

Calidad percibida de los servicios odontológicos en el Área Programática del Hospital P. Piñero, Barrio de Flores, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Por **Lucila Pazos Hernández**

Odontóloga, se desempeñó como directora del Programa de Salud Bucal del Ministerio de Salud de México. Especialista en Salud Pública (Universidad Autónoma de México) Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social (Universidad ISALUD), Magister en Administración Pública (Universidad de Buenos Aires)

Director de Tesis: María Shirley García

Jurado: Rubén Torres, Susana Elordi, Marcela Amaro

* La versión completa de este Trabajo está disponible en el Centro de Documentación de ISALUD.

1. Introducción

La salud bucal representa un problema de salud pública que debe atenderse con prioridad e integridad. Cada año que pasa hay más dientes que cuidar debido al proceso de erupción dentaria, por lo cual debe considerarse el cuidado de la salud bucal de la población, desde su más corta edad, estimando la importancia de ésta como parte de la salud integral.

La presente tesis estudió el perfil de calidad percibida de los servicios odontológicos en una muestra de población infantil de 5 y 12 años de edad, del Barrio de Flores de la Ciudad de Buenos Aires. La calidad se analizó tomando en cuenta la eficacia de los servicios brindados y la opinión de los adultos a cargo de la población infantil mencionada.

2. Problema a abordar

Las enfermedades bucales constituyen un factor de primer orden por el elevado gasto económico para su atención, que es resuelto con gran desigualdad en la prestación de los servicios odontológicos públicos y privados del país. En la Argentina, la práctica profesional odontológica predominante es la de las obras sociales y prepagas en consultorios privados. Sin embargo, el acceso a estos servicios lo tiene sólo una parte de la población. Es importante considerar que en el conjunto de los servicios odontológicos son pocos los que enfatizan el manejo de la prevención de la enfermedad, normalmente han sido planificados para dar respuesta a la enfermedad y no a la conservación de la salud. Esto hace que exista una creciente demanda de servicios, que en muchas ocasiones rebasa su capacidad y da por resultado que primordialmente se proporcione una atención parcializada.

Por otra parte, los principales cuestionamientos que encontramos

en los diferentes sectores y servicios de odontología son:

- Alta demanda de atención curativa.
- Baja demanda de atención preventiva y acciones de control.
- Baja oferta de atención curativa para sectores carenciados.
- Baja oferta de servicios preventivos y acciones de control para la población en general.
- Formación incongruente del personal profesional (odontólogos) y personal auxiliar de salud en relación a las necesidades de la población.

La presente investigación secunda los datos epidemiológicos obtenidos en un estudio previo. Considerando que paralelamente a dicho estudio, se realizó una encuesta a los padres de familia o responsables a cargo de los menores sobre las características de la calidad de los servicios de atención odontológica recibida por la población en estudio, según tipo y efector. El estudio epidemiológico se tomó como base para realizar el segundo estudio, que correspondió al área de calidad de servicios de atención odontológica

Los datos obtenidos del estudio epidemiológico sirven de base para relacionar la salud bucal que presenta la población y el tratamiento básico recibido, con las características de calidad de los servicios de atención odontológica. El resumen de los datos epidemiológicos obtenidos fueron los siguientes:

- La prevalencia de caries dental en preescolares de 5 años y escolares de 12 años de edad, corroboró un índice ceo-d (dientes cariados, con extracción indicada y obturados para dientes deciduos o temporales) de 4.1, y un índice CPO-D (Dientes Cariados, Perdidos y Obturados en su componente para dentición permanente) de 4.5, promedio por persona, lo que equivale a una prevalencia de caries dental moderada y alta respectivamente, de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial De La Salud (OMS) y la Federación Dental Internacional (FDI). La caries dental presenta gran magnitud en la población ya que el 77.5% de preescolares y el 88% de los escolares examinados presentan por lo menos una experiencia de caries.
- Con relación a los primeros molares permanentes de los escolares de 12 años de edad que fueron examinados, considerando la importancia que tienen estas piezas dentales para evaluar la salud bucal y los programas preventivos, encontramos que sólo el 21% de los molares son sanos y el 79% se encuentran afectados.
- Los índices epidemiológicos obtenidos por escuela, guardan relación con el nivel socio-económico con el que se clasificó cada jardín de niños y escuela primaria, así observamos que la escuela clasificada en el nivel socioeconómico medio presenta el índice de patología más bajo, el índice que sigue en forma ascendente correspondería a la escuela de nivel socioeconómico medio bajo y el índice más alto, es el resultado de la escuela de nivel socioeconómico bajo.
- Si bien los índices de patología varían según escuela, una vez instalada la enfermedad no existe diferencia significativa entre estas, en lo que se refiere a enfermedad actual y resuelta. Ana-

