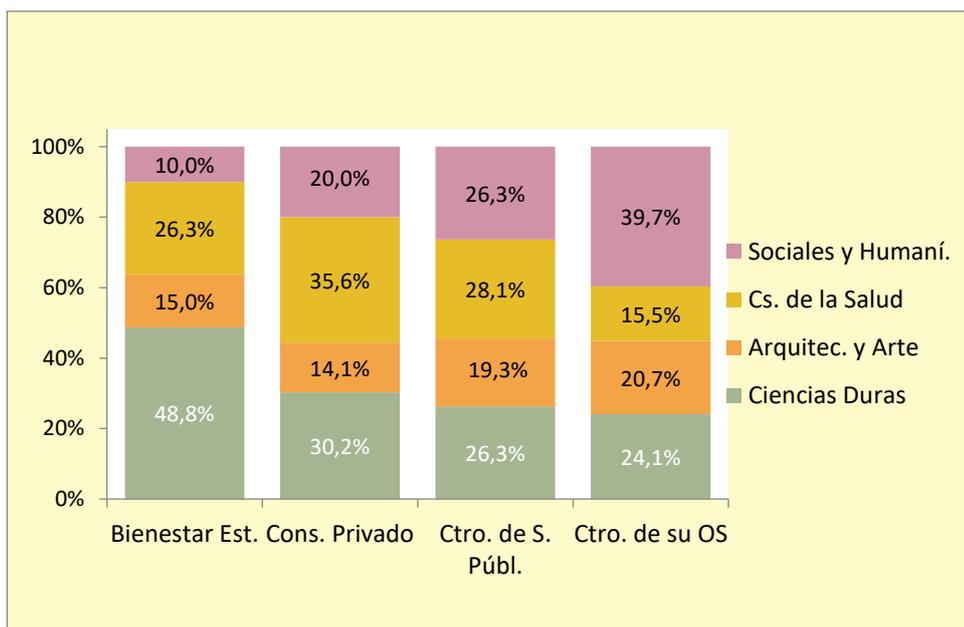


Figura 31a. Motivo de consulta Según área de la ciencia

Ciencias de la Salud registró el mayor porcentaje de alumnos cuyo motivo de consulta era por control (45,4%), consecuente a la formación de este grupo de jóvenes, en tanto que el grupo de alumnos de arquitectura y arte presentó el menor porcentaje para esa categoría (37,5%), aunque este porcentaje no fue en realidad muy diferente al registrado en las demás áreas, 44,8%. para Cs. Sociales y Humanidades y 43,1% en Cs. Duras.

- Lugar de **atención odontológica** según **área de ciencia**

En la figura 31b se observan diferencias notorias entre los lugares de atención en cuanto el área de la ciencia de los alumnos asistentes: En Bienestar estudiantil se atiende una mayor proporción de alumnos que estudian Ciencias Duras (48,8%); en los consultorios privados la mayoría fueron estudiantes de Ciencias de la Salud (35,6%); En Centros de Salud Pública las proporciones fueron más equilibradas. Los estudiantes de Ciencias Sociales y Humanísticas fueron los que concurrieron en mayor proporción a los centros de atención propiciados por las mismas obras sociales (39,7%).



**Figura 31b. Porcentajes de alumnos según área de la ciencia para cada lugar de atención odontológica.**

Con los mismos datos pero transpuestos, se generó otro gráfico de barras apiladas (Fig. 31c) en el cual se pueden evaluar las preferencias y/o posibilidades de los alumnos en relación al lugar de atención. Se destaca el área ciencias duras, ya que registró el mayor porcentaje de alumnos atendidos en Bienestar estudiantil (30%), el

área de ciencias de la salud por registrar el mayor porcentaje de alumnos atendidos en el ámbito privado (61,3%) y finalmente el área de ciencias sociales y humanísticas con muy pocos alumnos atendidos en Bienestar estudiantil (9,2%) y a su vez registró el mayor porcentaje de alumnos atendidos en los lugares indicados por su obra social (26,4%)

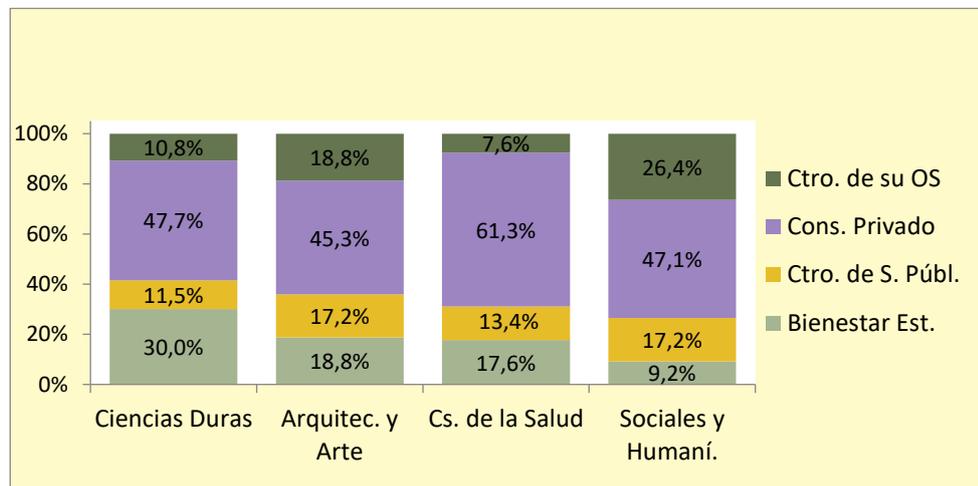
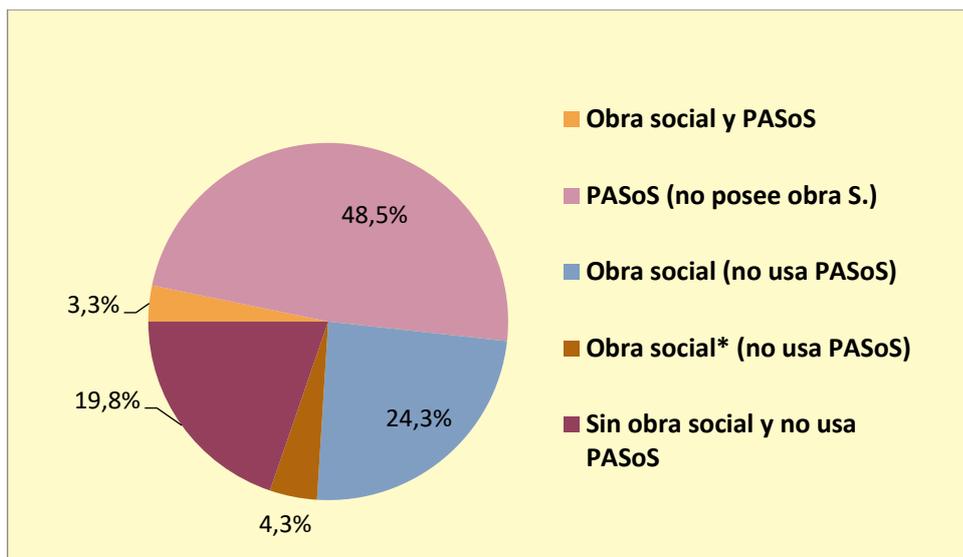


Figura 31c. Lugar de atención odontológica según área de la ciencia.

