"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"

CARRERA DE "ODONTOLOGÍA"

TEMA:

"ESTUDIO DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y NIVELES DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLINICA ODONTOLOGICA, Y SU EFECTO EN LA AFLUENCIA DE PACIENTES, PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE DE 2010"

Tesis previa a la obtención

del título de Odontólogo

AUTORA:

María José Córdova López

DIRECTORA:

Odt. Paola Espinosa Rodríguez

2010

RESUMEN

Siendo la epidemiología uno de los elementos principales, la base para la toma de decisiones respecto a medidas de salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el levantamiento de un perfil epidemiológico odontológico posibilita conocer el estado de la salud bucodental, el conocimiento de las características epidemiológicas de los pacientes que demandan tratamientos odontológicos en la Clínica Integral de la Carrera de Odontología de la UNL, desde el punto de vista gerencial, es una herramienta que permitirá organizar con mayor eficiencia nuestros servicios, al igual que proporcionar atención de mejor calidad con calidez.

Los objetivos propuestos en esta investigación fueron la construcción del perfil epidemiológico de los pacientes que acudieron a la Clínica odontológica Integral, y la evaluación de los niveles de satisfacción determinados por la percepción de la calidez y calidad de atención y cómo estos influyen en la afluencia de pacientes de demanda espontanea.

Para cumplir lo propuesto se inició con la revisión de las historias clínicas archivadas, de las cuales se obtuvo los datos referentes a patologías de tejidos duros y blandos y factores predisponentes para presentar enfermedad presentes en los pacientes.

Luego de ello se aplicó una encuesta con preguntas clave que permitió conocer el nivel de satisfacción de los usuarios.

Los resultados obtenidos con respecto al perfil epidemiológico están en concordancia con estudios afines, así. en los tejidos duros se encontró, Caries Dental (99%), Mal Posición Dentaria (74%), Desgastes (55%), Patología Pulpar (52%), Mal Oclusiones (57%) , Disfunción de la ATM (68%) en los tejidos blandos se halló, Gingivitis (53%), dentro de los factores predisponentes para presentar enfermedad obtuvimos los siguientes resultados; Placa Bacteriana (97%), Materia Alba (85%), y Calculo (47%).

Con respecto a la percepción de los pacientes sobre calidad y calidez de atención como indicadores de nivel de satisfacción de los usuarios los resultados fueron de nivel excelente y bueno, por ello consideran hacer la recomendación a otras personas para que acudan a nuestra clínica a ser atendidos, pero esto no se refleja aun en la afluencia de pacientes de demanda espontanea.

SUMMARY

Epidemiology being one of the main elements, the basis for making decisions about public health measures, the World Health Organization (WHO) believes that the lifting of a dental epidemiological profile possible to know the status of oral health knowledge of the epidemiological characteristics of patients seeking dental treatment in the Comprehensive Clinical Dentistry Race UNL, from a management standpoint, is a tool that will organize our services more efficiently, as well as provide care better quality with warmth.

The objectives proposed in this research were the construction of the epidemiological profile of patients who attended the Comprehensive Dental Clinic, and evaluation of satisfaction levels determined by the perception of warmth and quality of care and how they influence the flow of spontaneous demand patients.

To meet the proposal began with a review of archived medical records of which was obtained data on diseases of hard and soft tissue and predisposing factors for disease present in these patients. After that a survey was conducted with key questions to indicate the level of user satisfaction

The results obtained with regard to the epidemiological profile are consistent with related studies as well. Hard tissues were found, Dental caries (99%), Mal tooth position (74%), wear (55%), pulp pathology (52%), malocclusion (57%), TMJ dysfunction (68%) soft tissue was found, Gingivitis (53%) within the predisposing factors for disease present obtained the following results Bacterial Plaque (97%), Materia Alba (85%), and Calculus (47%)

With regard to patients' perception of quality and warmth of attention as indicators of level of user satisfaction level results were excellent and good, so consider making a recommendation to others to come to our clinic to be treated But this is not reflected even in the influx of patients spontaneous demand.

INTRODUCCIÓN

La Clínica Odontológica Integral es un establecimiento que oferta la realización de acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento, vinculada al conocimiento de las distintas patologías buco-dentales a nivel individual, familiar y colectivo, para el desarrollo de aprendizajes en los estudiantes de la Carrera.

El principal objetivo de la prestación de servicios de salud es la solución de las necesidades y problemas de la población, con el mejor aprovechamiento de la infraestructura y recurso humano. La epidemiología se utiliza en gerencia y administración de servicios de salud, porque aporta la metodología útil que permite planear y evaluar la actividad asistencial."[1]"La contribución de esta ciencia es en varios niveles: la epidemiología descriptiva permite conocer las características de la población y el estado de salud de la misma, los sistemas de información (Historia Clínica) proveen los datos correspondientes de la manera como se utilizan los servicios, costos, aprovechamiento de las instalaciones, personal etc."[2]

El perfil epidemiológico bucodental de un grupo social determinado se considera como expresión o manifestación general de las condiciones de salud y enfermedad de las personas que constituyen el grupo en estudio. La elaboración de un perfil epidemiológico confiable en una población, es una práctica positiva que permite tener una visión general de la forma en la cual la salud de una comunidad se ve afectada.

La OMS, considera que las enfermedades dentales de mayor morbilidad a nivel mundial son la caries dental y las periodontopatías, en nuestro país y particularmente en nuestra ciudad no estamos ajenos a esta realidad, una prueba de ello es la gran demanda de pacientes que acuden a nuestra clínica con un alto porcentaje de dichas patologías, tomando en cuenta que la necesidad acumulada de atención odontológica se incrementa, reflejándose en el deterioro de la salud ya que la historia natural de las enfermedades no se detiene y deja sus secuelas, es por ello que he creído relevante indagar sobre el perfil epidemiológico de nuestros usuarios, quienes acuden a nuestra consulta en busca de soluciones a sus dolencias y está en nosotros sanarlas buscando el

[1] MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo, "Administración Hospitalaria", 3era Edición, 2008, Ed. Médica Panamericana, pag. 66
[2] MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo , Ob. cit , pag, 67

bien no a mediano plazo, sino a largo plazo, además de captar una mayor afluencia de pacientes, con lo que cual obtendremos un gran aporte no solo a los estudiantes que contarían con una mayor oportunidad de práctica odontológica, así como el fortalecimiento de sus conocimientos, y la oportunidad de conocer nuevos casos clínicos odontológicos; sino aún más importante, el transmitir a nuestra comunidad todos esos conocimientos, y beneficios que los estudiantes de la Carrera de Odontología en los diferentes módulos académicos aprendieron para así poder brindar a la colectividad una atención eficiente y eficaz, así como impartir en nosotros una visión del paciente humanística, buscando siempre su bien en conjunto.

No cabe duda que la Atención en salud, es un tema que adquiere cada vez más relevancia debido a la libertad con que opinan los usuarios, acerca de los servicios recibidos por los encargados de entregar salud, no siendo la excepción el servicio de Odontología, además y probablemente por la adquisición de una mayor conciencia del mundo contemporáneo la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y para otros afortunadamente de responsabilidad social y de integridad moral.

"Luego de haber sido prestado el servicio, la satisfacción de los pacientes se reflejará en la repetición o no del servicio, y la recomendación a terceros, esto generará preferencia por los beneficios obtenidos a través de la prestación del servicio"[3]

Será de gran ayuda el indagar los niveles de satisfacción de los pacientes que acudieron a nuestra consulta ya que esto permitirá decidir cambios para ofrecer un mejor servicio de ser necesario, también creí importante investigar, el cómo influyen dichos niveles en la afluencia de pacientes, ya que la escasa demanda espontanea es un problema latente de los estudiantes, que en muchos casos se ven obligados a buscar e incluso pagar los tratamientos a sus pacientes desmereciendo su trabajo, para poder cumplir los requisitos básicos necesarios para la aprobación de un módulo.

Escasos son los estudios realizados acerca de los niveles de satisfacción por los servicios odontológicos, después de haber revisado y analizado dichos estudios a nivel internacional, y al compararlos con nuestro medio, he percibido que no están ajenos a nuestra realidad, es por ello que emprendo mi investigación enfocándome

[3] MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo , Ob. cit , pag, 66

específicamente en el afán de determinar el nivel de satisfacción, para así ofrecer mejoras tanto en la calidad de atención, como en la calidez.

Finalmente el realizar el proyecto de tesis constituye un requisito fundamental previo a la obtención del título universitario, pero más que un requisito el presente trabajo de investigación pienso va a contribuir al desarrollo de la Clínica Odontológica a la cual como estudiante me debo por la práctica y conocimiento que aquí se me permitió adquirir.

ESQUEMA DE CONTENIDOS DEL MARCO TEORICO

CAPÍTULO 1: EPIDEMIOLOGÍA, CONCEPTOS BÁSICOS, PRINCIPALES PATOLOGÍAS BUCODENTALES

1.1 Definición de Epidemiología

1.2 Objetivos de la Epidemiología

1.3 Tipos de estudios Epidemiológicos

1.3.1 Observacionales

1.3.2 Estudios Experimentales

1.4 Usos de la Epidemiología

1.4.1 En Gestión y Administración

1.5 Principales Patologías Buco-Dentales

1.5.1 La Caries

1.5.2 Placa Dental y Cálculos

1.5.2.1 Aspectos Microbiológicos

1.5.2.2 Placa Dental como Biopelícula

1.5.2.3 Cálculos Dentales

1.5.2.3.1 Aspecto, distribución y diagnóstico clínico

1.5.3 Gingivitis

1.5.3.1 Concepto

1.5.3.2 Clasificación

1.5.4 Patología de la pulpa

1.5.4.1 Clasificación Clínica de las Enfermedades de la Pulpa

1.5.4.1.2 Pulpitis Reversible

1.5.4.2 Pulpitis irreversible

1.5.4.2.1 Pulpitis irreversible sintomática

1.5.4.2.2 Pulpitis Irreversible Asintomática

1.5.4.3 Necrosis Pulpar

1.5.5 Patología de la Articulación Temporo-Mandibular

1.5.5.1 Síndrome de la Disfunción Cráneo-mandibular

1.5.5.1.1 Manifestaciones Clínicas

1.5.6 Desgastes de las piezas dentales

CAPÍTULO 2: ATENCIÓN Y SERVICIOS DE SALUD

2.1 Dimensiones que conforman la calidad de atención
2.2 Principales factores que determinan la calidad de los servicios
2.3 El Servicio Odontológico
2.4 Análisis del nivel de satisfacción y aceptación del servicio
2.5 Características que debe tener el servicio odontológico
2.6 "Cómo conseguir pacientes satisfechos
2.7 Satisfacción de los pacientes en el diseño de la clínica dental
2.7.1 "Condiciones mínimas de una Clínica
2.7.1.1 Distribuido, Pasillos
2.7.1.2 Aseos
2.7.1.3 Sala de Recepción
2.8 Sistemas de información de calidad de los servicios
2.9 Fallas de los Servicios
2.9.1 Tipos de Quejas
2.9.2 Garantía de Calidad

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE LA OFERTA Y DEMANDA EN SERVICIOS DE SALUD

3.1 Definición de Oferta
3.2 Proceso de Estimación de la Oferta
3.3 Demanda Servicios de Salud
3.3.1 Definición
3.3.2 Factores que regulan la demanda
3.4 Análisis de la demanda de servicios
3.5 Proceso de Estimación de la Demanda
3.6 Metodología
3.6.1 Rcolección de la información básica
3.6.1.1 Primera etapa
3.6.1.2 Segunda etapa

DESARROLLO DEL MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I
EPIDEMIOLOGÍA, CONCEPTOS BÁSICOS, PRINCIPALES PATOLOGÍAS BUCODENTALES

1.1 Definición de Epidemiología

"La epidemiología clínica es una ciencia de desarrollo, relativamente joven, cuyo fin es la medición e investigación de fenómenos en salud, fundamental para el ejercicio de la medicina clínica y práctica de la salud pública. Los métodos epidemiológicos aportan las herramientas necesarias para realizar investigación de la etiología de las enfermedades, desenlaces clínicos, prevención, métodos de diagnóstico, tratamiento, y perfiles de riesgo de los individuos y las poblaciones

Las características personales que interesan a la epidemiología y al epidemiólogo son:

a) Características demográficas: edad, sexo y grupo étnico
b) Características biológicas
c) Factores sociales y económicos
d) Hábitos personales
e) Características genéticas

1.2 Objetivos de la Epidemiología

La epidemiología tiene tres objetivos principales:

a) Estudiar la aparición, distribución y desarrollo de las enfermedades y describir el estado de salud de las poblaciones como base para el planeamiento, evaluación y administración de los sistemas de proporción y recuperación de la salud.
b) Proporcionar los datos necesarios para la comprensión de la etiología de la salud y la enfermedad.
c) Promover la utilización de los conceptos epidemiológicos en la administración de los servicios.