lizando los componentes de cada índice obtenido, se verifica que los dientes con caries y extracción indicada los encontramos presentes en mayor porcentaje y que las piezas dentales obturadas son un porcentaje mínimo, lo que nos indica la ausencia de políticas y prácticas preventivas y una respuesta insuficiente de los servicios odontológicos, siendo independiente del nivel socioeconómico

- La edad como tal no indica una necesidad, pero sí permite identificar ciertos grupos que pueden tener necesidades distintas. Así, en los datos obtenidos, se puede ver que existe mayor necesidad de atención para la población de 5 años de edad, a pesar de tener un índice de caries levemente menor que los escolares, considerando que el 88% de las piezas afectadas corresponden a los dientes cariados y con extracción indicada y que únicamente el 12% corresponde a las piezas obturadas.

La atención odontológica plantea las mismas interrogantes que la asistencia médica en general: cómo prestar un servicio completo y eficaz al conjunto de la población a un precio abordable para la institución, cómo evaluar la calidad de este servicio, y cómo lograr que se adapte rápidamente a la evolución de las necesidades de salud de la población (entre otros). Por otra parte, la prestación de servicios odontológicos plantea también el problema de que, en las encuestas de salud que se realizan, se tiende más a excluir que a incluir la salud bucal, a menos que ésta se aborde por separado. Los estudios nacionales de salud bucal son poco factibles, por los recursos financieros que se requieren para realizarlos, los escasos recursos que se aportan para este tipo de actividades y la falta de interés de las instituciones para promoverlos. Generalmente, se realizan estudios parciales que nos permiten conocer las características que presentan pequeños grupos de la población, en este caso, la muestra de la población de un área programática de salud, lo que nos permite hacer inferencias sobre otras poblaciones.

Considerando la prioridad ética, social y humana que constituye la población infantil y la responsabilidad de atenderla con integridad y calidad, la presente investigación se orientó a obtener información de una muestra de población de niños de 5 y 12 años de edad, respecto al perfil de calidad de los servicios de atención odontológica y relacionarla con la salud bucal que presenta el mismo grupo en estudio, para identificar la calidad de estos servicios y la respuesta de atención a las necesidades de la población infantil.

3. Marco conceptual

Los estudios sobre servicios odontológicos y epidemiológicos bucodentales, para analizar uno o más problemas, siguen las mismas corrientes generales planteadas para otras especialidades. Desde luego, hay que considerar sus particularidades, hacer las adaptaciones e innovaciones necesarias y diseñar los indicadores específicos para caracterizar las variables a observar. El análisis de los servicios debe fundamentarse en una apreciación de sus resultados o de su impacto sobre las personas que son el objetivo final o

la razón de ser de los servicios. El resultado último de las acciones de los servicios de salud sobre la población, objeto del mismo se define como efectividad. La efectividad es un concepto último ya que el flujo operacional se inicia en la población donde algunos individuos perciben cierta necesidad, hacen contacto con los servicios diseñados para resolverla (preventivos, curativos, de rehabilitación) y regresan a la población con su necesidad resuelta o con la misma u otras necesidades. Para determinar la efectividad de un servicio, se debe conocer la situación de salud de la población-objetivo (necesidad), antes y después de realizar las acciones que pretende evaluar.

En estricto sentido, la efectividad se refiere a la diferencia entre la situación de salud existente y la que existiría de no haberse llevado a cabo o prestado el servicio. Sin embargo, como esto no es fácil de establecer, se utiliza, en su lugar, el grado en el cual las condiciones de salud hayan variado para medir la efectividad de las acciones. Los índices basados en la morbilidad se consideran más depurados, pero requieren de encuestas epidemiológicas.