- **Lugar de atención según tipo de cobertura**

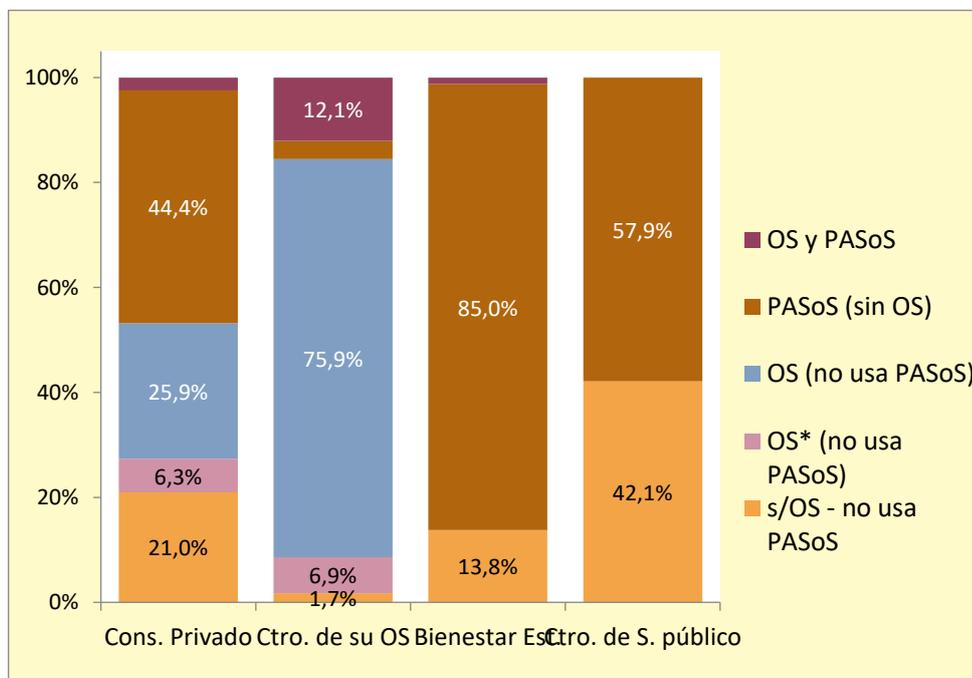
Previo al cruzamiento de estas variables, se analizará “tipo de cobertura” con la que manifestaron contar los estudiantes, para lo cual se unificaron las variables categóricas Obra Social con cobertura odontológica y utilización de PASoS, obteniéndose 5 categorías:

- 1) Sin obra social y no usa PASoS
- 2) Obra social\* (no usa PASoS) (No sabe si su obra social cubre prestaciones odontológicas.)
- 3) Obra social (no usa PASoS)
- 4) PASoS (no posee obra S.)
- 5) Obra social y PASoS



**Figura 32. Cobertura odontológica (obras sociales y PASoS).**

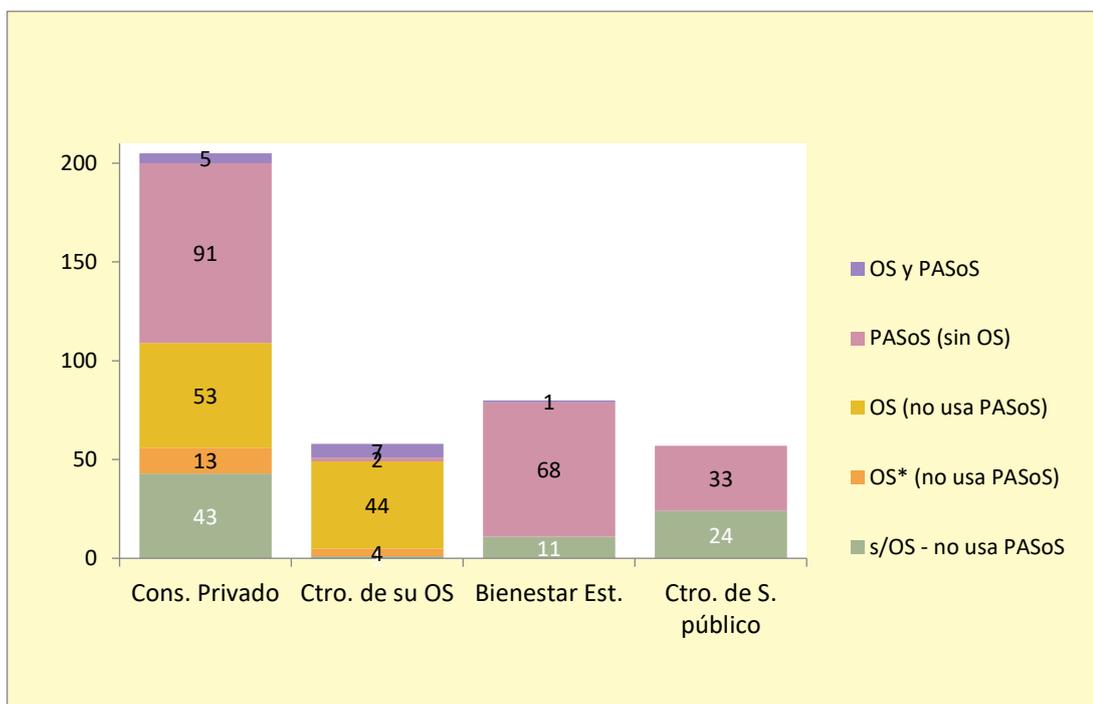
Nuevamente se destaca respecto a los demás lugares de atención la categoría “centros de asistenciales donde la obra social cubría prestaciones odontológicas”, el mayor porcentaje de tipo de cobertura en estos centros fue por uso de su “obra social” (75,9%). En otro ámbito, el 85% de los alumnos atendidos en Bienestar Estudiantil de la UNC tenían únicamente cobertura PASoS y un 13,8% señaló que no tenía O. S. y que no utiliza ni utilizó PASoS, respuesta que genera el interrogante si desconocen algunos alumnos su tipo y alcance de cobertura.



**Figura 33a. Lugar de atención según cobertura odontológica (porcentajes)**

Las diferencias porcentuales fueron muy significativas en general (prueba de chi cuadrado de Pearson: valor=196,750;  $p=1,5 \times 10^{-35}$ ;  $p < 0,001$ ), y al comparar las proporciones entre lugares de atención mediante pruebas z, se verificó que las proporciones de las categorías motivo de atención eran significativamente diferentes entre todos los lugares (con un nivel de significancia igual a 0,05), con excepción de la categoría PASoS entre los consultorios privados y los centro de salud públicos, se advierte que alumnos que acudieron y utilizaron alguna vez el Plan de Asistencia Solidaria, también se atendieron en consultorios privados.

Para complementar el análisis anterior se evaluó la frecuencia de cada categoría de cobertura según el lugar de atención (figura 30b), la mayor frecuencia es de quienes utilizaron PASoS también se atendieron en consultorios privados (91+5) y luego en Bienestar Estudiantil (68 + 1).



**Figura 33b. Lugar de atención según cobertura odontológica (recuento de casos).**

- **Derivaciones:** si son derivados a otros profesionales o recibe la práctica requerida.

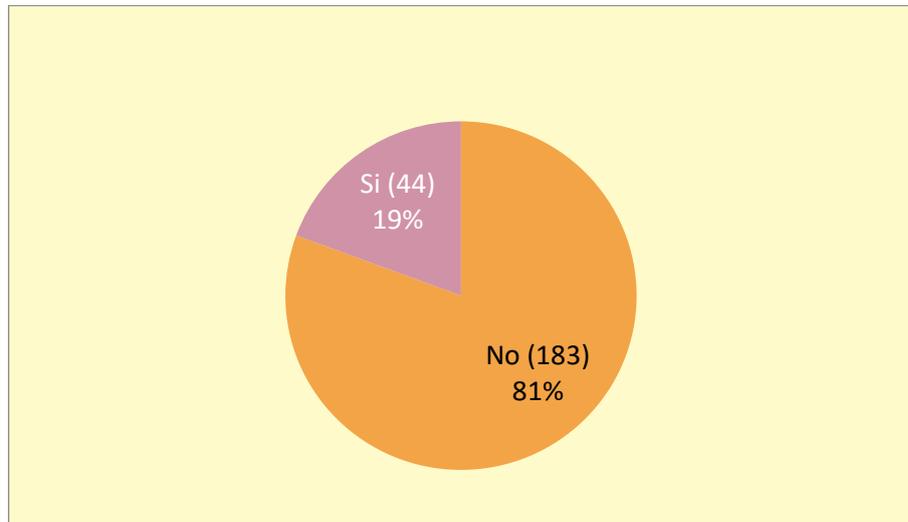


Figura 34. Recuento y porcentaje de alumnos derivados o no a otro profesional.

El 19% (44) de los estudiantes contestó que fue derivado a otro profesional para su atención. Posteriormente se evaluó el grado de satisfacción en relación a esta variable (derivación a otro profesional) y se verificó que era significativa la asociación entre ambas, el grado de satisfacción fue menor en los pacientes derivados.