1.3 Tipos de estudios Epidemiológicos

1.3.1 Observacionales

Los fenómenos a investigar se basan en la observación sin la intervención del investigador, por esto, son llamados también "experimentos naturales" y se llevan a cabo cuando las condiciones no permiten la experimentación.

Se clasifican en estudios de seguimiento (Cohortes) y estudios de casos y controles. Los primeros son los más parecidos a un experimento pero con la diferencia de que en éstos el investigador no asigna aleatoriamente los sujetos a un grupo determinado, simplemente observa por un tiempo el comportamiento de los sujetos expuestos y el grupo de los no expuestos para establecer comparaciones. En el caso de estudios de casos y controles se estudia la presencia o ausencia de factores de riesgo para cada grupo (de casos y controles) y se determina y efectivamente existe o no relación.

1.3.2 Estudios Experimentales

Los estudios experimentales controlan los medios y resultados, a mayor nivel de control, menor sesgo. La información recibida es de mayor evidencia y, así mismo, hay varios niveles de evidencia dependiendo del tipo de estudio.

1.4 Usos de la Epidemiología

1.4.1 En Gestión y Administración

"El principal objetivo de la prestación de servicios de salud es la solución de las necesidades y problemas de la población, con el mejor aprovechamiento de la infraestructura y recurso humano. La epidemiología se utiliza en la gerencia y administración de servicios de salud, porque aporta a la metodología útil que permite planear y evaluar la actividad asistencial. La contribución de esta ciencia es en varios niveles: la epidemiología descriptiva permite conocer las características de la población y el estado de salud de la misma, los sistemas de información proveen los datos correspondientes a la manera como se utilizan los servicios, costos, aprovechamiento de las instalaciones, personal etc., La epidemiologia analítica permite probar hipótesis acerca de probables relaciones de causalidad consideradas previamente (análisis etiológico) y la epidemiología experimental aporta a los diseños que contribuyen a la evaluación.

La epidemiología es una disciplina en la que se han desarrollado métodos relativamente especializados para investigar las causas de las enfermedades y recibir aportes de conocimientos y técnicas específicas de otras ciencias de acuerdo con las necesidades del momento. La epidemiología ha sido considerada con justicia como un método más que como una ciencia. Los principios y métodos epidemiológicos pueden ser aplicados a una amplia variedad de problemas en muchos campos. Tales principios y métodos se refieren a la descripción de poblaciones humanas, a la investigación de procesos subyacentes, a la interpretación y análisis de información y a los usos que se les puede dar a los datos obtenidos. En el campo de la salud, la epidemiología tiene tres aplicaciones principales: Etiológica, clínica y administrativa".[4]

1.5 Principales Patologías Buco-Dentales

1.5.1 La Caries

"La caries dental es una desmineralización de la superficie del diente causada por bacterias que se adhieren a la superficie dental (Placa bacteriana). El primer signo de la desmineralización, es una mancha blanca. No es aún una cavidad, la superficie es todavía uniforme. Con medidas apropiadas, (las aplicaciones de flúor realizadas por el profesional y la indicación de usar una pasta con pH bajo y alto contenido de flúor) el proceso de caries puede ser parado aquí y hasta invertido.

1.5.2 Placa Dental y Cálculos

1.5.2.1 Aspectos Microbiológicos

En el transcurso de la vida, todas las superficies de contacto del cuerpo están expuestas a la colonización por una gama amplia de microorganismos. La flora microbiana establecida suele vivir en armonía con el huésped. La renovación constante de las superficies por la descamación evita la acumulación de grandes masas de microorganismos. Sin embargo, en la boca, los dientes proveen superficies no descamativas y rígidas para el establecimiento de depósitos bacterianos extensos. La acumulación y el metabolismo de las bacterias en las superficies de la cavidad bucal se

[4] MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo, Ob. Cit, pag 66

consideran causas principales de caries dental, gingivitis, periodontitis, infección periimplantaria y estomatitis. Los depósitos masivos suelen estar asociados con la enfermedad localizada en los tejidos subyacentes blandos y duros. En 1 mm3 de placa dental que pesa aproximadamente 1 mg, están presentes más de 10 bacterias. Aunque se han aislado e identificado más de 300 especies en estos depósitos, todavía no es posible identificarlas a todas. En la cavidad bucal, los depósitos bacterianos han sido denominados placa dental o placa bacteriana. Los experimentos clásicos demostraron que la acumulación de bacterias en los dientes induce de manera reproducible una respuesta inflamatoria en los tejidos gingivales. La eliminación de la placa lleva a la desaparición de los signos clínicos de esa inflamación. Se demostraron relaciones similares de causa y efecto para la placa y la mucositis periimplantaria.

En un principio se supuso que existía una relación directa entre la cantidad total de bacterias acumuladas y la amplitud del efecto patogénico; pero no se consideraron las diferencias biológicas relevantes en la composición de la placa. Se demostró que esta masa bacteriana, denominada placa, es la productora de numerosos irritantes, como ácidos, endotoxinas y antígenos, que con el tiempo, invariablemente disuelven los dientes y destruyen los tejidos de soporte. En consecuencia, la necesidad de discriminar entre depósitos bacterianos de los distintos pacientes o entre sitios sanos o enfermos todavía no ha sido reconocida con detalle. Se pensaba que las personas con enfermedad periodontal extensa podrían ser portadoras de un sistema de defensa débil contra la placa bacteriana en su conjunto o que sus cuidados higiénicos eran inadecuados. Tal consideración acerca de la placa dental como una biomasa se conoce como hipótesis de la placa inespecífica.

La propensión de los sitios inflamados a experimentar una destrucción tisular permanente fue identificada luego como de naturaleza más específica, porque no todas las lesiones de gingivitis parecían avanzar invariablemente hacia una periodontitis. Los sitios periodontales en la mayoría de los individuos no siempre muestran signos clínicos de destrucción tisular activa, con la consiguiente pérdida de la inserción de las fibras del tejido conectivo en las superficies radiculares, aun si estuviesen consecuentemente colonizados por diversos números y especies de bacterias. Se sugirieron como patógenos posibles algunos de los microorganismos hallados en niveles elevados en las lesiones periodontales en relación con los observados en condiciones de salud clínica. Los estudios longitudinales indicaron un mayor riesgo de destrucción periodontal en los

sitios colonizados por algunos microorganismos potencialmente patógenos. Los resultados del tratamiento hubieran sido superiores si estos microorganismos no hubieren sido detectados con los controles de seguimiento. Si la enfermedad periodontal se debe realmente a un número limitado de especies bacterianas, la supresión continua y máxima de la placa no sería la única posibilidad de evitar o tratar la periodontitis. De ahí que la eliminación o la reducción específica de las bacterias presuntamente patógenas de la placa podría ser una alternativa válida. El tratamiento puede ser necesario solo en los pacientes con diagnóstico de una infección específica y que finalizará una vez que se haya eliminado los genes patógenos. Este punto de vista de la periodontitis causada por patógenos específicos se conoce hipótesis de la placa específica.

El término infección se refiere a la presencia y multiplicación de un microorganismo en los tejidos del cuerpo. La singularidad de la placa bacteriana asociada con las enfermedades dentales, como las infecciones, se relaciona con falta de una invasión bacteriana masiva a los tejidos. Las infecciones causadas por la flora bacteriana normal a veces se denominan endógenas. Estas infecciones se producen cuando los microorganismos autóctonos salen de su hábitat normal y se dirigen a regiones anatómicas poco frecuentes. Por ejemplo, Staphylococus epidermis es un comensal no patógeno, saprófito de la piel, que si llega a la superficie de una prótesis vascular o a un implante ortopédico puede producir una infección grave.

1.5.2.2 Placa Dental como Biopelícula

El término *biopelícula* describe la comunidad microbiana relativamente indefinible asociada con una superficie dentaria o con cualquier material duro no descamativo (Wilderer y Charaklis, 1989). En los niveles muy inferiores en la mayoría de las bio-películas se concentra una capa densa de microorganismos unida a una matriz con otros materiales orgánicos e inorgánicos. La parte superior de esta capa es más desorganizada, a menudo de aspecto muy irregular y puede extenderse al medio circun-dante. La capa líquida que bordea la biopelícula puede poseer una subcapa "estacionaria" y una capa líquida en movimiento. Los nutrientes pueden penetrar en este

medio líquido por difusión molecular. En las regiones más profundas existen gradientes de difusión importantes, sobre todo para el oxígeno. La ubicuidad con que se detectan las especies anaerobias en estas áreas de las biopelículas demuestra la evidencia de esos gradientes (Ritz, 1969).

La acumulación de bacterias sobre superficies sólidas no es un fenómeno dental exclusivo. Las biopelículas son ubicuas; se forman virtualmente todas las superficies inmersas en medios acuosos naturales. Se forman con particular rapidez en medios líquidos donde las bacterias reciben un suministro regular de nutrientes. La formación rápida de capas visibles de microorganismos debido al amplio desarrollo bacteriano acompañado por la excreción de cantidades copiosas de polímeros extracelulares es típica de las biopelículas, que protegen a las bacterias de los agentes antimicrobianos. El tratamiento con sustancias antimicrobianas suele ser inútil a menos que los depósitos sean eliminados en forma mecánica. Las infecciones mediadas por la adhesión que se desarrollan en materiales implantados permanentes o temporarios, como los catéteres intravasculares, las endoprótesis vasculares o las válvulas cardíacas son notoriamente resistentes a los antibióticos y tienden a persistir hasta que se retira el dispositivo. Se registran problemas similares en las tuberías de agua, donde bacterias potencialmente patógenas podrían estar protegidas contra la cloración, o en los cascos de los barcos, donde las biopelículas aumentan la resistencia a la fricción y la turbulencia (Gristina, 1987, Marshall, 1992).
En resumen, la placa dental como depósito microbiano natural representa una verdadera biopelícula compuesta de bacterias en una matriz constituida principalmente por polímeros bacterianos extracelulares o productos salivales o de exudado gingival.

1.5.2.3 Cálculos Dentales

Aunque se ha informado que la formación de cálculos se produce en los animales libres de gérmenes, como resultado de la calcificación de las proteínas salivales, el sarro o cálculo dental suele representar la placa bacteriana mineralizada.