La calidad es el conjunto de características que deben tener los servicios de salud en el proceso de atención a los usuarios, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios. La calidad se considera como el medio más importante de la agencia para lograr los resultados deseados, o sea, para lograr la eficacia de los servicios. Para algunas condiciones, los resultados ligan estrechamente con la calidad del servicio, para otras condiciones intervienen fuertemente factores ajenos de la calidad, generalmente características del paciente y su medio ambiente para determinar el grado de éxito del tratamiento. Así, la importancia de la calidad es relativa, a veces muy importante, otras no tanto, lo importante es el criterio final, los resultados. En el proceso de prestación de un servicio de salud, intervienen, por una parte, el personal, equipo y elementos directamente involucrados en el acto médico y, por otra, la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización del acto. Además, en el proceso hay dos aspectos, uno de tipo técnico, que tiene que ver con los criterios y procedimientos médico-clínico, y el otro, más subjetivo, se refiere al trato recibido por los pacientes. El primer aspecto se llama la calidad técnica y el segundo, la calidad humana o sentida; ambos conceptos dependen del acto médico y de la infraestructura administrativa.

La infraestructura administrativa afecta al acto médico, pues de ello depende el tener oportunamente disponible al personal, los equipos y los elementos necesarios para la realización. También afecta a la calidad técnica pues la oportunidad del contacto entre los servicios y el usuario depende del diseño y de la operación de los procesos administrativos. Asimismo, afecta a la calidad humana, ya que la apreciación global de satisfacción del usuario depende del ambiente físico que encuentre (limpieza, iluminación, orden) y de su contacto con el personal, entre otras cosas. En este sentido, la calidad del servicio depende esencial –pero no exclusiva-

mente– del acto médico en términos de sus especificaciones técnicas.

Las dimensiones que se toman en cuenta en el presente trabajo para analizar la calidad de los servicios son las siguientes:

- A) **Integridad:** Es la característica del servicio que lo capacita para identificar todas las necesidades clínicas del usuario y de procurar los medios para tratarlas con las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación prioritarias.
- B) **Oportunidad:** Es la capacidad del servicio de intervenir con sus acciones a su debido tiempo en el proceso de atención al usuario.
- C) **Continuidad:** Es la capacidad del servicio de realizar las actividades debidas en la secuencia apropiada y sin interrupción o ruptura del proceso de atención del usuario desde el ingreso hasta que se le da de alta.
- D) **Calidad Humana:** Refiere al trato interpersonal, y cuando todos los aspectos del servicio y sus integrantes (profesionales y no profesionales) muestran respeto y consideración para los pacientes.

4. Metodología

Se aplicó una encuesta sobre la base de una muestra representativa de la población elegida para la investigación. Se consideró la misma muestra de población utilizada para el estudio epidemiológico ya mencionado en los antecedentes, y se aplicaron los criterios del método básico para encuestas de salud bucal que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Dental Internacional (FDI).

En el presente trabajo se consideró como unidad de observación el padre de familia o responsable a cargo de la población infantil de 5 y 12 años de edad elegida para el estudio epidemiológico, considerando que esta investigación corresponde a la parte de servicios y se apoya en los resultados del estudio epidemiológico, por considerar la misma muestra de población. La muestra quedó conformada en 40 unidades de observación en cada conglomerado en estudio (grupo de niños de 5 y 12 años edad), de acuerdo a los niveles socio-económicos elegidos (medio, medio bajo y bajo), lo que nos dio como resultado un total de 6 conglomerados con una muestra total de 240 personas. Concluido el levantamiento de datos del estudio epidemiológico y de calidad de servicios odontológicos, se revisó manualmente la información, verificando que no faltara información en las cédulas y cuestionarios, y posteriormente se ordenaron numéricamente por escuela. La información revisada pasó al procesamiento de datos y tratamiento estadístico por medio de programas de computación, EXCEL y el paquete estadístico SPSS. Las técnicas utilizadas en el análisis del estudio fueron: frecuencias relativas para la escala cualitativa como proporciones y porcentajes. Para la escala cuantitativa se utilizaron porcentajes, medidas de tendencias centrales (promedio y modo) y medidas de dispersión (desviación estándar, curva normal) y datos de asociación en diferente tipo de escala.

5. Resultados

Porcentaje de preescolares y escolares libres de caries

De acuerdo con los resultados del Índice de Knutson modificado (la proporción de individuos con CPO y ceo mayor o igual que 1;

Cuadro 1
Índice de Knutson modificado de la población preescolar de 5 años y escolar de 12 años de edad
Área Programática del Hospital P. Piñero. Bs.As.

Población	Afectados por caries	Boca sana
Preescolares	77.5%	22.5%
Escolares	88.8%	11.2%

Elaboración propia n=240

Cuadro 2
Condiciones según sanos o afectados de los primeros molares permanentes de escolares de 12 años de edad
Área Programática del Hospital P. Piñero. Bs. As.