- **Tiempo de espera**

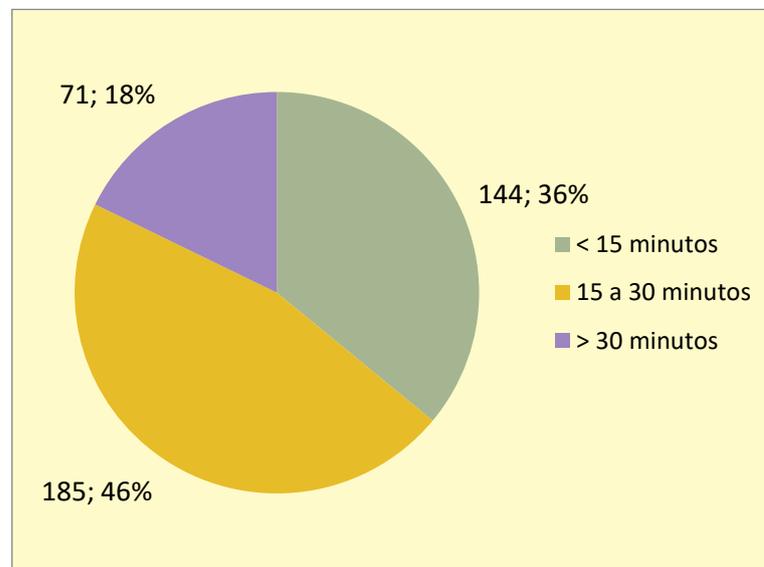


Figura 35. Recuento y porcentaje según tiempo de espera para ser atendidos.

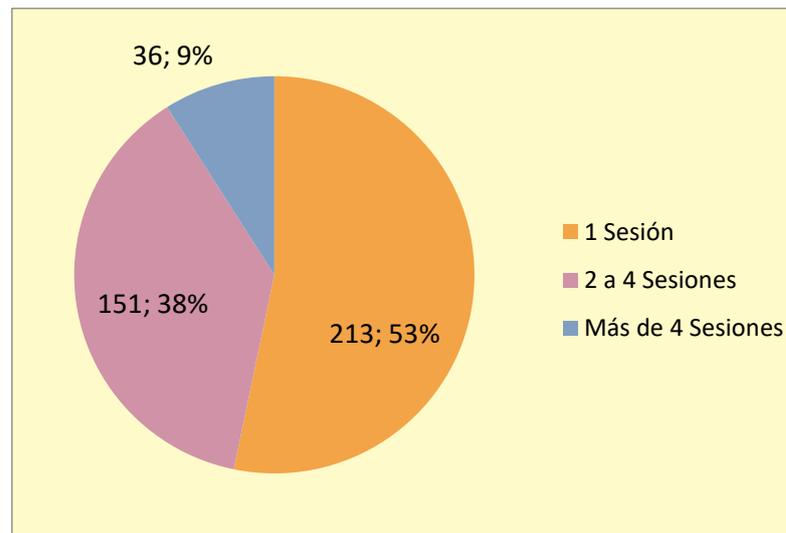
En general, el 46% (185) de los alumnos encuestados manifestó que fueron atendidos dentro de un rango de tiempo de espera intermedio de 15 a 30 minutos, del

restante 54%, el 36% (144) de ellos fueron atendidos rápidamente (menos de 15 minutos de espera) y un 18% (71) refirió haber tenido que esperar más de media hora para su atención, podemos interpretar que la percepción de los alumnos encuestados en relación al tiempo de espera de las consultas odontológicas, es aceptable.

- **Cantidad de sesiones** para la realización y finalización del tratamiento odontológico

El 53% (213) de los alumnos fue atendido en 1 sesión, 38% (151) en 2, 3 o 4 sesiones y el 9% (36) en más de 4 sesiones.

Como vimos anteriormente el principal motivo de consulta que refirieron los alumnos del estudio fue por control (43,3%) (Figura 27) por lo que interpretamos que las inquietudes por lo que acuden a los servicios odontológicos, son es resueltas generalmente en una sola sesión (38%) (Figura 35).



**Figura 36. Recuento y porcentaje según cantidad de sesiones del tratamiento odontológico.**

- **Realización de la práctica solicitada**

Al 83% de los encuestados (334 alumnos) le realizaron la práctica odontológica solicitada y al restante 17% (66 alumnos) no se la realizaron.

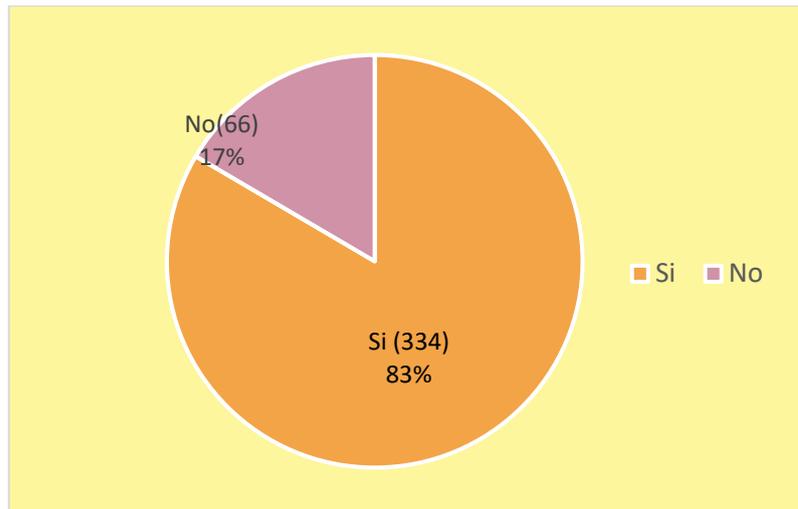


Figura 37. Recuento y porcentaje según realización de la práctica solicitada.

- **Importancia atribuida a la mantención de la salud bucal.**

Respecto a la Dimensión: “*Importancia de la salud bucal como parte integral de la salud general de la encuesta*”: “*Ud. considera que mantener la Salud Bucal es: Muy importante; medianamente importante o poco importante*”, las respuestas fueron muy alentadoras, el 88,5% de los estudiantes señaló como muy importante este aspecto, un 11% lo consideró medianamente importante y sólo a un 0,5% le pareció poco importante la mantención de la salud bucal.

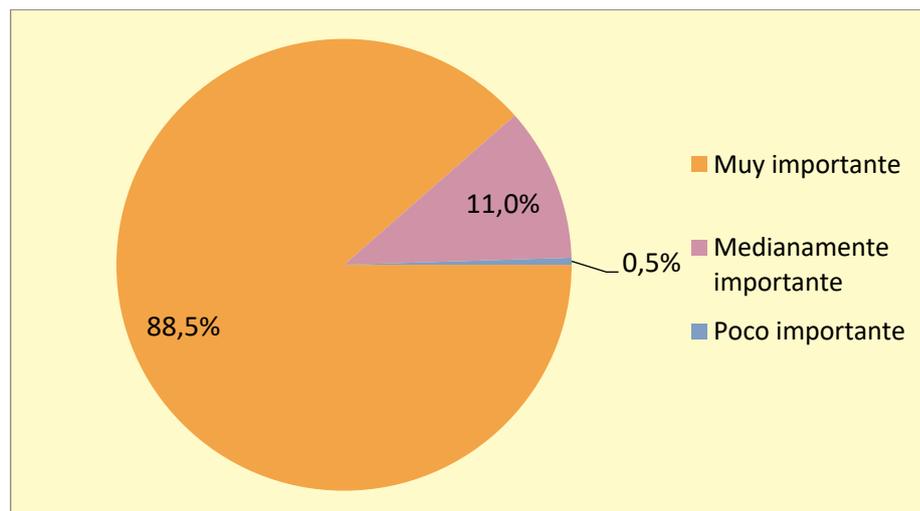


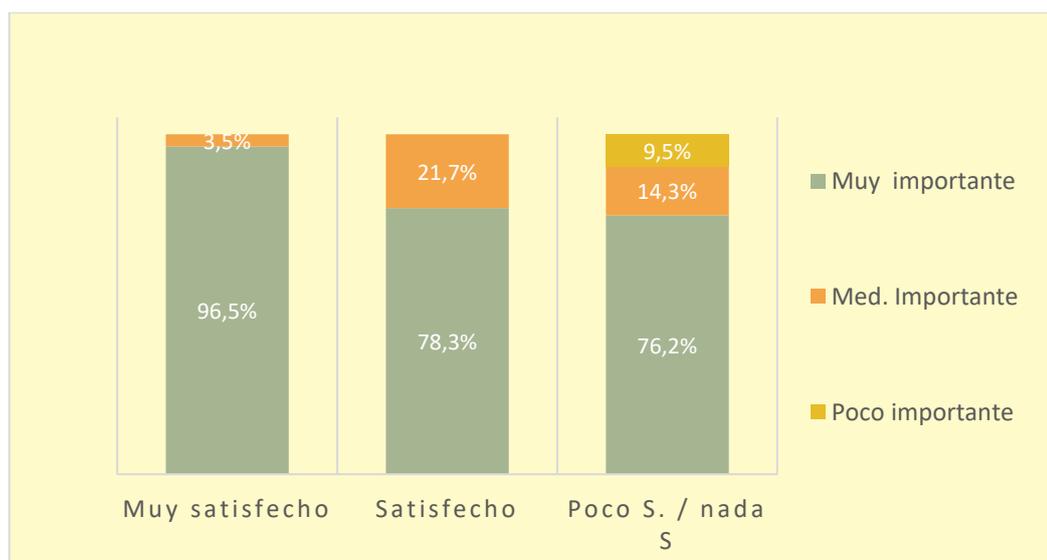
Figura 38. Recuento y porcentaje según grado de importancia atribuida a la mantención de la salud bucal.