1.5.2.3.1 Aspecto, distribución y diagnóstico clínico

El sarro supragingival es una masa de dureza moderada con una coloración que va desde el blanco cremoso hasta el ocre o marrón .El grado de formación de los cálculos

no solo depende de la cantidad de placa bacteriana sino de la secreción de las glándulas salivales. De ahí que el sarro supragingival se halla preferentemente adyacente a los conductos de salida de las glándulas salivales principales, como en la cara lingual de los dientes ante-roinferiores y la cara vestibular de los primeros molares superiores, donde los conductos de la glándula parótida desembocan en el vestíbulo de la boca. La salida de los conductos de las glándulas submandibulares está localizada en la región anterior. Es necesario notar que el sarro alberga continuamente placa bacteriana viable (Zander y col., 1960; Theilade, 1964; Schroeder, 1969).

Subgingivalmente, solo puede detectarse por exploración táctil, dado que su formación se produce en sentido apical al margen gingival por lo que no suele ser visible. En ocasiones, el sarro subgingival puede visualizarse en las radiografías dentales siempre que los depósitos representen una masa importante. Los depósitos pequeños o residuales que quedan como consecuencia de la instrumentación radicular difícilmente puedan visualizase mediante una radiografía. Si se abre el margen gingival con un chorro de aire o se lo retrae con un instrumento, se podrá observar una masa amorronada o negra de aspecto rugoso. Nuevamente, esta masa mineralizada refleja el predominio de las acumulaciones bacterianas mezcladas con los productos de líquido cervicular y de la sangre. En consecuencia, El sarro subgingival se halla en la mayoría de las bolsas periodontales, extendiéndose desde la unión amelocementaria y llegando hasta cerca del fondo de la bolsa. Sin embargo, suele encontrarse una banda de 0,5 mm, en sentido coronario a la extensión apical de la bolsa periodontal. Esta zona parece estar libre de depósitos mineralizados debido a la falta de líquido crevicular exudado por los tejidos blandos periodontales y actúa como un gradiente contra la acumulación microbiana. Al igual que el sarro su-pragingival, el subgingival también provee el entorno ideal para la adhesión bacteriana (Zander y col., 1960; Schroeder, 1969).

La mineralización de la placa varía muchísimo entre las personas y en cada una de ellas como ya se indicó- además, dentro de las diferentes regiones de la cavidad bucal. No solo es variable la velocidad de formación de la placa bacteriana (cantidad de placa por tiempo y por superficie dentaria), sino que también la velocidad de formación del sarro dental (período durante el cual los nuevos depósitos de placa supragingival con un peso de cenizas de 5-10% se calcifican y alcanzan un peso de cenizas de aproximadamente 80%) está sujeta a una gran variación. En algunos individuos, el; tiempo requerido para

la formación del sarro supragingival es de 2 semanas, tiempo en el cual el depósito puede ya contener aproximadamente el 80% del material inorgánico hallado en el sarro maduro (Mühlemann y Schneider, 1959; Mandel 1963; Mühlemann y Schroeder, 1964). De hecho, puede ya existir evidencia de mineralización después de unos días (Theilade 1964). No obstante, la formación de sarro dental con la composición cristalina madura del sarro antiguo puede requerir desde meses hasta años (Schroeder y Baumbauer, 1966). La placa supragingival se convierte en saliva y placa subgingival mineralizadas en presencia de exudado inflamatorio en la bolsa.-Por lo tanto, es evidente que el sarro subgingival representa un producto secundario de la infección y no la causa primaria de periodontitis"[5]

1.5.3 Gingivitis

1.5.3.1 Concepto

"La gingivitis es una condición reversible de los tejidos blandos gingivales, que, como consecuencia de un proceso inflamatorio, sangran y pueden cambiar de color, tamaño y consistencia. El proceso inflamatorio es de origen infeccioso, debido a la progresiva aparición de gérmenes anaerobios estrictos, como demuestra el cultivo de bacterias en las localizaciones que presentan una gingivitis establecida, frente a bacilos aerobios y anaerobios facultativos propios del estado de salud gingival"[6].

1.5.3.2 Clasificación

"La Academia Americana de Periodoncia (AAP), a finales de 1999 en la ciudad de Oak Brook, Illinois (EE.UU.), realizó un taller mundial para clasificar las enfermedades periodontales, cuyos resultados fueron publicados en diciembre de 1999. En esta clasificación aparece por primera vez la terminología de enfermedad gingival, que no aparecía en la clasificación de 1989, y en ella se tiende a agrupar con esta denominación todas aquellas lesiones con las siguientes características:

a) Presentar signos y síntomas limitados a la encía (agrandamiento del contorno gingival, color entre rojo y rojo-azulado, temperatura sulcular elevada hemorragia al sondaje, eritema y aumento del exudo gingival.

[5] LINDHE, Jan, "Periodontología Clínica e Implantología Odontológica", Editorial Médica Panamericana 2005, Pag, 25

[6] ECHEVERÍA G., José; BLANCO CARRIÓN, Juan, "Manual de Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes", Edición Médica Panamericana, Madrid, 2005, pag 87

b) Presencia de placa para iniciar o exacebar la lesión.
c) Signos clínicos de inflamación. Niveles de inserción estables.
d) Reversibilidad de la lesión al eliminar el agente etiológico.
e) Posible rol como precursor de pérdida de inserción dentaria.

1.5.4 Patología de la pulpa

El tejido pulpar reacciona ante diversos irritantes externos, principalmente bacterianos, desencadenando un proceso inflamatorio, como cualquier otro tejido conjuntivo del organismo. En función de la intensidad y duración de los irritantes, y de la resistencia del huésped, la patología pulpar puede variar desde una inflamación temporal o pulpitis reversible hasta una inflamación grave y progresiva, o pulpitis irreversible, que evolucionará hacia la necrosis.

1.5.4.1 Clasificación Clínica de las Enfermedades de la Pulpa

Durante muchas décadas se ha clasificado la patología pulpar siguiendo criterios histopatológicos que no siempre se pueden relacionar con la sintomatología derivada de la infección pulpar. El diagnóstico clínico se fundamenta en la valoración conjunta del análisis etiopatogénico de la inflamación pulpar, su sintomatología y la observación de los signos clínicos asociados.

En la taxonomía clínica de la patología pulpar preferimos integrar los criterios de Walton y Torabinejad y Tronstad, quienes clasifican la patología pulpar en irreversible reversible y sintomática asintomática, respectivamente. La primera se basa más en la planificación terapéutica del estadio clínico, y la segunda, en las características clínicas de la alteración pulpar.

1.5.4.1 Pulpitis Reversible

La pulpitis reversible es la inflamación de la pulpa con capacidad reparativa. Es la primera respuesta inflamatoria pulpar frente a diversos irritantes externos y que, diagnosticada y tratada precozmente mediante técnicas conservadoras de la vitalidad pulpar, puede recuperar la normalidad hística.

1.5.4.1.1 Patogenia

Las caries poco profundas, la exposición de túbulos dentinarios, los tallados protésicos poco agresivos, los procesos destructivos dentarios no careógenos, la realización de maniobras iatrogénicas en operatoria dental o bien los defectos de adhesión de determinados materiales de restauración actúan como factores de irritación externos capaces de desencadenar un cuadro inflamatorio pulpar reversible. Las bacterias son los principales agentes implicados en la aparición de esta alteración pulpar. La presencia de microorganismos en estratos profundos del complejo pulpodentario induce, en el tejido pulpar, a la liberación de mediadores químicos de la inflamación, fundamentalmente los derivados del metabolismo del ácido araquidónico (prostaglandinas, leucotrienos y tromboxanos), provocando aumento de la permeabilidad capilar.

1.5.4.2 Pulpitis irreversible

La pulpitis irreversible es la inflamación de la pulpa sin capacidad de recuperación, a pesar de que cense los estímulos externos que han provocado el estado inflamatorio. Existen 2 formas clínicas en función de la presencia o ausencia de sintomatología: sintomáticas y asintomáticas.

1.5.4.2.1 Pulpitis irreversible sintomática

La pulpitis irreversible sintomática es la respuesta inflamatoria aguda de la pulpa frente a la persistencia, crecimiento y progresión de las bacterias en la cavidad pulpar. Existen 2 formas clínicas: de predominio seroso, con o sin afectación periapical, y de predominio purulento.

Lo que sucede con frecuencia es que el paciente acude a la consulta cuando se inician los síntomas, es decir, cuando se agudiza el proceso inflamatorio pulpar crónico.

Patogenia.- Generalmente es consecuencia de una pulpitis reversible no tratada. Es una caries profunda no tratada, las bacterias van accediendo directamente a la pulpa, previamente alterada, en cuantía y tiempo variables, según la evolución clínica de la caries. La colonización microbiana del tejido conjuntivo pulpar perpetúa y agrava la respuesta inflamatoria pulpar desencadenada en las pulpitis reversibles. Esta reacción, inicialmente defensiva, consiste en la liberación intensa de mediadores químicos de la inflamación, que causa disminución de las proteínas plasmáticas, marginación de leucocitos polimorfonucleares y leucodiamarginación de leucocitos polimorfonucleares

y leucodiapédesis. El diferente gradiente de presión osmótica, creado por la disminución de proteínas plasmáticas, provoca la trasudación de plasma hacia el estroma pulpar. La formación de edema intersticial incrementa la prensión intrapulpar (5mmHg en la pulpa normal y 16 mmHg en la pulpa inflamada) que, al comprimir las fibras nerviosas, causa dolor muy intenso, espontáneo y provocado.

Por otro lado, la hiperemia pulpar se agrava y la circulación sanguínea se enlentece. La estasis venosa favorece y empeora la formación de edema, por lo que se intensifica el dolor. Si el edema encuentra una vía de escape a través de la caries o de los túbulos dentinarios amplios, la inflamación puede cursar de forma asintomática y cursar con síntomas cuando se obstruya la cavidad por la impactación de alimentos o por restaurarla sin haber realizado un diagnóstico correcto.

1.5.4.2.2 Pulpitis Irreversible Asintomática

La pulpitis irreversible asintomática es la inflamación de la pulpa sin capacidad de recuperación y con ausencia de sintomatología aguda. Suele ser consecuencia de una pulpitis sintomática no tratada en la que la fase aguda ha cedido, o bien de que los agentes irritantes externos obedecen a estímulos leves o moderados, pero mantenidos en el tiempo, y a que los elementos celulares defensivos pulpares son capaces de neutralizar la agresión bacteriana, por lo que siempre ha permanecido asintomática.

Generalmente se presentan amplias comunicaciones entre la cavidad pulpar y la lesión careosa, por lo que existe un drenaje espontáneo del exudado seroso, sin posibilidad de que se forme edema intrapulpar. Por el contrario, la impactación alimentaria o la realización de restauraciones en dientes, con patología pulpar (diagnosticados incorrectamente), bloquearán el drenaje provocando inflamación aguda del tejido conjuntivo pulpar o bien necrosis pulpar, con o sin compromiso periapical.

1.5.4.3 Necrosis Pulpar

La necrosis pulpar es la descomposición, séptica o no, del tejido conjuntivo pulpar que cursa con la destrucción del sistema microvascular y linfático, de las células y, en última instancia, de las fibras nerviosas.

Consiste en el cese de los procesos metabólicos de la pulpa. La pulpitis irreversible conduce a la necrosis de la pulpa de forma progresiva, tanto más lenta cuanta mayor facilidad exista para el drenaje espontáneo del exudado, menor sea la virulencia microbiana y que el huésped tenga buena capacidad reactiva; avanza hacia la pulpa en sentido centrípeto y desde la corona hacia el ápice. En dientes pluri-radiculares pueden existir raíces con la pulpa necrosada y otras con la pulpa vital e inflamada.