% 1° molares sanos	% 1° molares afectados
21. %	79. %

Elaboración propia n=240

Cuadro 3
Condición de los primeros molares permanentes afectados de escolares de 12 años de edad
Área Programática del Hospital P. Piñero. Bs. As.

1° molares afectados	%
Cariados	39.2%
Extraídos	27.8%
Obturados	33.0%

Elaboración propia

Cuadro 4
Patología de caries dental actual y resuelta de niños de 5 años de edad
Área Programática del Hospital P. Piñero. Bs. As.

PATOLOGÍA ACTUAL Dientes cariados + Dientes con extracción indicada	PATOLOGÍA RESUELTA (tratamiento básico aplicado) Dientes obturados
88 %	12%

Elaboración propia

Cuadro 5
Patología actual y resuelta de los escolares de 12 años de edad
Área Programática del Hospital P. Piñero. Bs. As.

PATOLOGÍA ACTUAL Dientes cariados + Dientes con extracción indicada	PATOLOGÍA RESUELTA (trat. básico aplicado) Dientes obturados y extraídos
80.7%	19.3%

Elaboración propia

es decir, que tienen por lo menos un diente afectado por caries), se conoció la población afectada con caries y la población libre de caries. Encontramos los siguientes resultados: ver cuadros 1, 2, 3, 4 y 5.

Resultados de la encuesta sobre las características de la calidad percibida de los servicios de odontología, de preescolares de 5 años y escolares de 12 años de edad

Dimensión Integridad de los Servicios:

De los servicios que cubrieron todas las necesidades de atención, se describen los porcentajes y tratamientos que fueron cubiertos por estos servicios de odontología. (cuadros 6 y 7, gráficos 1 y 2).

De los servicios que no cubrieron todas las necesidades de atención, se describen los porcentajes y tratamientos que no fueron cubiertos por estos servicios de odontología (cuadro 8 y 9).

Cuadro 6
Servicios odontológicos que cubrieron o no todas las necesidades de atención de los preescolares y escolares
Área Programática del Hospital Piñero. Bs. As.

Población	Cubrieron las necesidades	No cubrieron las necesidades
Preescolares de 5 años	77.5%	22.5%
Escolares de 12 años	90.0%	10.0%

Elaboración propia n= 240

Cuadro 7
Tipo de tratamiento que cubrieron los servicios de odontología en preescolares de 5 años y escolares de 12 años de edad
Área Programática del Hospital P. Piñero. Bs. As.

	Preescolares de 5 años	Escolares de 12 años
Obturaciones	92%	60%
Extracciones	8%	26,7%
Obturación y extracción	0%	6,7%
Preventivas	0%	6,7%
Otras (tratamiento de conducto y ortodoncia)	0%	0%

Elaboración propia n= 240

Gráfico 1
Tipo de tratamiento que cubrieron los servicios de odontología en preescolares de 5 años de edad
 Área Programática del Hospital P. Piñero. Bs. As.

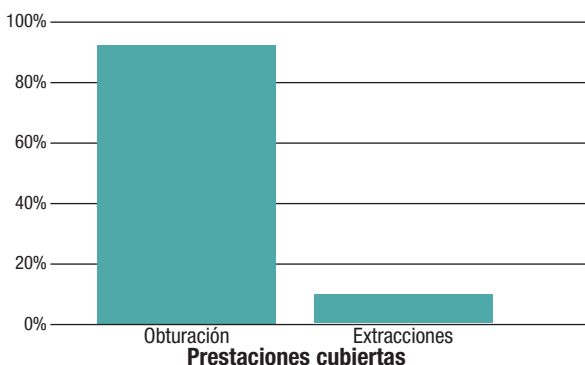
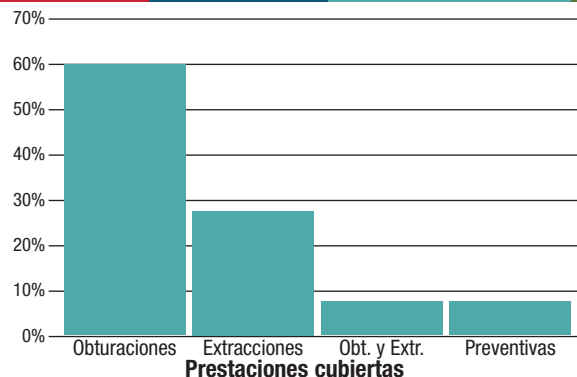


Gráfico 2
Tipo de tratamiento que cubrieron los servicios de odontología en escolares de 12 años de edad
 Área Programática del Hospital P. Piñero. Bs. As.