Se planteó un modelo lineal generalizado de logística ordinal para determinar el grado de asociación entre diversos factores en relación a la importancia que le otorgan los estudiantes de la UNC a la Salud Bucal. Se excluyeron del mismo algunas variables que podrían resultar confusas al evaluar este aspecto (importancia), pero se incluirán en el análisis de grado de satisfacción. Se ordenaron los factores o predictores de manera decreciente según la significatividad del efecto ejercido sobre la variable dependiente u objetivo “importancia atribuida”.(Tabla 10.)

**Tabla 10. Resultado de la regresión logística ordinal.**

Factor	Categoría asociada a mayor importancia atribuida a la salud bucal	Chi-cuadrado de Wald	Sig. (p-valor)
Grado de satisfacción	Muy satisfecho	19,061	0,000
Área de ciencias	Ciencias de la salud	10,185	0,037
Obra Social	Con Obra Social	2,479	0,115
Edad	Menor edad	2,437	0,119
Sexo	Varones	2,116	0,146
Motivo de atención	Otro y Controles	2,363	0,669
Última visita al Od.	Menos de 3 meses	1,192	0,755
Lugar de atención	Consultorio privado / Ctro. de su OS	1,166	0,761
Atención en PASoS	Muy bien atendidos	0,976	0,807
Distancia al servicio Od.	Menos de 5 cuadras	0,847	0,838
Región de procedencia	Cuyana, Patag. y Pamp. (s/Córdoba)	0,220	0,896
Trabajo	Con trabajo	0,000	0,988

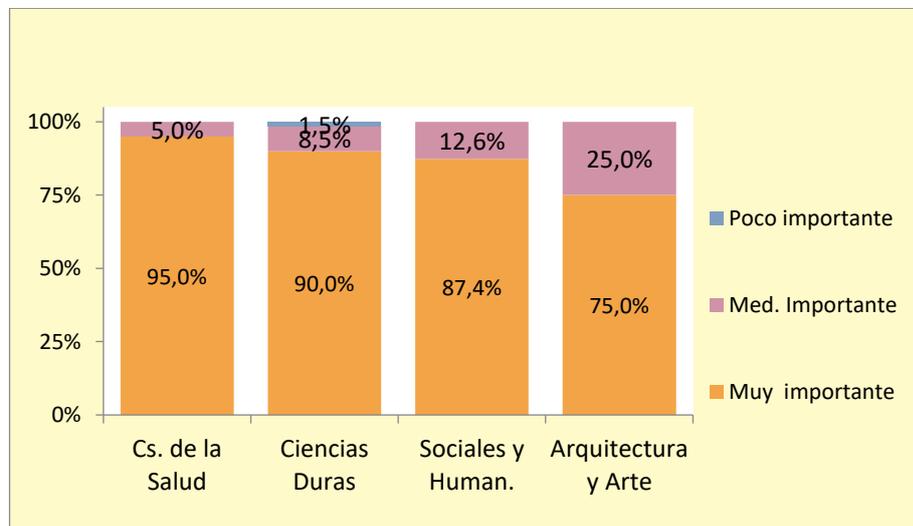
- **Importancia de la salud bucal y grado de satisfacción del servicio recibido.**



**Figura 39. Importancia atribuida a la salud bucal según el grado de satisfacción.**

Sólo dos de los factores incluidos en el modelo demostraron influir sobre la importancia de la Salud Bucal de forma significativa y estos fueron un mayor grado de satisfacción y el área de la ciencia, en particular las Ciencias de la Salud, debido al cuerpo teórico de conocimientos propios de estas Ciencias. La correlación entre la importancia atribuida a la mantención de la Salud Bucal y el grado de satisfacción del alumno respecto a la prestación odontológica resultó muy significativa (correlación de Spearman: valor=0,286;  $p= 5,8 \times 10^{-9}$ ;  $p < 0,001$ ).

- **Importancia de la salud bucal según el área de la ciencia.**



**Figura 40.** Importancia atribuida a la salud bucal según el área de la ciencia.

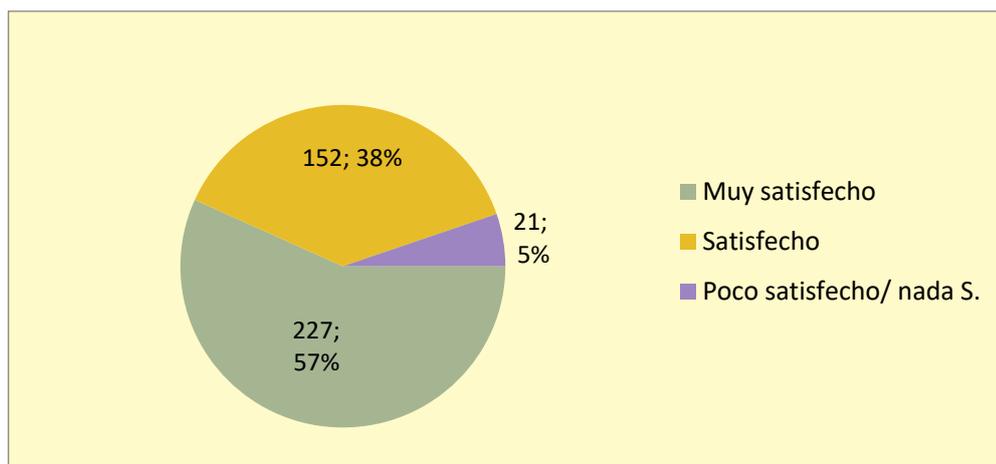
En cuanto a la importancia en relación al área científica de las carreras, se destacó el área de Salud (Facultad de medicina y Escuelas de medicina), en concordancia con el análisis anterior (Figura 40), en tanto que el área de Artes y Arquitectura la respuesta “muy importante” fue menos frecuente que en las demás áreas, aunque los porcentajes pueden considerarse más que aceptables (75% muy importante y 25% medianamente importante).

- **Grado de satisfacción con la prestación odontológica**

En primera instancia se muestra en el gráfico por sectores según grado de satisfacción (figura 41), los porcentajes generales registrados.

El nivel de satisfacción con respecto al servicio odontológico prestado fue elevado: muy satisfechos 152 alumnos (56,8%); satisfechos 57 (38%); Poco satisfechos 21 (5,6%).

Debido a que el análisis de esta variable (satisfacción) es fundamental para cumplir con el objetivo principal planteado en el estudio, se indagará el grado de influencia de los demás factores en relación a ella mediante otro análisis de regresión de logística ordinal, pero esta vez con todas las variables disponibles. Se ordenaron los factores o predictores de manera decreciente según la significatividad del efecto ejercido sobre la variable dependiente u objetivo “grado de satisfacción con la prestación odontológica”.