1.5.4.3.1 Patogenia

El nicho ecológico microbiano presente en las pulpitis irreversibles asintomáticas, de respiración aerobia y anaerobia facultativa, fundamentalmente se va transformando en un medio de respiración anaerobia estricta a medida que disminuye el potencial de óxido reducción hípico, lo que, al dificultar los procesos fagocíticos, facilita el desarrollo y la multiplicación microbiana, especialmente de bacterias anaerobias, potenciado por simbiosis y sinergismos microbianos. En la formación del microclima anaerobio influyen también bacterias asociadas (aerobias y microaerofílicas que consumen oxígeno). Las bacterias gramnegativas anaerobias estrictas tienen una elevada capacidad proteolítica y colagenolítica, por lo que contribuyen en gran medida a la desestructuración del tejido conjuntivo pulpar"[7]

1.5.5 Patología de la Articulación Temporo-Mandibular

"La articulación temporomandibular permite movimientos funcionales de la boca necesarios para la alimentación y el habla. Cuando se presenta una disfunción en esta articulación se limita la movilidad de la boca y por ende la funcionalidad de la persona afectada. Las alteraciones más comunes son el síndrome de la articulación temporomandibular, desviación articular, los ruidos articulares, las cuales se caracterizan por producir dolor, inflamación, limitación de la movilidad articular y desequilibrio muscular.[8]

[7] CANALDA, Carlos; BRAU AGUADÉ, Esteban. "Endodoncia Técnicas clínicas y bases Científicas". Edición Masson. Madrid, 2005.
[8] www.efisioterapia.net, "Alteraciones de la Articulación temporo-Mandibular", 2007.

“La Articulación, puede verse afectada por enfermedades degenerativas, inflamatorias, infecciosas, traumática tumorales, etc. Exactamente igual que cualquier articulación del cuerpo humano.

1.5.5.1 Síndrome de la Disfunción Cráneo-mandibular

Se desconocen exactamente sus causas, pero se ha relacionado con factores neuromusculares, mecánicos y psicológicos. Los neuromusculares, podrían actuar mediante alteraciones en la neurotransmisión, o afectación en la posición o acción de fibras musculares. Entre los factores mecánicos podrían intervenir los contactos interdentales no fisiológicos por pérdidas dentales prematuras, maloclusión, traumatismos y alteraciones posturales, que conllevaran a movimientos anormales de los músculos masticatorios. Junto a ellos intervendrían problemas psicoanímicos como el estrés, la ansiedad, depresión[9].

1.5.5.1.1 Manifestaciones Clínicas

“Las más frecuentes son el dolor articular y muscular, chasquidos articulares durante los movimientos de apretura y cierre, limitación en la apertura y sensibilidad a la palpación, en ocasiones las piezas dentales sufren gran atrición de las piezas dentales y sus superficies se aplanan.

1.5.6 Desgastes de las piezas dentales

El término desgaste dental comprende diferentes entidades que se definen tradicionalmente como atrición, erosión y abrasión, y se caracterizan por presentar etiologías distintas. La atrición es la pérdida de tejido duro dental debida a la masticación o al contacto entre las superficies oclusales proximales. La erosión o corrosión es la pérdida de tejido dental duro debido a agentes químicos como los ácidos provenientes de agentes bacterianos, o alimentos como los cítricos, la abrasión es la pérdida de tejido dentario debido a agentes ajenos al sistema estogmatognático como por ejemplo la mala técnica de cepillado dental. [10]

---

[9] LÓPEZ SÁNCHEZ, Antonio F; GONZÁLEZ ROMERO, Elena A., “Conceptos básicos de odontoestomatología para el médico de atención primaria”, Elsevier España, 2001

[10] CUENCA, Emily; BACA, Pilar, “Odontología preventiva y comunitaria”, Elsevier España, 2005, pag 66

CAPÍTULO II
ATENCIÓN Y SERVICIOS DE SALUD

"La calidad de la empresa es el resultado de su planeación estratégica, de la ingeniería de los procesos, del mejoramiento continuo y progresivo en todos los aspectos, del exigente control y las auditorías interna y externa.

En la actualidad las organizaciones, empresa e industrias imponen como un ejercicio puntual el mejoramiento continuo de la calidad, como la mejor estrategia para prevenir fallas, y si estas se presentasen, corregirlas oportunamente.

Por fortuna en la actualidad existe el estímulo que resulta de los programa ISO (International Organization for Standardization) que establecen pilares básicos, implementados por foros, seminarios e investigaciones hasta llegar al nivel ideal que conduce a la mejor productividad y abren el camino para la más sana competencia.

De los planteamientos y aportes invaluables de Joseph Juran, W. Edwards Deming, Phipil Crosby, surge lo que se conoce como el movimiento moderno de la calidad, que involucran necesariamente los conceptos de productividad y competitividad. Las empresas están embocadas a cuatro preguntas permanentes:

a) ¿Qué represento realmente?
b) ¿Hacía don voy y cómo debo dirigir la empresa?
c) ¿Qué cambios urgentes debo plantear para proyectarme al futuro?
d) ¿Cuento con los recursos humanos y físicos?
e) ¿Qué esperan de mi los usuarios?

La respuesta a los anteriores interrogantes, implica un permanente ejercicio inductivo y deductivo que lleva a retomar como punto de partida los pilares básicos expuestos de manera implícita en el programa de ISO 9000:

a) Hubo diseño y planificación adecuados
b) Existió un control sobre el cumplimiento de la misión
c) Se aseguraron los pasos para no distorsionar la visión

Pero mejorar y mantener la calidad de los productos o servicios, involucra la necesidad de establecer un sistema de aseguramiento de calidad, lo cual constituye el sendero a la calidad total.

En salud, la clientela clave no es otra que la comunidad entera deseosa de obtener su bienestar físico, psicológico y social; se quedo rezagado desde mucho tiempo atrás la consideración de que la salud era sinónimo de la "ausencia de la enfermedad" y se extendió el panorama al fomento, a la prevención, a la salud pública a la rehabilitación y a la pronta reincorporación del individuo a sus labores habituales.

Es importante diferenciar la calidad de un producto y la de un servicio. La de un producto responde a las características externas y a su efectividad aislada para un fin determinado. La de un servicio reúne gran cantidad de factores o componentes que no pueden disociarse; en una palabra prevalece la impresión de conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción específica. En el caso de un servicio de salud son numerosos los factores: físicos y científicos, técnicos, administrativos, de comunicación y relaciones humanas entre otros.

El hecho real en la práctica es que el usuario mira el punto crítico, el eslabón más débil de la cadena de calidad para juzgar todo el engranaje. Una sola ficha que no encaja es suficiente para desequilibrar el conjunto y por consiguiente para proyectar la imagen negativa del servicio; en oportunidades la excelencia técnica y científica de los más encumbrados profesionales se ve empañada por el mal manejo de una recepcionista que abre la historia clínica. Es evidente que juegan más en el juicio del usuario la forma como se le atiende, y el trato amable que se le brinda. Lo anterior alerta sobre la necesidad de mirar todos los componentes del servicio, en su conjunto como piezas claves y proveer los recursos, lo mismo que preparar y adecuar al personal de todos los niveles para las actividades que debe cumplir, bajo la consideración de que un solo elemento disonante puede deformar el concepto general de la atención.

Diferentes estándares se han establecido para medir la calidad de un servicio. Aún cuando en muchos hay criterios diversos, según la cultura de los países, se pueden considerar los siguientes como los más aceptados comúnmente:

a) Puntualidad
b) Prontitud
c) Atención
d) Amabilidad
e) Cortesía
f) Honestidad

g) Rapidez de la respuesta
h) Precisión de la respuesta
i) Respeto al cliente (Adaptado de Jacques Horovitz, *La Calidad del Servicio)*

j) En un servicio de salud se considerarán parámetros de calidad:
k) Puntualidad
l) Presentación del personal
m) Prontitud de la atención
n) Cortesía, amabilidad y respeto
o) Trato humano
p) Diligencia para utilizar medios de diagnóstico
q) Agilidad para identificar el problema
r) Efectividad en los procedimientos
s) Comunicación con el usuario y su familia
t) Interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios
u) Aceptación de sugerencias
v) Capacidad profesional
w) Ética en todas las fases del proceso
x) Equidad
y) Presentación física de las instalaciones
z) Presentación adecuada de los utensilios y elementos
aa) Educación continúa a personal de servicios y a los propios usuarios.

Numerosas instituciones argumentan que la calidad tiene un costo, que encarece el servicio y olvidan quizá que "son más costosos los errores por falta de calidad"
No obstante, lo relacionado con los costos aplica una condición de gran importancia en la actualidad en todos los aspectos, especialmente en lo que hace referencia a con la salud. Hoy se afirma que "Mientras más alta la calidad, más bajos los costos" y en el decir popular se afirma que "lo bueno cuesta menos" y "lo barato sale caro". Picazo Manríquez y Martínez Villegas, afirman: "La calidad total no cuesta, lo que cuesta es la baja calidad". Esto es verdad en la práctica, proyectada a un futuro, pues en forma inmediata el logro de la calidad significa un valor agregado si se toman en cuenta las normas de la International Organization for Standardization que determinan los costos

operativos de la calidad y los costos de calidad de garantía externa los cuales deben ser identificados y presupuestados por la empresa.

La carencia de que la calidad se construye solo a expensas de la buena voluntad y el esfuerzo del recurso humano es un error: puede estar suficientemente motivado y comprometer todo su esfuerzo individual o el de su equipo, pero para que su actitud no resulte estéril, se requiere de toda una estructura que debe ser diseñada desde la gerencia, con la debida planeación, con el fortalecimiento de las áreas críticas, con la garantía respecto al flujo de todo tipo de facilidades, pero sobre todo con la preparación y motivación adecuadas del personal, al cual fundamentalmente se debe motivar y estimularle el sentido de pertenencia institucional; desde luego introducirlo dentro del necesario esquema de la educación continua hacia la calidad, sin discriminaciones de su clase o nivel laboral. Esto último es básico si se considera que todos los trabajadores de una institución, sin excepción deben comprometerse en esa cruzada. Pero sumado al esfuerzo del personal debe disponerse de los recursos físicos o materiales necesarios, sin los cuales la buena intención de la gente seria inaplicable en la práctica.
John Edge y David Smith al referirse a los costos operativos de la calidad y a los costos de la calidad de garantía externa, explican que los primeros son aquellos en que se debe incurrir un negocio para asegurar sus niveles específicos de calidad.
Los sintetizan en:

a) Costos de prevención y evaluación (inversiones)
b) Prevención. Costos de esfuerzos para evitar fallas.
c) Evaluación. Costos de pruebas, inspección y examen para verificar se está manteniendo la calidad adecuada.
d) Costos de fallas (perdidas)
e) Falla interna. Costos que resultan cuando el producto o servicio no cumplen el requerimiento desde de la entrega.
f) Falla externa. Costos que resultan cuando el producto o el servicio demuestran inefectividad o fracaso en el usuario.

Respecto a los costos de calidad de garantía externa, expresan los autores mencionados, que hacen referencia a las demostraciones y pruebas necesarias para llevar evidencia objetiva a los clientes respecto a la calidad del producto o servicio anunciado. En el

caso de las empresas de salud, es un tanto subjetiva y más bien está basada en la satisfacción expresada por los mismos usuarios frente al servicio ofrecido, que según ellos debe llenar los requisitos que colmen sus expectativas.