Cuadro 8
Tipo de tratamiento que no cubrieron los servicios de odontología en preescolares de 5 años y escolares de 12 años de edad
 Área Programática del Hospital P. Piñero

Población	% De Tratamientos NO cubiertos por los servicios de odontología				
	Obtenciones	Extracciones	Obtención y Extracción	Preventivas	Otras
Preescolares de 5 años	60%	0%	20%	0%	20%
Escolares de 12 años	22.2%	0%	0%	0%	77.8%

Elaboración propia n= 240

Cuadro 9
Derivación de preescolares de 5 años y escolares de 12 años de edad
 Área Programática del Hospital P. Piñero Bs. As.

Población	% Que fue derivado	% Que no fue derivado
Preescolares de 5 años de edad	1.5%	98.5%
Escolares de 12 años de edad	3.5%	96.5%

Elaboración propia n= 240

Dimensión Oportunidad de los Servicios:

Ver cuadros 10 y 11, y gráficos 3 y 4.

Cuadro 10
Demora en la atención odontológica de preescolares y escolares
 Área Programática del Hospital P. Piñero. Bs. As.

Demora	Preescolar	Escolar
Mismo día	28.6%	31.7%
De 2 a 4 días	38.0%	25.0%
De 5 a 8 días	4.8%	23.3%
Más de 8 días	28.6%	20.0%

Elaboración propia n= 240

Gráfico 3
Demora en la atención odontológica de preescolares de 5 años de edad por tipo de servicio utilizado
 Área Programática del Hospital P. Piñero. Bs. As.

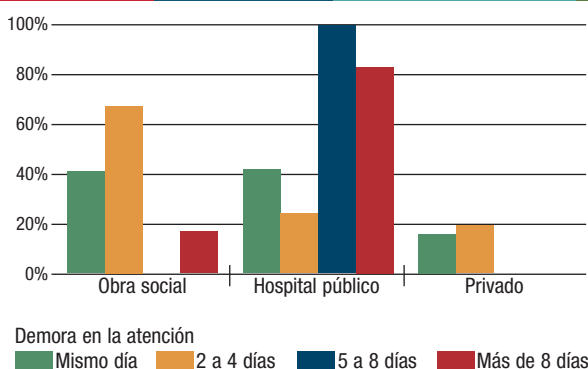
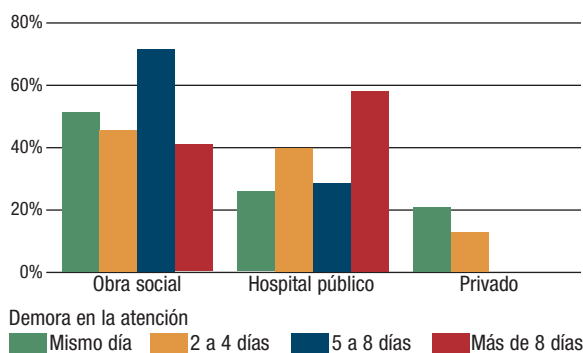


Gráfico 4
Demora en la atención odontológica de escolares de 12 años de edad por tipo de servicio utilizado
 Área Programática del Hospital P. Piñero. Bs. As.



Cuadro 11
Causas más frecuentes por las que concurren a los servicios de odontología
 Área Programática del Hospital P. Piñero. Bs. As.

Causa más frecuente	Preescolares	Escolares
Urgencias	19.5%	15.0%
Rev. period. o trat. completo	48.8%	55.0%
Otro motivo (cert. de salud bucal)	31.7%	30.0%

Elaboración Propia n=240

Dimensión Continuidad de los Servicios:

Ver cuadros 12 y 13.

Cuadro 12
Tiempo transcurrido de la última atención odontológica de preescolares y escolares
 Área Programática del Hospital P. Piñero. Bs. As.

Tiempo transcurrido	Preescolares	Escolares
Últimos 6 meses	66.7%	58.3%
Últimos 12 meses	16.7%	10.0%
Más de 12 meses	16.6%	31.7%

Elaboración Propia n=240

Cuadro 13
Cumplimiento de citas programadas
 Área Programática del Hospital P. Piñero. Bs. As.