**Figura 41. Grado de satisfacción con el servicio odontológico (3 categorías).**

**Tabla 11. Resultado de la regresión logística ordinal. Categoría asociada a mayor grado de satisfacción.**

<b>Factor</b>	<b>Categoría asociada a mayor grado de satisfacción</b>	<b>Chi-cuadrado de Wald</b>	<b>Sig. (p-valor)</b>
Importancia de salud bucal	Muy importante	10,534	<b>0,005</b>
Cantidad de Sesiones	1 sesión	9,957	<b>0,007</b>
Derivación a otro Od.	No lo derivan a otro profesional	6,161	<b>0,013</b>
Lugar de atención	Consultorio privado	10,471	<b>0,015</b>
Tiempo de espera	Menos de 15 minutos	6,821	<b>0,048</b>
Área de ciencias	Cs. de la salud / Filosofía y lenguas	7,870	0,096
Medio de transporte	Propio / a pie	5,051	0,168
Trabajo	Sin trabajo	1,859	0,173
Práctica solicitada	Si le realizan lo solicitado	1,819	0,177
Edad	Mayor edad	1,200	0,273
Atención en PASoS	Muy bien atendidos	3,235	0,357
Obra Social	Similares	0,795	0,373
Motivo de atención	Control / otro	3,102	0,541
Sexo	Mujeres	0,162	0,687
Última visita al Od.	Menos de 3 meses	1,053	0,788
Distancia al servicio	Menos de 5 cuadras	0,990	0,804
Región	Cuyana, Patag. y Pamp. (s/Córdoba)	0,416	0,812

Los 5 factores, **importancia de la salud bucal, cantidad de sesiones, derivaciones a otros odontólogos, lugar de atención y tiempo de espera**, se pueden considerar relevantes en cuanto a su influencia sobre el grado de satisfacción percibido por los alumnos respecto a la prestación recibida, éstos se resaltaron en rojo en la tabla 11 y corresponden a las primeras filas de la misma. En esa lista, los subsiguientes factores pese a no haber resultado estadísticamente significativos, complementan el análisis ya que son parcialmente explicativos de la variabilidad de la variable dependiente analizada (satisfacción de los servicios recibidos).

- **Grado de satisfacción según cantidad de sesiones de tratamiento.**

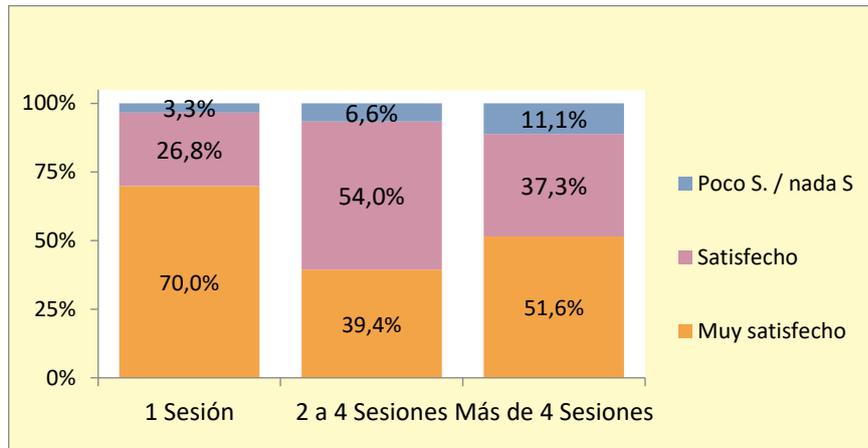


Figura 42. Grado de satisfacción según cantidad de sesiones del tratamiento.

- **Grado de satisfacción según derivación a otro odontólogo.**

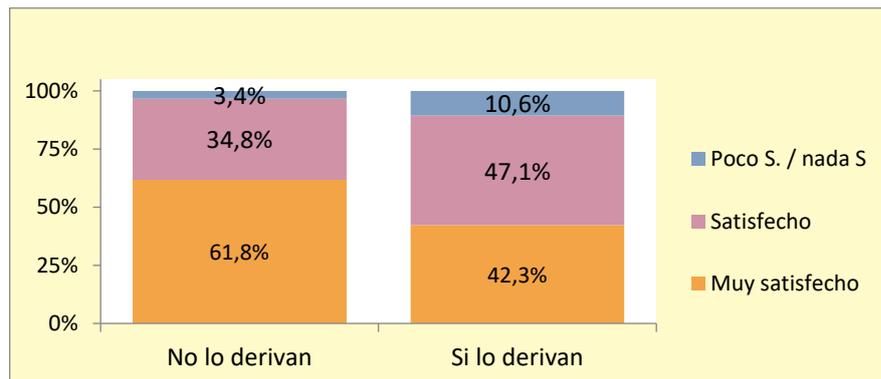


Figura 43. Grado de satisfacción según derivación a otro profesional.

- **Grado de satisfacción según lugar de atención.**

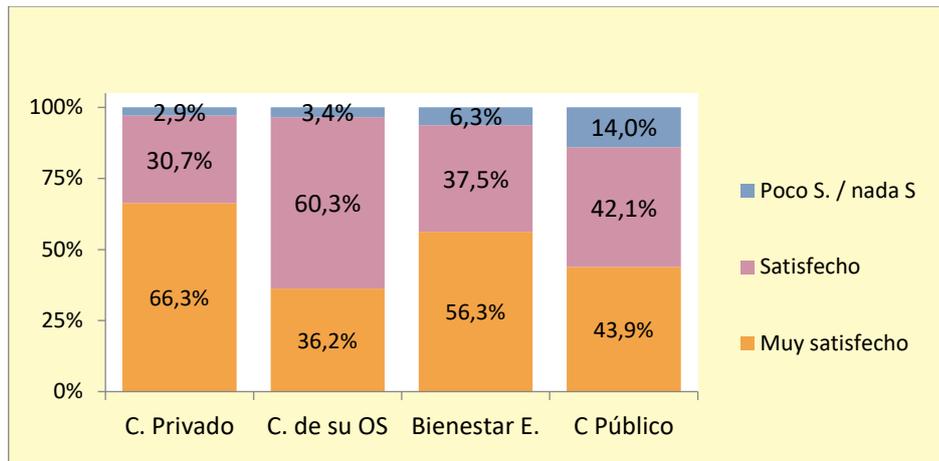


Figura 44. Grado de satisfacción según el lugar de atención.

- **Grado de satisfacción según tiempo de espera.**

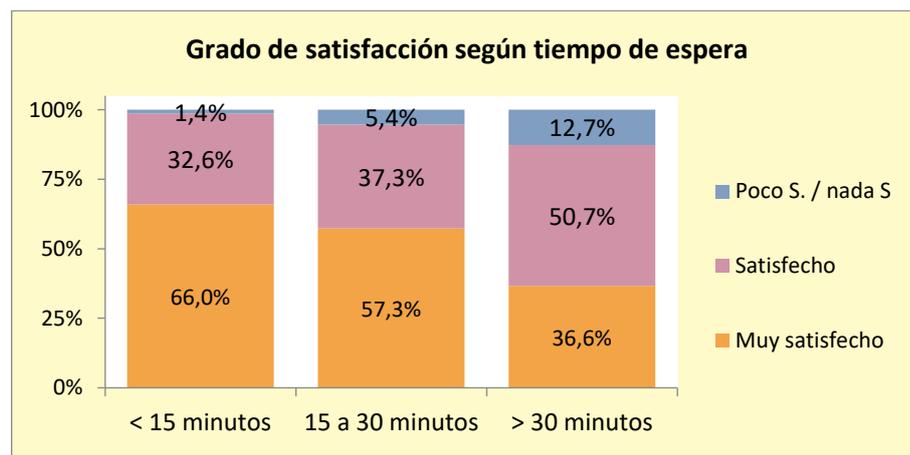


Figura 45. Grado de satisfacción según el tiempo de espera.

Como objetivo específico de la presente investigación, con respecto al grado de satisfacción podemos mostrar que los alumnos que se atienden en consultorios privados, que son atendidos con un tiempo de espera menor a 15 minutos, en una sola sesión y no son derivados a otro/s profesional/les, son quienes presentan mayor grado de satisfacción al servicio recibido.

- **Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM)**

El análisis de correspondencias múltiple cuantifica los datos nominales (categóricos) mediante la asignación de valores numéricos a los casos (objetos) y a las categorías, de manera que los objetos de la misma categoría estén cerca los unos de los otros y los objetos de categorías diferentes estén alejados los unos de los otros. Cada objeto se encuentra lo más cerca posible de los puntos de categoría para las categorías que se aplican a dicho objeto. De esta manera, las categorías dividen los objetos en subgrupos homogéneos. Las variables se consideran homogéneas cuando clasifican objetos de las mismas categorías en los mismos subgrupos

En concordancia con los análisis de regresión de logística ordinal llevados a cabo para evaluar las variables “importancia” y “satisfacción” (Figuras 41,42, 43, 44), los resultados del ACM ratifican el grado de relación entre factores. En el gráfico de dispersión bi espacial de la Figura 43, se resaltó en verde el centro correspondiente al factor “satisfacción” y se observa que los componentes o factores más próximos a él: tiempo de espera, importancia de la salud bucal, derivación a otro profesional, cantidad de sesiones y lugar de atención habían resultado significativos en el apartado anterior. Algo similar ocurre con el factor “importancia de la Salud Bucal”, resaltado en este caso en color rojo.