Respecto a este importante punto la industria moderna y por su puesto las más avanzadas empresas de salud toman los conceptos de Deming para mejorar la calidad de la operación total, reduciendo al máximo los costos. Esto constituye un factor fundamental en el mercado de servicios, que compiten necesariamente por su excelencia, pero fundamentalmente por los costos, frente a una exigencia cada vez mayor de los consumidores o usuarios que quieren productos de gran calidad al menor costo posible, como resultado naturalmente de la difícil situación económica y social que viven la mayoría de los países.

a) Costos de prevención. Son los gastos para impedir que se produzcan errores y todo se haga bien desde el comienzo.
b) Costos de inspección y control. Son los gastos para controlar que se cumplen todos los parámetros de calidad.
c) Costos de fallas internas. Los gastos por falta de la calidad.
d) Costos de fallas externas. Los gastos en que se incurre para recuperar la buena imagen perdida, lo cual implica muchas veces más que una labor de promoción, una actividad demostrativa.

Estos últimos tienen especial relevancia en los servicios de salud, en donde a diferencia de la industria que paga con pérdidas en dinero, mientras la primera lo hace con pérdidas de vidas, aspecto de tremenda gravedad social y moral que implica no solo el desprestigio definitivo de la institución, sino su condena ética y penal.

Los costos de la prevención, corresponden al plan general de la gerencia y comienzan por la adecuación de la estructura y la conveniente dotación, al igual que por la preparación de los recursos humanos y la adecuación educación continuada sobre el tema. La evaluación constante, implica el ejercicio permanente no solo de auditoría de la calidad en todos los aspectos, sino en la identificación de los factores de error o falla, e identificación inmediata de las medidas correctivas. Para esto se necesita disponer del equipo adecuadamente preparado para esa permanente labor. Aquí cabe mencionar, lo que más adelante se explica en detalle, respecto al “Aseguramiento de la Calidad” y el “Manual de la Calidad”.

El Comité Regional o Parlamento Regional de las OMS en 1988, señalaba que el asunto no era si se requería la garantía de calidad en las instituciones de salud, sino cómo introducirla; esto llevó a un ejercicio inmediato de los países, iniciado por la Comunidad Europea que buscó los mecanismos para financiar y dar alta prioridad a la investigación de garantía de calidad no solo en la industria en general sino en la empresas de salud en particular, tomando como punto prioritario el costo que esa garantía podría significar. El esfuerzo de la Comunidad Europea, pese a que en principio consideraron que la garantía de la calidad era invento de los Estados Unidos dio resultados positivos, no obstante fue necesario introducir aspectos definitivos a medida que avanzaron en el estudio.

Cimentaron los cambios en cinco puntos que con el tiempo fueron derroteros para los demás países: ética, seguridad, eficiencia, sistemas de atención de salud y economía. La parte relacionada con la ética llevo inclusive a que la mayoría de los países, las profesiones de salud incluyeran en sus códigos éticos la obligación de prestar servicios de calidad; además los países que han legislado respecto a la cobertura de la seguridad social de salud, garantizan esta calidad como un propósito claramente definido y la convierten en una característica insustituible.
Es claro que alcanzarla para la mayoría de los países, especialmente los subdesarrollados, implica un extraordinario esfuerzo, sobre todo para la masificación de los servicios a que se ven forzados para la atención, por la fuerza de los sistemas que llevan a asignar grandes volúmenes de pacientes para compensar el precio de la vinculación laboral de los profesionales y otros costos de operación.

Estudios reciente de Moraes Novaes y su grupo demostraron que los 14000 hospitales de los países latinoamericanos y del Caribe, enfrentan grandes retos y están abocados a un sinnúmero de dificultades para llenar los requisitos básicos hacia la calidad, fundamentalmente por razones de tipo económico que han significado que las necesidades primarias no hayan podido satisfacerse, pero especialmente destacan la ausencia de programas educativos tanto como los profesionales de salud como para la comunidad.

Un aspecto digno de tenerse en cuenta en esos países es lo relacionado a los débiles mecanismos de control de calidad, que podrían llevar al traste los nuevos sistemas de atención.

Aun cuando las encuestas de satisfacción pueden aportar un indicio de interesante, quizás elocuente respecto al producto o servicio, la gerencia o administración responsable no debe esperar sistemáticamente a que se lleven a cabo de manera programada, sino adelantarse y en interrogatorio a la mayor cantidad posible de usuarios establecer su grado de conformidad. En el caso de los servicios de salud, además de la opinión del propio cliente la encuesta con la familia y la comunidad, es definitiva para establecer el concepto favorable o desfavorable respecto al servicio o producto suministrados.

Las encuestas programadas deben hacerse de manera sistemática, haciendo saber al cliente o miembro de la comunidad que debe contestarla, que esa actividad se realiza con el único fin de asegurarse de que la calidad continúa y que en caso de descubrirse deterioro se tomaran las observaciones del cliente para corregir de inmediato las fallas detectadas. Como serian contestadas por muchos clientes o usuarios que ya han recibido el servicio, el concepto favorable o desfavorable tiene un gran valor. Pero más importante que llevar a cabo la encuesta, el hacer saber al cliente o usuario que las fallas registradas fueron corregidas de inmediato es de inmenso valor para fortalecer la confianza en la institución

Para la empresa, indudablemente es más productivo asegurarse mediante auditoria del proceso, que se están cumpliendo a cabalidad todas las normas de calidad en formas permanente ya que para esto existe absoluta motivación de los trabajadores que entienden que no puede ser otro el objetivo de su labor individual o colectiva que garantizar el cumplimiento de la calidad por encima de todo. Esta actividad de aseguramiento de la calidad, como ejercicio *a priori* evita malestar del usuario, inconformidad y todo tipo de reclamo.

Se expresó anteriormente que la calidad del producto o servicio no depende exclusivamente del trabajador. Se dijo que la planeación de la empresa, la infraestructura física, el presupuesto, los equipos, en una palabra, las facilidades materiales, sin las cuales nada podría hacer el trabajador son fundamentales. Sin embargo una vez preparada y dotada adecuadamente, el recurso humano es factor definitivo en el proceso.

El recurso humano debe entrenarse sobre:

a) Objetivos generales de la institución o servicio.

b) El compromiso de calidad de la institución.

c) La calidad en servicios específicos.

d) El mejoramiento continúo de la calidad.

Este entrenamiento del recurso humano es pieza fundamental dentro del andamiaje de la calidad y en una institución de salud debe llevarse a cabo con todo el personal que debe compenetrarse de la necesidad de mantenerla y preservarla a toda costa. El entrenamiento debe comenzar por el personal de más bajo nivel, colocado muchas veces en los sitios de ingreso a la institución y por tanto el que proyecta la primera imagen buena o mala, según la forma como se comporte o actúe con el cliente o usuario.

El aseguramiento de calidad es la disposición, engranaje y utilización adecuada de las actividades planificadas, recursos económicos, materiales y humanos, procesos documentaciones, en fin todos los elementos necesarios para que las tareas y operaciones se desarrollen, asegurando calidad en los resultados, minimizando al máximo las fuentes de error.

Si la calidad es el elemento estratégico para mejorar la gestión, satisfacer a los clientes, desarrollar las relaciones entre los trabajadores y preservar el medio ambiente, el aseguramiento es el elemento coordinador de todos los componentes. El programa de aseguramiento no es un control o inspección transitoria, ni representa el ente que lleva a cabo la verificación de procesos, ni es tampoco un organismo que intervienen en decisiones; es una actividad permanente, coherente, organizada que se ocupa de que confluyan todos los componentes en cantidad y con las características ideales para lograr el fin único de la satisfacción del cliente.

Si se trata de establecer las cualidades más importantes el aseguramiento de calidad, se puede decir que:

El aseguramiento de la calidad es un medio para hacer las cosas bien en la primera ocasión; representa un sentido común administrativo; es la responsabilidad de todos desencadena la unión entre los trabajadores y el efecto de la institución, es una óptima ayuda para la productividad." [11]

[11] MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo, Ob. Cit. Pag 1,2,3,

2.1 Dimensiones que conforman la calidad de atención

"La Organización Mundial de la Salud define, la calidad como el alto nivel excelencia profesional y de recursos y un mínimo de riesgos e impacto final para el paciente y un alto grado de satisfacción por parte del paciente.

La calidad en materia de atención de salud tiene dos dimensiones fundaméntales:

a) Primera Dimensión Técnica.- que hace que el diagnóstico sea certero, que el tratamiento sea el correcto, es decir el tratamiento propiamente dicho. La calidad de la atención técnica consiste en la ampliación de la ciencia y la tecnología odontológica de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos.

El grado de calidad es por tanto, la medida en la que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio entre riesgo y beneficio.

b) Segunda Dimensión Impersonal.- es la calidez y los tratos a los pacientes. El manejo de la relación impersonal debe llevar valores y normas socialmente definidos que gobiernen la interacción de los individuos en general, y en situaciones particulares.

Estas normas están reforzadas en parte, por los dictados de ética profesional sobretodo de aquellas que están relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales, ya que el paciente percibe y diferencia cuando existe énfasis marcado en la búsqueda de satisfacción.

El paciente puede estar satisfecho con la atención recibida, aún cuando no siempre podrá juzgar la verdadera efectividad del tratamiento, e incluso la ética del tratamiento al cual fue sometido. De tal forma puede concluirse que la calidad no es un concepto absoluto, sino relativo, cabe resaltar que los pacientes son extremadamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente este elemento al juzgar la calidad de la atención.[12]

[12] CHÁVEZ, Jenny, "Percepción de los usuarios sobre la calidez de la atención odontológica determinada por el grado de satisfacción en el centro de salud No. 1 del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Loja durante el periodo Febrero-Julio de 2006"

2.2 Principales factores que determinan la calidad de los servicios

"Los investigadores Parasuraman, Zeithlan y Barry (1985) han encontrado que en la mayoría de servicios los consumidores utilizan factores similares para evaluar la calidad de los mismos. Estos factores son:

La accesibilidad.- El servicio es fácil de obtener, en lugares accesibles, sin retardo en colas y en horas convenientes.

a) La comunicación.- El servicio es descrito de manera precisa y en términos fáciles de comprender por el consumidor.
b) La cortesía y amabilidad.- El personal es cortés amable, respetuoso y atento.
c) La credibilidad.- La empresa y sus empleados con confiables y quieren realmente ayudar a los clientes.
d) El respeto de normas y plazos.- la prestación del servicio se hace de manera uniforme y precisa.
e) La capacidad de reacción.- El personal reacciona rápidamente y con imaginación a los pedidos de los clientes.
f) La seguridad.- El servicio es efectuado sin peligro, sin riesgo ni duda y respetando la confidencialidad.
g) La tangibilidad.- Los aspectos materiales del servicio (instrumental), tienen un grado adecuado de calidad.
h) La comprensión del cliente.- el personal se esfuerza en comprender a los clientes y lo trata de manera muy personal".[13]

2.3 El Servicio Odontológico

"Es importante que se conozca las técnicas que se pueden aplicar en el Mejoramiento Continuo y la Calidad en la prestación del servicio odontológico

Son cuatro los aspectos en donde se pueden aplicar la Calidad y el Mejoramiento Continuo, ellos son los siguientes:

a) La Actitud
b) Identificando las necesidades.

[13] ARELLANO CUEVA, Rolando, Marketing Enfoque América Latina, Julio 2003,Pag, 520

c) Ocupándose de ellas.
d) Mantenerse vigente.

Se define como Actitud al estado de ánimo manifestado exteriormente y que puede ser influido por sentimientos y por tendencias del pensamiento. Si usted al prestar el servicio tiene el ánimo arriba, si se siente a gusto con lo que hace, si está a gusto consigo mismo, si se entusiasma con su trabajo y si le motiva la idea de ser un profesional excelente en su empresa, transmitirá una actitud positiva al momento de prestar el servicio, si es lo contrario, busque trabajar en una empresa en donde no existan relaciones con personas, porque la profesión odontológica es básicamente una profesión de relaciones interpersonales.