	Preescolares de 5 años	Escolares de 12 años
Cumplió odontólogo		
No cumplió odontólogo		
Cumplió servicio		
No cumplió servicio	11.1%	5%
Cumplió paciente		
No cumplió paciente	13.3%	8.3%
Cumplió (odontólogo, servicio, paciente)	75.6%	86.7%

Elaboración Propia n=240

Dimensión calidad humana de la atención:

Ver cuadros 14 y 15.

Cuadro 14
Consideración sobre tipo de información proporcionada por el odontólogo sobre la atención y cuidado bucal
 Área Programática del Hospital P. Piñero. Bs. As.

Tipo de información	Preescolares	Escolares
Suficiente	71.4%	81.7%
Insuficiente	21.4%	11.7%
No informo	7.2%	6.6%

Elaboración Propia n=240

Cuadro 15
Valoración de la atención odontológica recibida

Calidad percibida	Preescolares	Escolares
Muy buena	45.2%	43.3%
Buena	38.1%	48.3%
Regular	14.3%	8.4%
Mala	2.4%	

Elaboración Propia n=240

6. Conclusiones

Para establecer la eficacia y el perfil de calidad de los servicios de odontología analizamos los resultados del estudio epidemiológico y la encuesta sobre atención odontológica de la muestra de población, considerando que los estudios epidemiológicos entre usuarios y no usuarios de los servicios, nos permiten determinar con más definición las necesidades de la población. Los datos de morbilidad nos permiten conocer el estado de salud, en este caso, el de salud bucal, así como el tipo de servicio odontológico que están recibiendo o requiere la comunidad.

El estudio epidemiológico de incidencia y prevalencia de caries dental (la patología más frecuente, en la morbilidad bucal), realizado en preescolares de 5 años y escolares de 12 años de edad, en el Área Programática del Hospital Parmenio Piñero, corroboró que esta patología se encuentra presente en la población preescolar con un índice ceo-d de 4.1, lo que equivale a una prevalencia moderada y en los escolares con un índice CPO-D de 4.5, con una prevalencia alta, de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial De La Salud (OMS) y la Federación Dental Internacional (FDI).

La caries dental presenta gran magnitud en la población examinada, ya que el 77.5% de preescolares y el 88% de los escolares examinados presentan por lo menos una experiencia de caries, lo que nos indica que el daño que existe de esta patología es de alta prevalencia. Aunque la edad como tal no indica una necesidad, sí permite identificar ciertos grupos que pueden tener necesidades distintas. Así, en los datos obtenidos se puede ver que existe mayor necesidad de atención para la población de 5 años de edad, a pesar de tener un índice de caries levemente menor que los escolares, considerando

que el 88% de las piezas afectadas corresponden a los dientes cariados y con extracción indicada y que únicamente el 12% corresponde a las piezas obturadas, con lo cual podemos observar que el daño presente (dientes con caries y extracción indicada) es de gran severidad. Otro aspecto importante a considerar en este grupo de edad, es el porcentaje (30%) de niños que nunca tuvieron atención odontológica.

La salud bucal de los menores de 5 años y su visita al odontólogo no resulta prioritaria para un gran porcentaje de los padres familia, lo que resulta contradictorio con la importancia y el número de visitas para control médico que realiza este grupo de edad. Asimismo la falta de derivación del médico (General y Pediatría) a los servicios odontológicos es muy frecuente, si bien en algunos casos el médico pediatra prescribe los suplementos de flúor en los primeros meses de vida, como medida de prevención, posteriormente no lleva a cabo la derivación al odontólogo, como parte de las normas del control del niño sano, con motivo de no existir coordinación entre los recursos humanos de las diferentes especialidades, área, instituciones, etc.

Por otra parte, no podemos dejar de reconocer la necesidad de atención odontológica para los niños de 12 años de edad. En los resultados se observa que la patología actual es del 80% (dientes cariados y con extracción indicada), y que la patología resuelta es del 19.3%. Respecto a los datos obtenidos de los 1ros. molares permanentes (molar de los 6 años) de los escolares examinados, encontramos que el 79% se encuentran afectadas (con caries) y que únicamente el 33% de estas piezas dentales, fueron tratadas con obturación, lo que permitió conservar el órgano dental en boca; El 27.8% recibieron atención mutiladora (fueron extraídos), y el 39.2% que corresponde al mayor porcentaje, sigue con la patología presente (cariados).