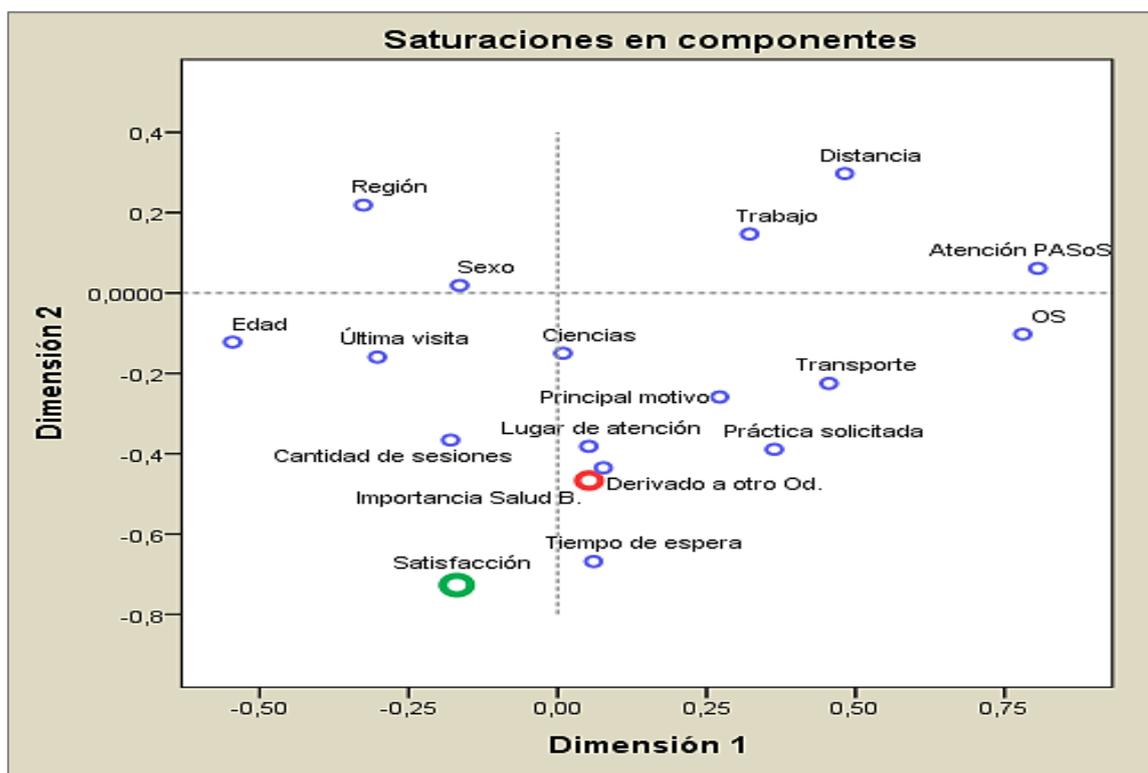


Figura 46. Gráfico de dispersión bi-dimensional de saturaciones de componentes o factores.

## **CAPITULO VI:**

### ***DISCUSIÓN***

## **VI.- Discusión:**

En el presente estudio se analizan variables específicas de los alumnos que concurren a nuestra universidad, por lo que no se han podido encontrar datos similares sobre gran parte de las variables analizadas, este inconveniente hace que la discusión de nuestro trabajo sea acotado, las variables que se han podido comparar con estudios anteriores son aquellas de carácter más generales.

A partir del exhaustivo análisis bibliográfico que se ha realizado, hemos encontrado estudios de temática similar principalmente con adolescentes de educación media, al no ser una población semejante se ha generado una amplia brecha con los hallazgos proporcionados por nuestro estudio, lo que resulto un obstáculo en la contrastación de los resultados.

Hemos podido discutir y comparar las variables que se mencionaran a continuación con otros estudios de impacto nacional e internacional.

**Variable procedencia:** En relación a los estudiantes y su lugar de procedencia, en nuestro estudio el 72% proceden de la Provincia de Córdoba, se continua con los procedentes de Noroeste, Noreste del país y del exterior un 19%, Pampeana (excluyendo Córdoba), Cuyo y Patagonia 9%. Acordando con el anuario estadístico de la UNC en el año 2016, de la Provincia de Córdoba procede también el 72% de los estudiantes, y de las Regiones NOA, NEA y Exterior el 11, 2%, de la Región Pampeana, Patagónica y Cuyana otro 11,07% y sin especificar un 5,73%.

**Variable trabajo:** En el presente estudio se determinó, que la mayoría de los estudiantes de la UNC con un promedio de 22 años de edad, no tienen un trabajo fijo, ya que el 88% de los entrevistados así lo manifestó y quienes si trabajan el 11, 8% principalmente, proceden de la región pampeana (Córdoba) y cursan sus carreras en el área de las ciencias Sociales. En el anuario estadístico de la a UNC 2016, el 59,6% no trabaja de los cuales el 21,3% busca trabajo y el 38, 3% no busca trabajo, y el 40% mantiene algún tipo de trabajo, y 0,4% restante no presenta datos.

**Estudiantes que trabajan y áreas de la ciencia a la que pertenecen,** las dos áreas más relevantes del trabajo en los alumnos universitarios es de las áreas Sociales y Humanísticas es un 23% en nuestro estudio, mientras que en anuario 2016 es un 27,5% y las Cs de la Salud es un 12% en nuestro estudio y en el anuario 2016 es un 27% exceptuando Odontología. Siendo coincidente que son las áreas donde los estudiantes más trabajan. Artes y Arquitectura un 7,5% en el anuario 2016 y en nuestro

estudio trabaja el 10,9% de esas unidades académicas y las Cs Duras un 18,5% en el anuario mientras que en nuestro estudio trabaja 3,8%.

**Variable última visita al odontólogo:** De los estudiante entrevistados, el 43,3 % su última visita al odontólogo la realizó hace menos de 3 meses y solo un 10% manifestó que fue por última vez hace más de un año, en el estudio de Cléa A. Saliba-Garbi (2009), en Araçatuba-SP, Brasil *sobre la percepción de la salud bucal en adolescentes* 2009 en relación con la última visita de los adolescentes al dentista, el 22,3 % hacía entre 1 a 6 meses, el y el 22,4 % habían estado hacía más de un año, si bien el campo es de adolescentes en ambos estudios, se advierte tendencia distinta debido a la diferencia etaria.

**Variable lugar de atención:** En relación al lugar de atención Odontológica, en el artículo citado anteriormente nos muestra que de los adolescentes analizados (493) obtuvieron tratamiento odontológico, un 48,9 % fue en la Unidad Básica de Salud–UBS, un 36,5 % en el Consultorio Particular, un 12,8 % en la Facultad de Odontología de Araçatuba–UNESP, un 22,3 % en la Escuela Pública, un 6,7 % en el Convenio (seguro privado) y un 3,7 % en otros locales, mientras que en nuestro estudio, el 51,3 % de los entrevistados se atienden en consultorios particulares, mientras que el 14,5% donde cubre su obra social, el 20% en bienestar estudiantil, y el 14,3% en centros de salud públicos. Ambos sistemas de Salud, tanto el de nuestro País (Argentina) como el del país vecino Brasil son diferentes la comparación se podría llevar a cabo con los alumnos que se atendieron a través de PASoS y quienes de atendieron en la Facultad de Odontología de Araçatuba–UNESP.

**Variable motivo de la consulta:** En nuestro estudio, el principal motivo de la consulta, es por control 43,4%, el 33% por arreglos, 15% similares a los resultados hallados por Carrasco-Loyola (2015) en su estudio *Factores asociados a la utilización de servicios en una clínica odontológica universitaria peruana* donde un 48% acude por control, 36,2% por arreglos (operatoria) y 10,6% por dolor.

A partir de nuestra discusión podemos relevar la importancia de la realización de nuevas líneas de investigación, para poder profundizar sobre temas relacionados a la Salud Bucal, Educación y Promoción de la Salud, importancia del autocuidado, atención odontológica y transferencia de conocimientos transversales y verticales en los estudiantes universitarios, ya que es una franja etaria y un grupo específico de valor trascendental para el futuro y la transmisión de hábitos saludables, cuya fuente de

participación en estadísticas es muy escasa, con una marcada falta de información sobre las actitudes y las prácticas saludables de los universitarios.