2.4 Análisis del nivel de satisfacción y aceptación del servicio

Luego de haber sido prestado el servicio, la satisfacción de los clientes se reflejará en el tipo de respuesta inmediata y en su actitud respecto a éste. De acuerdo a esto establecerá la repetición del servicio, la recomendación a terceros y así generará preferencia por los beneficios obtenidos a través de la prestación del servicio.

De acuerdo a los resultados del análisis del proceso de adquisición y obtenida la información referente a los niveles de satisfacción es cuando se deberá decidir y disponer lo necesario para la creación de ventajas competitivas y difundirlas con un adecuado proceso de comunicación para el conocimiento del público y éste pueda distinguir y diferenciar el servicio prestado con el de la competencia. El conjunto de esto producirá el fin tan ansiado, que es el posicionamiento.

2.5 Características que debe tener el servicio odontológico

a) Mantener siempre la Calidad de Servicio:

- Control de Calidad
- Constante Capacitación

b) Será producido por el trabajo integrado de un equipo humano capacitado.

c) Proveerá bienestar y satisfacción al paciente.

d) Irá acompañado de una garantía implícita, otorgada por la habilidad y sapiencia del profesional ejecutante y por los servicios posteriores que se dispense hasta alcanzar un grado de satisfacción optima.

e) Se prestará en un ambiente confortable, aséptico, brindado protección al paciente de otras afecciones y donde se recibirá un trato cortes y amable”.[14]

2.6 Cómo conseguir pacientes satisfechos

a) El personal debe llamar por su nombre y tratar de usted a sus pacientes.

b) El personal debe acompañar a cualquier lugar de la clínica al que el paciente se dirija, no basta con decir “la sala de espera está al fondo”.

c) Al finalizar el tratamiento, antes de hablar de dinero, se debe preguntar cómo le ha ido con el tratamiento y si está contento, es importante captar el estado de ánimo del paciente

d) El auxiliar de odontología debe comprender el miedo del paciente y debe intentar disminuirlo, debe sostener su mano, o simplemente coger su hombro, de esta manera el paciente no se sentirá solo.

2.7 Satisfacción de los pacientes en el diseño de la clínica dental

El aspecto físico de la clínica dental es imprescindible para tangibilizar su servicio. La decoración y la estructura de la clínica tienen mucha importancia en la comodidad y la seguridad del paciente” [15]

2.7.1 “Condiciones mínimas de una Clínica

Son aquellas que son imprescindibles, pero no suficientes, es decir son condiciones cuya presencia no aumenta el valor percibido por los pacientes, pero cuya ausencia disminuye el valor percibido. Por ejemplo una condición mínima es la higiene: una clínica no se diferencia de las demás por estar limpia ya que esta condición se da por supuesta en una clínica, pero si no lo está empeorará su condición con respecto a otras.

[14] ://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/tesis/Salud/Corcuera_L_G/marco_teorico.htm

[15] ECHEVERRÍA, José Gabriel. El manual de Odontología, pag. 1561

2.7.1.1 Distribuido, Pasillos

Los pasillos y las salas deben ser amplios y luminosos, si no lo son debe procurarse lograrse con la decoración, ya sea con colores claros, espejos, luces abundantes y plantas.

2.7.1.2 Aseos

Debe realizarse limpieza después de atender un paciente ya que una escupidera sucia, toallas empapadas, marcaran una mala imagen de la clínica. No debe existir diferencia de criterio entre un paciente que es atendido a las nueve de la mañana y otro que llegó a la consulta a las siete de la noche.

2.7.1.3 Sala de Recepción

Hablamos de sala de recepción y no de sala de espera, los pacientes deben ser recibidos en la sala esta es fundamental ya que en esta el paciente se formará una idea lo más clara y posiblemente acertada del profesional. Ninguna otra sala es analizada tan meticulosamente como esta, durante el tiempo que el paciente permanece en ella, está sin hacer nada, ansioso, fijándose en todo y en actitud negativa.

2.8 Sistemas de información de calidad de los servicios

Un sistema de información de calidad de servicios es un proceso de investigación permanente, que proporciona datos relevantes, en forma oportuna, a los administradores quienes los utilizan para tomar decisiones. Concretamente, estos sistemas utilizan las medidas de calidad de los servicios y la satisfacción de los clientes, de la mano de otras medidas que han sido obtenidas en diversos puntos, para evaluar el desempeño global de la empresa. Los componentes de un sistema de información de calidad de servicios son:

a) Informes solicitados con respecto a las quejas de los clientes
b) Encuestas después de las ventas
c) Entrevistas a grupos de enfoque de clientes
d) Resultados de compradores encubiertos

e) Encuestas para empleados
f) Encuestas de calidad de servicios de todo el mercado

En general, los sistemas de información de la calidad de los servicios se concentran en dos tipos de investigaciones: las relativas a los clientes y las que no tienen nada que ver con ellos. Las investigaciones relativas a los clientes estudian las percepciones de estos con respecto a las fortalezas y a las debilidades de la empresa e incluyen medidas como recopilar las quejas de los clientes, las encuestas después de las ventas, las encuestas a grupos de enfoque y las encuestas de calidad de servicios. Por otra parte las investigaciones que no tienen nada que ver con los clientes se concentran en las percepciones de los empleados.

2.9 Fallas de los Servicios

2.9.1 Tipos de Quejas

El diccionario Internacional Webster define queja en estos términos "expresar descontento, insatisfacción, protestas, resentimientos o lamentaciones", quejarse no es lo mismo que criticar. Las quejas expresan la insatisfacción que siente una persona, mientras que las críticas pueden ser una observación objetiva o imparcial, acerca de una persona u objeto. Partiendo de las investigaciones realizadas acerca de la psicología del consumidor las quejas pueden ser o no ser coadyuvantes. Las quejas que coadyuvan son las que se manifiestan con el propósito de modificar un estado de las cosas poco deseable. Por ejemplo quejarse con un camarero de que la carne no está bien cocida, es una queja que ayuda a que el camarero corrija completamente esa situación.

Por otra parte las quejas que no coadyuvan son las que manifestadas sin expectativa de que el estado poco deseable de las cosas se modifique. Por ejemplo las quejas contra el clima, son expresadas sin esperanza real de que las condiciones cambien.

Las quejas también pueden ser clasificadas como ofensivas y reflexivas. Las ofensivas van dirigidas contra algo o alguien que no está dentro del terreno quejoso, mientras que, las reflexivas van dirigidas a algún aspecto interno de lo quejoso. [16]

---

[16] DOUGLASS, John E. G. Bateson. **"**Fundamentos de marketing de servicios: conceptos, estrategias y casos"K . pag 158

2.9.2 Garantía de Calidad

"La planeación de la calidad, se identifica con la misma planeación estratégica de la empresa en la cual los factores de visión, misión, formulación de estrategias, ingeniería de servicios, actividad de implementación, operación y orientación al cliente son pilares básicos.

La visión resulta del estudio y consideraciones sobre pertinencia, oportunidad ventajas, desventajas, localización, viabilidad y posibilidades del programa.

La misión es el objetivo o meta del programa, alrededor del cual debe volcarse todo el esfuerzo de planificación del programa.

La formulación estratégica representa el conjunto de medidas o acciones que permiten el cumplimiento de la misión, dentro de las posibilidades y limitaciones de la empresa.

La ingeniería de servicios es la disposición del recurso humano y las facilidades materiales para el cumplimiento del plan.

La implementación representa el cumplimiento permanente de las normas para el logro de la misión con el mejoramiento continuo en los procedimientos empleados.

La operación es la acción de conjunto de todos los medios al alcance para obtener la meta fijada. La orientación al cliente, representa uno de los aspectos más importantes para lograr el éxito del programa. El cliente debe saber que va a recibir y cómo lo va a recibir. Pero además es importante que el cliente espere el producto o servicio con positividad y motivación suficiente.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE LA OFERTA Y DEMANDA EN SERVICIOS DE SALUD

3.1 Definición de Oferta

"La oferta se entiende como la cantidad de bienes y servicios que una organizaciòn esta dispuesta a vender a un determinado precio del mercado, dados unos precios de insumos y una tecnologia.

El estudio de la oferta busca conocer la composición de los servicos, estructura y capacidad de producción que se dispone en un mercado de referencia. Junto con el conocimiento que se adquiere de ésta, tambien se determinan las condiciones de competividad frente a los demás oferentes.

El análisis de la oferta debe brindar la información de base para llegar a las conclusiones , posteriormente, sobre el tipo de mercado al cual se enfrenta el proveedor de servicios.

El servicio de salud es el producto de un acto aislado o una secuencia de actos, con una duración y localización definida, resulta de la interacción entre diferente tipos de recursos y del usuario. En estos servicos la oferta se determina basándose en las cantidades provistas, es decir, no hay acumulación intertemporal. Su estructura final se configura solamente en el momento en que se lo demandan. Por lo tanto la oferta de servicios de sulud no sólo puede ser entendida como la producción de uno por parte de un grupo de agentes, sino como la interrelación del sistema de salud con el cliente o usuario y una mezcla de productos, servicios e información que da como resultado la satisfacción de las necesidades tanto individuales, como colectivas.

Este tipo de servicio es una actividad intangible, que busca el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo o la prevención de la enfermedad. Adicionalmente pueden incorporarse diferentes combinaciones del producto y servicos dependiendo de las necesidades particulares de cada demandante y las características del sistema del proveedor".[17]

[17] O`MEARA Bautista, Gloria. "Estrategias de Producción y Mercado para Servicios de Salud", Pontifica Universidad Javeriana, 2001., pag 106

“Los aspectos esenciales del servico de salud son:

a) El ser simultáneo, se consume en el mismo momento de su producción.
b) El ser variable, porque depende de la persona que lo proporciona, el lugar donde lo realice y a quien lo está brindando.
c) Usuario como coproductor del servicio, donde se requiere su participación activa, ya que el oferente debe considerar sus necesidades.

A pesar de que los servicios de salud ofrecidos por los diferentes hospitales sean similares en su denominación, sus características intrínsecas no necesariamente son iguales. La oferta de un hospital está determinada tanto por la cantidad ofrecida como por la calidad de estos (Newhouse, 1970). Dado un mercado específico, cuando un hospital toma la decisión de mejorar la calidad de sus servicos , obtiene un posicionamiento dentro de un determinado segmento de mercado, esto a su vez genera que otros hospitales del mismo mercado desplacen su oferta hacia el segmento de servicios de “menor calidad”, ya que dados los limitantes de los precios y capacidades de pago, es imposible conducir a todo el mercado a los mayores estándares de calidad, sin generar costos insostenibles (Phelps 1997).

Cuando en un mercado definido todos los hospitales poseen tecnologías, estándares de calidad similar y están posicionados transversalmente en los msimos segmentos, se presenta una situación de estabilidad, donde no existirán incentivos para los hospitales de entrar o salir del mercado. Un hospital nuevo con características similares generará un exceso de capacidad instalada.

3.2 Proceso de Estimación de la Oferta

Para calcular la oferta dentro de un estudio de mercado se debe partir del objeto de estudio, que puede estar compuesto de análisis de una unidad productiva individual o de un conjunto de unidades productivas, las cuales, a su vez, pueden subdividirse en unidades productivas básicas (cirugía general, pediatria, etc) o de apoyo (lab. Clínico, radiología, etc.).

Una vez definidadas las unidades productivas objeto de estudio, se define el universo de instituciones que disponen de estas en el mercado de referencia.