La severidad del daño y la ausencia de medidas preventivas y tratamiento que presentan los preescolares y escolares que participaron en el estudio, nos indica que los servicios de odontología no están produciendo el beneficio que requieren los usuarios, esto se puede evaluar considerando que conocemos las necesidades de atención de esta población (daño presente) y el volumen por tipo de actividades que le realizaron en los servicios a los que acudieron para resolver su patología. Si definimos la eficacia como el logro del objetivo del servicio sobre los usuarios del mismo y si el objetivo de un servicio, en este caso de odontología es prevenir y curar, su eficacia se mide en términos de los pacientes atendidos que lograron su curación y que no presentan más la patología (caries dental como la patología prioritaria), podemos decir que existen problemas de eficacia en los servicios a los que acudió la población del presente estudio. El desempeño de los servicios odontológicos con relación a la calidad percibida, los analizamos en consistencia con los hallazgos de la encuesta aplicada a los padres de familia de los examinados y los resultados del estudio de morbilidad bucal realizado.

De acuerdo a lo informado por los padres de familia de los preescolares y escolares, los servicios de odontología cubrieron en un 75% y 90% respectivamente todas sus necesidades de atención. Los servicios de odontología, en un gran porcentaje, pueden identificar las

necesidades de atención de los usuarios que acuden a estos servicios, sin embargo, si analizamos el estado de salud bucal de los examinados, nos damos cuenta que las necesidades son identificadas pero no tratadas, ya que el porcentaje de piezas tratadas es mínimo con relación a la patología presente. Asimismo, podemos observar la falta de un manejo integral, donde sea prioritaria la prevención y se controlen las patologías bucales (caries principalmente). Por lo anterior, se puede mencionar que, en la mayoría de las ocasiones, únicamente se soluciona el motivo de la consulta (urgencia) y no se continúa con una atención integral.

Si analizamos los datos obtenidos, nos damos cuenta que en el grupo de preescolares el tratamiento cubierto fue la obturación en un mínimo porcentaje y que nadie de los padres informó que se hubieran realizado actividades preventivas o de otro tipo. Respecto a los escolares observamos que los tratamientos que se cubrieron fueron obturaciones (60%), extracciones (26%) y actividades preventivas (6.7%). Lo que nos indica que no se realiza prevención en niños de este grupo de edad, considerando la importancia que tienen estas acciones, en las piezas definitivas que presenta esta población y por el aumento anual de los índices de caries, cuando son mínimas o no existe ninguna medida de prevención.

Analizando la oportunidad de los servicios odontológicos, encontramos que son oportunos en la atención de los pacientes, si consideramos el tiempo de demora según necesidad y prioridad (urgencia o consulta rutinaria), el 28.6% de los preescolares y el 31.7% de los escolares fueron atendidos el mismo día que solicitaron atención y si consideramos a los que se atendió dentro de los primeros cuatro días, tenemos al 66.6% de los preescolares y al 56.7% de los escolares.

Sin embargo, los servicios no son oportunos en su intervención, dados los altos índices epidemiológicos encontrados, y sobre todo, si estudiamos los componentes de estos (dientes cariados, perdidos o con extracción indicada y obturados). Así como al analizar el estado de salud de los primeros molares permanentes, confirmamos que el 79.5% de estos molares examinados están afectados y que un gran porcentaje llega a los servicios con una patología moderadamente avanzada (caries de 1° y 2° grado), y la diferencia con una patología avanzada (caries de 3° grado) que requiere de un tratamiento de especialidad (endodoncia) o la extracción de la pieza, lo que nos indica que la oportunidad está fallando desde el punto de vista de intervención, a pesar de que los padres informaron en un 48.8% que la causa más frecuente por la que acuden al servicio de odontología es la revisión periódica o tratamiento completo de los escolares.

Con relación a la continuidad de los servicios odontológicos, podemos decir que, de acuerdo a los resultados, el 66.7% de los preescolares y el 58.3% de los escolares acudieron en los últimos seis meses al odontólogo, asimismo que el 50% acudió para su revisión periódica o tratamiento completo. Si observamos el cumplimiento de citas, encontramos que cuando se preguntó conjuntamente por el servicio –odontólogo y paciente– el resultado fue que cumplieron en un 75.6%; con relación al cumplimiento de los pacientes, encontramos que únicamente el 13.3% y el 8.3% de los preescolares y escolares

respectivamente, no asistieron a la cita programada (por motivo económico), los servicios no cumplieron en dar atención al paciente que se presentó en un 11.1% para los preescolares y en un 5% para los escolares (por falta de insumos o equipo descompuesto).