## **CAPITULO VII:**

## ***CONCLUSIÓN***

## **VII.- CONCLUSIÓN**

A partir de nuestro estudio y de los resultados obtenidos, podemos concluir que para los alumnos universitarios en general y principalmente aquellos alumnos que estudian carreras asociadas a la Salud, en particular, como medicina, enfermería, nutrición, etc. la Salud Bucal es muy importante y generalmente se sienten muy satisfechos con la atención recibida.

Desde nuestro lugar como Odontólogos y Docentes Universitarios, debemos reforzar las acciones destinadas a prácticas y conocimientos saludables para los alumnos universitarios y a través de ellos de manera transversal a toda la comunidad universitaria, con el objetivo de mantener y mejorar la Salud Bucal, con acciones de Promoción y Educación para la Salud, como así también, reforzar las acciones preventivas de las enfermedades más frecuentes de la cavidad bucal, fomentando a los alumnos y la comunidad que acuden con mayor frecuencia a los controles odontológicos.

Para readecuar los servicios a las características específicas de la demanda, en ese sentido, es necesario optimizar el **Plan de Asistencia Social Solidaria para Estudiantes (PASOS)** ya que gran parte de los alumnos universitarios no presentan cobertura en Salud, y acuden a Bienestar Estudiantil para realizarse diferentes prácticas odontológicas, se encuentran muy satisfechos con la atención recibida, esto es importante para ampliar las disciplinas y mejorar aún más la calidad de atención. Debido a la importancia que los alumnos de la UNC le dan a la Salud Bucal, debemos trabajar en las redes de atención con otros Servicios de Salud, para así poder armar un sistema de atención interdisciplinario e integral para toda la comunidad educativa.

También cabe destacar que principalmente el motivo de la consulta es por controles odontológicos, por lo que se está desarraigando la relación de las consultas odontológicas con el dolor, debemos comprometernos y reforzar las acciones preventivas y fomentar los controles odontológicos, ya que las afecciones principales de la cavidad bucal son prevenibles y evitables, debemos ampliar las acciones y prácticas saludables, para mantener a los alumnos libres de las enfermedades bucodentales más prevalentes por más tiempo y mejorar la calidad de vida de todos los integrantes de nuestro Centro de Estudios.

La Universidad Nacional de Córdoba dentro del Programa de las Universidades Promotoras de Salud, tiene un gran potencial en sus unidades académicas como

Comunidades Saludables, debemos contribuir en el logro de objetivos comunes de distintos sectores sociales y participar activamente en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio como con los Objetivos del Desarrollo Sostenible para 2030, bien de forma directa o indirectamente, en la lucha para reducir la pobreza y la inequidad social en el actual proceso de transformación de la Universidad para la adaptación de la Educación Superior.

A partir de nuestro lugar en la Universidad debemos construir una sociedad basada en el conocimiento, progresiva y justa, y con mayores índices de bienestar para la comunidad, como así también generar en el alumnado la proactividad y corresponsabilidad con el compromiso de las Universidades con la sostenibilidad y las actividades saludables.

## **CAPITULO VIII:**

# ***CITAS BIBLIOGRÁFICAS***

### **VIII.- Citas Bibliográficas:**

Aday LA, Andersen R. (1974) A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res 1974; 9:208-20.

Andersen RM. (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter J Health Soc Behav 1995; 36:1-10.

Araújo Assis MM, Abreu de Jesus W. (2010). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise

Arrivillaga M, Borrero Y; (2013) Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. 2013.

Arroyo H;(2009). Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas. Documento de Trabajo Desarrollado para el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud. Evento organizado por la Universidad Pública de Navarra, España del 7-9 de octubre de 2009. con el tema El Compromiso Social de las Universidades. 2009

Avila Agüero ML,(2009) Hacia una nueva Salud Pública: *determinantes de la Salud. Acta méd. costarric vol.51 n.2 San José Apr. 2009.*

Azevedo AC, (2001) Entrevista con informante Calificado de la OPS. Dr. Azevedo. Buenos Aires, 2001.

Carot JM. (2010) Criterios de Calidad de las encuestas en investigaciones biomédicas. 2º Encuentro Iberoamericano de Biometría – Veracruz. Centro de Gestión de la Calidad y Cambio. Universidad Politécnica de Valencia. 2009.

<http://www.uv.mx/eib/conferencia/documents/CriteriosCalidad.pdf>

Comes, Y; Stolkiner, A.(2010) "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anuario de investigaciones. Versión ISSN 1851-1686.

Dever, (1976) An epidemiological model for health policy analysis G.E.A. Soc Indic Res (1976) 2: 453. <https://doi.org/10.1007/BF00303847>

Dirección de Salud, Secretaría de Bienestar Estudiantil U.N.C.  
<http://www.unc.edu.ar/vidaestudiantil/bienestar/salud>

Donabedian A. (1973) Aspects of medical care administration. Cambridge: Harvard University Press.

Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Publica Mex 2015;57:180-186.

Frenk J. (1985) El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Pública. Mex. 1985; 27(5): 438-453.

Garbus P, Solitario R, Cosmes Y; (2007) La accesibilidad a la Atención en Salud: Su Articulación con la participación en salud de los usuarios. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.

García H, Fernández A, Ramos M;(2004) La salud de los jóvenes. Gaceta Sanitaria vol.18 no.4 Barcelona jul./ago. 2004

García Zabaleta C; (2015) Equidad y salud bucal. Revista Estomatológica Herediana, vol. 25, núm. 2, pp. 85-86 Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. 2015.

Gilbert HG. (1995) Access to and patterns of use of oral health care among elderly veterans. Med Care 1995; 33: 78-89.

Gonzalez Zamora K; (2015) Análisis de la Dimensión Simbólica a la accesibilidad a la atención e salud de adolescentes de San Juan del Rio QRO.MEX.

Goodman E. (1999) The role of socio-economic status gradients in US adolescents' health. American Journal of Public Health, 1999, 89:1522–1528.

Granados, M. C; (2010) Universidades promotoras de salud. Un reto que abre posibilidades para el desarrollo humano. Experiencias en la Pontificia Universidad Javeriana. En J. Ippolito-Shepherd (Comp.), Promoción de la salud. Experiencias internacionales en escuelas y universidades (pp. 283-294). Buenos Aires: Paidós. 2010.

Granados, M. C. (2010). Universidades saludables. Una apuesta por la promoción de la salud de los miembros de las comunidades educativas. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

[http://javeriana.edu.co/redcups/Presentacion\\_PUJ\\_%20REDCUPS\\_2010.pdf](http://javeriana.edu.co/redcups/Presentacion_PUJ_%20REDCUPS_2010.pdf)

Hamilton G. (2001) Exclusión de la Protección Social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos.

Hirmas Aday M; (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Pública.

Kornblit AL, Mendes Diz AM; (2010) La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales.

Kornblit AL, Mendes Diz AM; (2007). Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud.

Lalonde M. (1974) A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

Levesque J-F, Harris MF, Russell G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health 2013; 12:18..

Machado, J. (2001). La universidad saludable. Revista de Ciencias Humanas, 26. Recuperado La universidad saludable. Revista de Ciencias Humanas, 26. <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev26/machado.htm>

Mendoza-Sassi R. Béria JU; (2001). Health services utilization:a systematic review of related factors.

Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T (2005). A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal Cad Saúde Pública 2005; 21(6): 1665-75.

Muñoz, M., Cabieses, B., Contreras, A. & Zuzulich, M.S. (2010). El desarrollo y fortalecimiento de universidades promotoras de salud. En J. Ippolito-Shepherd (Comp.), Promoción de la salud. Experiencias internacionales en escuelas y universidades (pp. 211-238). Buenos Aires: Paidós.

OMS. La Salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Ginebra: OMS; 1995

OMS. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión de determinantes sociales de la salud. Resolución WHA62/R14 de la Asamblea Mundial de la Salud. 2008 [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/)

OMS. Comisión de determinantes sociales de la salud, 2008. [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/)

OMS. Riesgos para la salud de los jóvenes Nota descriptiva N°345 Agosto de 2011. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>

Otero J; (2003) Glosario de Términos de Auditoría en Salud en: <http://www.gerenciasalud.com/art09.htm> - 10 de junio de 2003 PNUD (1997): Informe sobre Desarrollo Humano. Edición 1997.