La capacidad se define como la cantidad de un servico o producto que puede obtenerse en una determinada unidad productiva durante cierto periodo. Esta definida como el volumen y grado de adecuación de los recursos, físicos, humanos, tecnológicos y de investigación. La capacidad marca en gran medida la respuesta de una institución al mercado, el costo de sus estructura, su política de inventarios y el manejo del recurso humano. Por otro lado, condiciona los límites de competitividad; pero su exceso puede llevar a una disminución del precio, mantener personal con poco trabajo y con exceso de inventario. Entonces, el objetivo de medir la capacidad es ejustar los recursos y los insumos a las caracteristicas de la demanda.

Para medir la capacidad instalada en una empresa de producción, en el ámbito industrial, existen varios métodos que en ámbito de la prestación de servicios que por las caracteristicas anotadas se dificultan. Sin embargo, es posible hacer una aproximación que nos permita cuantificar y proyectar la oferta de servicio y de salud. Para esto, se intenta medir (en cantidad y horas utilizadas) la infraestructura física, el recurso humano la tecnología y los insumos necesarios para producir un servicio.

Un aspecto importante en la capacidad instalada se deriva del grado de sustitucion que entre diferentes recursos e insumos puedan darse para la provisión del mismo tipo de servivios. La sustitución, desde el punto de vista económico, refleja la posibilidad de cambiar tecnología por recurso humano o viceversa, con efecto final en la función de costos. La aplicación de este concepto tiene restricciones mayores en cuanto a servicios más especializados. La razón principal es que los de muy alta especialidad son críticamente dependientes tanto de la alta tecnología como de la especialización del recurso humano, y no es factible intercambiar combinaciones diferentes de tecnología y recurso humano para obtener un resultado sin afectar las condiciones de pertinencia y su calidad.

3.3 Demanda Servicios de Salud

3.3.1 Definición

"Cantidades de un bien o servicio que un consumidor puede y está dispuesto (de forma explícita) a adquirir (para cada nivel de precios señalado para el mismo y para unas circunstancias de mercado dadas). En el ámbito sanitario y como criterio de asignación de recursos, representa la expresión de las preferencias de los individuos en forma de su disposición a pagar a cambio de recibir servicios sanitarios y satisfacer así su utilidad individual a través de sistemas de mercado" [18]

3.3.2 Factores que Regulan la Demanda

En general se admite que la demanda depende de:

a) La percepción que las personas tengan de sus necesidades de salud, la seguridad que tiene el usuario que el gasto en salud que realizará le brindará beneficios proporcionalmente mayores a la "inversión" o "gasto" (percepción subjetiva) que efectuará.
b) El precio del bien o servicio
c) El precio de otros bienes complementarios o sustitutivos
d) La renta: flujo de beneficios que recibe un individuo (en forma de salarios, intereses, dividendos u otros ingresos) o rinde anualmente una cosa.
e) Los gustos o hábitos de los individuos.
f) Tiene como juicio de valor la soberanía del consumidor. Como noción económica la eficiencia del consumo. Como objetivo: la maximización de la utilidad individual a través del sistema de mercado.

3.4 Análisis de la Demanda de Servicios

Desde la teoría económica, la demanda señala las cantidades de un bien o servicio que un consumidor estaría dispuesto a adquidir a un determinado precio. Por lo tanto, este implica una relación inversa entre cantidades y precios: a mayor precio menor será la cantidad de demanda. Entonces la demanda por cualquier bien o servicio surge de ingreso que los

[18] www.odontomarketing.com , "Economía de la Salud, La Demanda de servicios", J. Otero.

consumidores tienen disponible para gastar, de los precios que deben pagar y sus deseos, expresados en función de utilidad (Musgrove, 1983), en este sentido la demanda de atención médica tiene diferentes factores que la determinan: sociodemográficos, sociopsicológicos, epidemiológicos y relativos al personal de salud.

La demanda de servicios de salud es consecuencia de un proceso de transformación, desde las necesidades y deseos del consumidor hasta las cantidades específicas de servicios que consumen. En su configuración intervienen no sólo el paciente, si no el proveedor de servicios por lo tanto esta se configura en dos etapas:

a) Una inicial, que parte de la necesidad del usuario y culmina en su consulta al médico o a la institución.
b) Una segunda, definida mediante el proceso de diagnostico, que determina las cantidades de eventos o servicios que la institución debe proveer.

Este proceso que tradicionalmente se ha sustentado en la relación médico-paciente, es afectado por otros condicionantes cuando la provisión de servicios de salud se configura como un sistema en una sociedad determinada. Los tres factores que condicionan principalmente la demanda son:

a) Las caracteristicas y limitantes de la oferta de servicios: la demanda de servicios es restringida a la capacidad instalada de las instituciones. Como consecuencia, las necesidades de los pacientes no se satisfacen o se postergan desde la rigidez de la propia oferta.
b) Los precios: a partir de la relación existente entre la capacidad de pago del usuario y el valor intrínseco en la atención de salud.

A diferencia de otro tipo de servicios, en donde los factores determinantes son las preferencias del consumidor y los precios del mercado, en la constitución de la demanda de servicios de salud dentro de un sistema de seguridad social, el factor más importante es el aseguramiento. El asegurador controla el sistema de precios dentro del marco de regulación dada por el estado y genera sistemas de compra de servicios y de incentivos que finalmente determinan las cantidades consumidads de servicios de salud, el concepto de económico de demanda puede descomponerse en condicionantes de accseso a los servicios.

Esta noción implica una medida económica en la cual las necesidades y deseos de las personas se transforman en cantidades de eventos o servicios.

Por su parte, la unidad de análisis del acceso es la relación entre la población y los servicios, pues describe el proceso por el cual se llega a satisfacer una necesidad de salud. Se puede decir entonces, que aun cuando miden el mismo fenómeno, la primera busca solucionar un problema de maximización de la utilidad o bienestar del consumidor, mientras que la segunda trata dedeterminar las relaciones y flujos dentro del sitema.

El análisis de la demanda está determinado por las siguientes variables (Feldstein, 1987):

a) Demográficas.- cantidad de población sujeta de necesidades de salud, los factores demográficos son determinador por:
b) Composición etárea y de género, que integra demandas de diferentes servicios a travéz del ciclo de vida.
c) Migración, particularmente cuandos se relaciona con externalidades como violencia, desplazamiento, urbanización y oportunidades de empleo.
d) Epidemiológicas.- necesidad de cuidados médicos a partir de patrones particulares de la enfermedad.
e) Condiciones culturales.- expresan la confianza y la posibilidad de satisfacer sus necesidades por parte del servicio

1.5 Proceso de Estimación de la Demanda

La necesidad de servicios de salud sólo puede ser medida a partir de estudios sociodemográficos, en los cuáles puede existir un alto grado de subjetividad. Por su lado el cálculo de la demanda de servicios de salud debe partir de las bases de datos sobre la utilización o demanda atendida.

Dado que este concepto no es un número fijo y que está condicionado por los diferentes aspectos que lo determinan, sino una función de condiciones establecidas (económicas, epidemiológicas, cultutales, entre otras), por lo tanto dinámica, es necesario efectuar a partir del uso de estimaciones el peso relativo de estos factores para poder inferir la demanda disponible en un mercado de referencia o demanda potencial.

La multiplicidad de factores que determinan la demanda, hace de su estimación un proceso inestable y complejo. Este segundo punto requiere una mirada integral de los diferentes factores que la afectan, a fin de buscar la forma más precisa y elaborada para medirla. Como ya se analizó, debemos tener en cuenta tanto la definición de necesidades por parte del personal de salud como los diferentes elementos sociodemográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, y tomar la información de lo que dice, hace y lo que ha hecho el usuario. Para esto se deben considerar los siguientes análisis: indicadores en salud, indicadores sociales, exploración de tendencias, opiniones de la comunidad y de expertos.

Por otra parte, el estudio del tamaño de la población, su distribución, densidad, crecimiento, composición y otras características socioeconómicas son un requisito obligatorio para cualquier cálculo de la demanda. Las fuentes de información de estos indicadores sociales son la edad, sexo, educación vivienda, trabajo y hábitos alimenticios.

Se ha comentado que la enfermedades se reflejan en la demanda de servicios, entonces los indicadores utilizados para medir el estado de salud y enfermedad de una población deben emplearse como parte de la determinación de la demanda. Estos indicadores son el resultado de los datos del análisis de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Dentro de las fuentes de información más utilizadas se encuentran los datos de atenciones hospitalarias por consultas y hospitalizaciones, frecuencias de atenciones, patologías por grupos, protocolos de atención, estudios confiables de morbilidad.

Otra alternativa para el cálculo de la demanda cuando no existen datos sobre utilización o estadísticas de morbilidad y mortalidad es extrapolar tendencias aplicando los datos epidemiologicos de prevalencias o incidencias en una parte de la población del mercado de referencia. Esta aplicación permite valorar el número de personas que pueden requerir los servicos en un periodo deteminado en todo el territorio de estudio. La calidad de la información dependerá de la confiabilidad de las tazas calculadas en la muestra de las poblaciones.

3.6 Metodología

El principal problema del cálculo de la demanda deriva de la dificultad o relativa inutilidad de medir aisladamente las preferencias de los consumidores. Por una parte, el aseguramiento y el factor de la inducción de servicios tienden a ser los mayores determinantes frente a las preferencias del consumidor. Por la otra, existe dificultad para conseguir información periódica y sistemática sobre esas preferencias. De ahí que este

proceso debe partir de la información existente de la demanda atendida y hacer inferencias sobre las características de la demanda potencial.

3.6.1 Recolección de la información básica

3.6.1.1 Primera etapa.- determinación de las caracteristicas demográficas en el mercado de referencia. Estos datos deben proveer la siguiente informacion: tamaño de la población, en la gran mayoría de lugares no se cuenta con demógrafos que puedan estimar la población, por este motivo se recurre a la información de los censos poblacionales. Dos, composición de la población por sexo y grupo de edad, necesario para establecer la relación entre el riesgo a enfermar, el ciclo evolutivo y los requerimientos de salud. Tres, distribución geográfica, permite conocer donde se asienta la población, su agrupación se hace por sectos, sección y manzada, por ser las unidades georeferenciales que más se utilizan en las estadisticas estatales de los censos y el SISBEN. Cuatro indicadores del nivel socio-económico y calidad de vida como son, trabajo, educación, servicos públicos entre otros.

3.6.1.2 Segunda etapa.- cálculo de la demanda atendida a partir de la recolección de las estadisticas de atención: Las estadisticas de morbilidad permiten conocer las patologías de mayor frecuencia en el mercado de referencia estudiado. Estos datos deben ser agrupados por edad y sexo, y posteriormente distribuidos por servicos (ginecoobtetricia, pediatría, cirugía, medicina interna, urgencias, odontología entre otros). Como resultado se obtienen las unidades de atención o patologías de mayor ocurrencia en cada servicio. Las morbilidad viene distribuida por egresos y consultas hospitalarias.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, ya que se recogió información de manera independiente; de acuerdo con su temporalidad, fue longitudinal prospectivo, pues la información se obtuvo durante el desarrollo del estudio; y en relación a su enfoque, de tipo cuantitativo, ya que se utilizó la medición numérica, y frecuencia.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Estuvo conformado por todos los pacientes que acudieron a la Clínica Integral de la Carrera de Odontología desde el 29 de abril de 2010 hasta el 31 de julio de 2010, en número de 384 pacientes que fueron atendidos con los cuales se construyó el perfil epidemiológico.
Para la aplicación de la encuesta sobre nivel de satisfacción se realizó a 376 pacientes, la diferencia se debe a que 8 pacientes fueron menores que acudieron sin su representante por lo tanto fueron excluidos

INSTRUMENTOS:

a) Historias Clínicas Odontológicas archivadas en la Clínica Integral,
b) Formato de Encuesta.