Sin embargo, la discontinuidad puede ocurrir en diferentes momentos del proceso y obedecer a distintas causas. Si analizamos los datos antes mencionados, podríamos decir que existe en la atención odontológica una continuidad aceptable. Ahora bien, las fallas en la continuidad del servicio implican, la mayoría de las veces, fallas en la oportunidad (intervención en este caso), ya que de haber continuidad en el tratamiento la patología sería menor, considerando que la población estaría llegando oportunamente para su intervención (prevención o tratamiento temprano), con una secuencia apropiada y sin interrupciones hasta su alta del paciente, con lo cual podemos concluir que no ocurre en la mayoría de la población examinada.

Respecto a la calidad humana, recordemos que las relaciones interpersonales entre odontólogos, auxiliares y los usuarios dependen en buena parte de la satisfacción de estos últimos. De acuerdo a los resultados de la encuesta, el 71.4% de los padres de familia de los preescolares y el 81.7% de los escolares, manifestaron que la información que les proporcionó el odontólogo sobre la atención y cuidado bucal fue suficiente, así como también que la atención recibida en los servicios de odontología es buena y muy buena en un 83.3% para los preescolares y en un 91.6% para los escolares, lo que nos indica que existe eficacia humana en estos servicios y que el grado de impacto del servicio es satisfactorio. Recordemos que el criterio que utiliza el usuario para valorar el servicio que le proporcionaron es muy subjetivo y lo identifican con el trato recibido.

Respecto a la utilización de los servicios, se encontró que el 31.3% de los preescolares acuden al Hospital Público con sus centros periféricos, el 28.4% a las Obras Sociales, el 10.4% al servicio privado.

Sin embargo, un aspecto de suma importancia es que un tercio de la población preescolar (el 29.9%) nunca ha recibido tratamiento odontológico de ninguna especie, quedando completamente desprotegida. En el caso de los escolares, el 47.1% acuden a su Obra Social, el 32.4% al Hospital Público, el 8.6% al servicio privado y un 11.9% nunca recibió tratamiento. Como se puede valorar el Hospital Público tiene una buena extensión de uso, pero no dice si tuvo el efecto esperado.

Es de suma importancia que la salud bucal se promueva en una labor de coordinación y articulación intrasectorial como extrasectorial. Dicha articulación tendría que realizarse también con el subsector de Seguridad Social y los Sistemas de prepago, involucrando extrasectorialmente al área educativa y a todas las relacionadas con la salud de la población.

La población escolar necesita una respuesta más eficaz, considerando que es una población que puede seguirse por siete años, lo que significa una gran oportunidad para llevar a cabo medidas educativo-preventivas y de tratamiento temprano, para evitar complicaciones, considerando que las más frecuentes patologías bucales (caries dental y enfermedad periodontal) son infecciones crónicas que pueden evitarse o deben ser tratadas una vez que aparecen para limitar el daño.

Asimismo, los patrones de práctica odontológica deben ser modificados para que sean accesibles a amplios sectores de la población y que la naturaleza de los servicios y la forma en que son ofrecidos en muchas de las instituciones se remplacen por formas más adecuadas y accesibles, considerando que no solo es necesario incorporar a los sistemas de atención acciones curativas, restaurativas y de rehabilitación basadas en servicios personales, sino que además deben complementarse con medidas de educación para la salud y prevención integral.

Bibliografía

- Fayad Camel. 1999 Estadística Médica y Planificación de la Salud. Universidad de los Andes. Consejo de Publicaciones, Merida Venezuela
- Global Data on Dental Caries Prevalence (DMFT) in Children aged 12 years.. Publicación de Global Oral Data Bank. Oral Health Programme. Organización Mundial de la Salud.
- Mena G. Antonio/Rivera Luis. Epidemiología Bucal, Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina (OFEDO/UDUAL).
- Organización Mundial de la Salud Encuestas de Salud Bucal.. Editorial Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Pabón Hipólito, MD. Evaluación de los Servicios de Salud. Fondo de Investigaciones FES-UNIVALLE. Universidad del Valle, Cali Colombia.
- Pazos H. Lucila, Valente P. Alberto. Morbilidad Bucal en Preescolares Y Escolares del Área programática del Hospital Piñero. Ciudad de Buenos Aires.1999-2000.
- Polit D./Hungler B.2005 Investigación Científica en Ciencias de la salud. Ed. Interamericana, México DF.