OMS. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado 2005. [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)

OPS. Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionado con la Salud en la Región de las Américas 2017. ISBN:978-92-75-31878-2 – [www.paho.org](http://www.paho.org)

PNUD. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Apoyo del PNUD para la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2017 [www.ar.undp.org](http://www.ar.undp.org)

Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 242-265. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys13-27.assa>

Rocha Buelvas A. (2013). Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 12 (25): 96-112, 2013

Rodríguez Espinar, Sebastián. Los estudiantes universitarios de hoy: una visión multinivel. REDU. Revista de Docencia Universitaria, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 91-124, sep. 2015. ISSN 1887-4592. Disponible en: <<https://polipapers.upv.es/index.php/REDU/article/view/5440>>.

Sackett DL. (1994) The sins of expertness and a proposal for redemption. BMJ 2000; 320:1283.

Seerig Im, Nascimento GG, Peres mA, Horta BL, Demarco FF. ( 2015) Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis. journal of Dentistry. 2015 ;43(9):1051-1059.

Tanahashi T. (1978). Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978; 56(2):295–303.

Universidad de Navarra. (2011) II Plan Universidad Saludable 2011-2015. [https://www.unavarra.es/.../100045\\_100000II-Plan-Universidad-Saludable-2011.pdf](https://www.unavarra.es/.../100045_100000II-Plan-Universidad-Saludable-2011.pdf)

Vidal Gutierrez D; (2014) Determinantes Sociales en salud y estilos de vida en la población adulta de Concepción, Chile. Cienc. enferm. vol.20 no.1 Concepción abr. 2014

## **CAPITULO IX:**

### ***ANEXOS***

**ANEXO 1.**

**Instrumento empleado. Encuesta.**

Unidad Académica: .....

n° .....

Año en que cursa la mayoría de las materias .....

**COMPLETE CON LETRA CLARA O MARQUE CON UNA CRUZ (X) SEGÚN  
CORRESPONDA**

**1. Edad:** ..... **2 Género:** M..... F.....

**3. Lugar de procedencia:**

Localidad.....

Provincia:.....

País:.....

**4. Trabaja:** Si..... No.....

En caso que su respuesta sea positiva, en que: .....

**5. Tiene obra social:** Si..... No.....

¿Cuál? .....

En caso que su respuesta sea positiva:

a. Tiene cobertura de Salud en la ciudad de Córdoba: Si..... No.....

b. Para problemas de salud bucodental usted la utiliza? : Si..... No .....

**6. ¿Utiliza o utilizó alguna vez PASoS? (Plan de Asistencia Social Solidario)**

Si..... No.....

**7. Ud. realizó su última visita al odontólogo hace:**

a) menos de 3 meses....

b) entre 3 y 6 meses.....

c) entre 6 meses y 1 año.....

d) más de 1 año.....

**8. Cuando Ud. necesita ir al odontólogo, lo hace:**

a) A Bienestar Estudiantil de la U.N.C.....

b) A un centro de salud público.....

En caso que su respuesta sea positiva Ud acude a:

provincial..... 1) Hospital público

..... 2) Dispensario municipal:

c) A un consultorio odontológico privado.....

d) A un Centro de Salud donde presenta cobertura su obra social.....

**9. La distancia desde donde Ud. vive al servicio odontológico al que asiste es de:**

a) Menor a 5 cuadras.

b) Entre 5 y 15 cuadras.

c) Entre 15 y 30 cuadras.

d) Más de 30 cuadras.

**10. Para llegar al servicio odontológico Ud:**

a) Acude a pie.

b) En transporte público de pasajeros.

c) Taxis o rémis.

d) Presenta movilidad propia.

**11.Cuál es el principal motivo por el cual Ud. acude al Odontólogo:**

• Arreglos

• Dolor

• Extracción dentaria

• Estética

• Otro ..... ¿cuál?  
.....

**12. En el servicio al que Ud. acude:**

- a) Le realizan la práctica odontológica solicitada. **Si..... No.....**
- b) Lo derivan a otro profesional. **Si..... No.....**

**13. El tiempo transcurrido desde que Ud. asiste al servicio odontológico hasta que es asistido por un profesional es de:**

- a) menor a 15 minutos
- b) entre 15 y 30 minutos
- c) mayor a 30 minutos

**14. A Ud. le realizan el tratamiento odontológico indicado en:**

- a) la 1<sup>ra</sup> sesión
- b) entre 2 y 4 sesiones
- c) más de 4 sesiones.

**15. ¿Cómo se encuentra Ud. con el servicio odontológico prestado?**

- a) muy satisfecho
- b) satisfecho
- c) poco satisfecho

**16. Ud. considera que mantener la Salud Bucal es:**

- a) muy importante
- b) medianamente importante
- c) poco importante

**¡Muchas Gracias!**

## **ANEXO 2.**

Consentimiento Informado.

**Nombre del encuestado:**

.....

**Edad**.....

**Fecha**.....

**Unidad Académica:**

.....

Estás invitado a participar en este Trabajo de Investigación Odontológica denominado “**Accesibilidad a los sistemas de salud bucal en estudiantes de carreras de grado de la Universidad Nacional de Córdoba y su grado de satisfacción de los servicios recibidos**” que tiene como finalidad la tesis doctoral de la investigadora.

Antes de decidir si participas o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado.

Sentí la absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que te ayude a aclarar tus dudas al respecto.

Responder dicho cuestionario te llevará un tiempo de 10 minutos aproximadamente.

Una vez que hayas comprendido el estudio y si aceptas participar, firma la misma y se te entregará una copia firmada y fechada.

**Título del Proyecto:** “Accesibilidad a los sistemas de salud bucal en estudiantes de carreras de grado de la Universidad Nacional de Córdoba y su grado de satisfacción de los servicios recibidos”

**Justificación del proyecto:** está comprobado que no todas las personas tienen igual accesibilidad a los sistemas de salud bucal y generalmente se debe a las diferencias de cobertura de salud de la población, por lo que este estudio trata de demostrar que debido a la importancia que la Odontología Comunitaria le está otorgando a inclusión social, es relevante saber cuál es el acceso que tienen los estudiantes universitarios a los servicios de atención odontológicos.

**Objetivos del Proyecto:** Evaluar la asociación de diversos indicadores de accesibilidad a los sistemas de salud bucal en estudiantes de carreras de grado de la Universidad Nacional de Córdoba y su grado de satisfacción en los servicios recibidos.

**Beneficios del Proyecto:** este estudio busca demostrar las diferencias de la accesibilidad a los sistemas de salud odontológicos de los estudiantes universitarios. Si participas del mismo, aportarás datos claves para poder establecer lo anteriormente dicho y por lo tanto tener las bases para poder modificar la realidad, porque podremos determinar cuáles las necesidades de accesibilidad y si esas necesidades están cubiertas o no por los sistemas de salud bucal.

**Procedimiento del Proyecto:** si acepta formar parte del siguiente trabajo de investigación, se te hará entrega de un cuestionario deberás responder de manera clara y precisa las preguntas. Con los datos ahí obtenidos se hará una evaluación epidemiológica estadística

de todos los encuestados, cuyos datos obtenidos en el mismo serán publicados con fines científicos, pudiendo estar informado de los avances de dicho trabajo, cada vez que lo crea conveniente.

**Aclaraciones:**

**Nuestra investigación no es clínica, por lo tanto, no se realizará ninguna intervención sobre su persona, por lo que no existen posibilidades de efectos colaterales o daños sobre su salud ni la de su entorno familiar ni laboral relacionados con esta actividad.**

Tu decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable en caso de no aceptar la invitación, como por ejemplo no influirá en tu condición como alumno o en tu desempeño durante el ciclo lectivo de ninguna asignatura,

Si decides participar en el estudio, puedes retirarse en el momento que lo desees, pudiendo informar o no las razones de tu decisión, la cual será totalmente respetada.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

No serás considerado de manera especial por tus profesores.

En el transcurso del estudio podrás solicitar información actualizada sobre el mismo, a la investigadora responsable.

La información obtenida en este estudio utilizado para la identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad por la Investigadora.

Firma del participante .....

Aclaración: .....

Firma del Testigo .....

Aclaración: .....

Firma del investigador responsable: .....

Aclaración:.....

**Carta de Consentimiento Informado:**

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

He explicado al Sr/a. \_\_\_\_\_ la naturaleza y los objetivos de este trabajo de investigación; he contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento haciéndole una entrega de una copia firmada y fechada al estudiante universitario.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la investigadora**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**