TÉCNICAS y METODOS

Para lograr la construcción del Perfil Epidemiológico realizamos la revisión de las Historias Clínicas y recopilación de datos de los pacientes atendidos llenadas por los estudiantes de VI, VIII y X módulos de la carrera, se dividió a esta población por sexo y rangos de edad de la siguiente manera:

3 a 13 años	14 a 24 años	25 a 35 años
36 a 46 años	47-57 años	58 en adelante

Se tomaron en cuenta patologías de tejidos blandos, de tejidos duros y factores predisponentes para la aparición de periodontopatias, que según la OMS son los principales indicadores para un perfil epidemiológico odontológico.

Las patologías de tejidos blandos que se consideraron fueron:

a) **De encía:** gingivitis, periodontitis, estomatitis, ulceraciones
b) **De lengua**: geográfica, fisurada, macroglosia
c) **De Labios**: queilitis angular

Las patologías de tejidos duros considerados para el perfil fueron

a) **De dientes**: caries, mal formaciones dentarias, mal posiciones dentarias, desgastes, patología pulpar
b) **De paladar**: torus palatino
c) **De oclusión**: mal oclusiones
d) **De ATM:** disfunción articular, desviación articular, chasquidos ó crujidos y salto articular

Y entre los factores predisponentes para el aparecimiento de periodontopatias:

a) Placa bacteriana
b) Calculo,
c) materia alba
d) Lengua saburral.

Posteriormente se aplicó la encuesta a cada uno de los pacientes para evaluar los niveles de satisfacción como usuarios en cuanto a: **Calidez y Calidad de atención**

a) Para la calidez se tomo en cuenta: amabilidad y cortesía, explicación del procedimiento, comunicación y confianza que fueron valoradas con la siguiente escala: excelente, bueno, regular y malo.
b) Para la calidad se consideró: tiempo de espera (Excelente de 1-5mim; bueno 6-10 min regular 11-20 min malo más de 20 min), solución del problema, duración del tratamiento, presentación y bioseguridad, condición de la infraestructura y percepción de la calidad del tratamiento, valoradas igualmente con la misma escala.

La tabulación de resultados se lo realizo por medio de tablas en Excel con su respectivo análisis.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTNES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA INTEGRAL DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PATOLOGÍAS DE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS		HOMBRES Y MUJERES	%
DIENTES Y ENCÍA	Caries	381	99
	Mal posición Dentaria	285	74
	Disfunción Articular	262	68
	Desgastes	212	55
	Gingivitis	205	53
	Patología Pulpar	199	52
	Malas Oclusiones	142	37
FACTORES PRESDISPONENTES		**HOMBRES Y MUJERES TOTAL (f)**	%
	Placa Bacteriana	372	97
	Materia Alba	325	85
	Cálculo	180	47

Fuente: Historia Clínica de la "Clínica Odontológica Integral" de la UNL

Autor: María José Córdova López

ANALISIS

Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) y los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres, ha afirmado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al anunciar las conclusiones del informe mundial sobre salud bucodental, ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental.

Los resultados de este cuadro corroboran la afirmación de la OMS, el 99% de los pacientes estudiados sufren de caries dental, de igual manera las periodontopatias, pues el 53% de pacientes ya la presentaron como gingivitis mientras que el resto está en riesgo de tener enfermedad periodontal debido a los factores predisponentes (Placa Bacteriana 97%, Calculo 47%).

CUADRO No. 2

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Sex	**Rango de Edad**	3-13 años		14-24 años		25-35 años		36-46 años		47-57 años		58 mas		TOTAL	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
HOMBRES		88	54	32	35	18	35	10	21	9	29	-	-	170	44
MUJERES		74	46	59	65	34	65	38	79	22	71	-	-	214	56
TOTAL		162	100	91	100	52	100	48	100	31	100	-	-	384	100

Fuente: Historia Clínica de la "Clínica Odontológica Integral" de la UNL

Autor: María José Córdova López

ANÁLISIS

En la población de estudio, predomina el sexo femenino con 214 pacientes que representa el 56% mientras el sexo masculino fue de 170 pacientes ó el 44%.

En los intervalos de edad igualmente hay un predominio de mujeres en todos a excepción del primer intervalo donde predominan los varones, es notorio también que este primer rango de 3 a 13 años es el más numeroso debido a que en este periodo se desarrollo la clínica de odontopediatria que le corresponde a VI modulo.

Cuadro No. 3

Perfil Epidemiológico de los Pacientes en la edad de 3-13 Años.

PATOLOGIAS DE TEJIDOS DUROS		HOMBRES	%	MUJERES	%
Dientes	Caries Mal posición Dentaria Patología Pulpar Mal formación dentaria	87 48 45 5	99 55 51 6	74 30 43 1	100 41 58 1
De Oclusión	Malas Oclusiones	15	17	16	22
ATM	Disfunción Articular Desviación Articular Chasquidos	4 1 2	5 1 2	6 2 0	8 3 0
PATOLOGIAS TEJIDOS BLANDOS		HOMBRES	%	MUJERES	%
Encía	Gingivitis Ulcerada	12 0	14 0	12 1	16 1
Lengua	Glositis Migratoria Geográfica	1 1	1 1	0 0	0 0
Labios	Queilitis Angular	2	2	1	1
FACTORES PRESDISPONENTES		HOMBRES	%	MUJERES	%
	Placa Bacteriana Materia Alba Cálculo Lengua Saburral	88 85 5 19	100 97 6 22	74 66 2 13	100 89 3 18

Fuente: Historia Clínica de la "Clínica Odontológica Integral" de la UNL

Autor: María José Córdova López

ANÁLISIS

En los niños de 3 a 13 años observados, después de la caries dental (100%) presentan patologías pulpares (58%) que son una la consecuencias de un proceso carioso agudo sin tratamiento, seguido de mal posiciones dentarias, (41%) que podrían atribuirse a factores nutricionales, hereditarios y físicos.

Los factores de riesgo para enfermedad Periodontal e inclusive caries como son placa bacteriana se encontraron en el 100% de los niños tanto varones como mujeres, y materia alba 97% y 89% en hombres y mujeres respectivamente. Considerando la importancia que tiene la promoción de la salud bucodental junto con técnicas preventivas y educativas, las que deben estar apoyadas por una dieta adecuada y balanceada y buenos hábitos de higiene bucodental, se ha visto desde siempre la necesidad de trabajar en el reconocimiento y fortalecimiento de la salud integral en la que debe estar implícita la generación de conciencia por parte de todos en relación a la salud bucodental, esto con el propósito que las enfermedades ya presentes se desarrollen a tal punto de ser irreversibles y aquellas que están en riesgo de presentarse se desarrollen.

Cuadro No. 4

Perfil Epidemiológico de los Pacientes de la edad de 14-24 Años.

PATOLOGIAS DE TEJIDOS DUROS		HOMBRES	%	MUJERES	%
Dientes	Caries Mal posición Dentaria Desgastes Patología Pulpar Mal formación dentaria	32 24 25 15 1	100 75 78 47 3	59 46 17 41 -	100 78 29 69 -
De Oclusión	Malas Oclusiones	12	41	22	41
ATM	Disfunción Articular Desviación Articular Chasquidos	25 2 8	86 7 28	43 8 11	73 14 19
PALADAR	Torus Palatino	-	-	1	2
PATOLOGIAS DE TEJIDOS BLANDOS		HOMBRES	%	MUJERES	%
Encía	Gingivitis Periodontitis	24 1	75 3	45 2	76 3
Lengua	Fisurada	1	3	0	0
FACTORES PREDISPONENTES		HOMBRES	%	MUJERES	%
	Placa Bacteriana Materia Alba Cálculo Lengua Saburral	32 27 21 7	100 84 66 22	68 33 42 9	100 56 71 15

Fuente: Historia Clínica de la "Clínica Odontológica Integral" de la UNL

Autor: María José Córdova López

ANALISIS

"La caries dental, al igual que la enfermedad periodontal, constituye el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo y afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza. " [19]De hecho, la alta incidencia de caries, la cual perjudica la mayoría de la población mundial, es la principal causa de la perdida de dientes, es así que en este rango de edad la Caries dental prevalece en el 100% de pacientes, y la pérdida de dientes va de la mano de esta patología debido a procesos cariosos no tratados a tiempo, y algunas de las consecuencias son los traumas oclusales, disfunción de la ATM, problemas digestivos debido a una deficiente masticación, etc.

La OMS afirma que entre los adultos jóvenes son comunes las periodontopatías en sus fases iníciales. Entre el 5% y el 15% de la mayoría de los grupos de población sufre periodontitis grave, lo cual o no coincide con nuestro estudio el cual arroja un índice de prevalencia en nuestros pacientes de hasta el 45% periodontopatias en fases iníciales (Gingivitis), mientras que ya estado avanzado (Periodontitis) encontramos una prevalencia del 3%.

Existen factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad periodontal los cuales se deben identificar antes de que la enfermedad comience, para así prevenir o al menos disminuir sus efectos. El termino riesgo a la enfermedad debe ser usado para indicar la predisposición a las periodontopatias, dentro de ellas resaltamos la placa bacteriana que en este rango de edad se presento en el 100% de pacientes, el cálculo se presentó en el 66% de hombres y en el 42% de pacientes del sexo femenino, con lo cual queda evidenciado que los pacientes estudiados se encuentran en una alta predisposición a padecer enfermedades de tejidos blandos.

[19] IRIGOYEN Martha, ZEPEDA Alejandro, SÁNCHEZ Lucía." Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México". Revista ADM 2001

Cuadro No.5

Perfil Epidemiológico de los Pacientes de la edad de 25-35 Años.

PATOLOGIAS DE TEJIDOS DUROS		HOMBRES	%	MUJERES	%
Dientes	Caries Mal posición Dentaria Desgastes Patología Pulpar Mal formación dentaria	18 9 12 -	100 50 67 -	34 7 19 1	100 21 56 3
De Oclusión	Malas Oclusiones	9	50	13	38
ATM	Disfunción Articular Desviación Articular Chasquidos	19 0 4	100 0 22	39 0 0	100 0 0
PATOLOGIAS DE TEJIDOS BLANDOS		HOMBRES	%	MUJERES	%
Encía	Gingivitis Periodontitis Estomatitis	13 1 -	72 6 -	32 7 1	94 27 3
Lengua	Fisurada	-	-	1	3
FACTORES PREDISPONENTES		HOMBRES	%	MUJERES	%
	Placa Bacteriana Materia Alba Cálculo Lengua Saburral	18 12 15 4	100 67 83 22	34 17 27 6	100 56 79 18

Fuente: Historia Clínica de la "Clínica Odontológica Integral" de la UNL

Autor: María José Córdova López

ANALISIS

Las enfermedades de la pulpa prevalecen en un alto índice en la población estudiada, esto se explica por la estrecha relación que existe entre la caries dental y la enfermedad pulpar. Sabemos que es muy común que las enfermedades pulpares se den principalmente como consecuencia de una caries dental profunda que no fue tratada a tiempo y que ha llegado a afectar la cámara pulpar, en este estudio se evidencia el alto índice de prevalencia de patologías de la pulpa mismas que afectan al 56% de mujeres y al 67% de hombres. La caries dental es un proceso que puede evolucionar y ocasionar la pérdida dental si no se atiende con oportunidad. Jun y colaboradores, en Japón, notificaron que en pacientes de 15 a 25 años 43.3% presentó pérdida dental por razones de caries. La pérdida de una o más piezas dentarias causa una posible desorganización de la conformación de las arcadas dentarias, con posibles consecuencias locales como puede ser la separación de piezas dentarias, ello implica mayor retención de alimentos, más formación de placa y por tanto más posibilidad de caries y enfermedad periodontal, y consecuencias a distancia, las más frecuentes son los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).

Cuadro No.6

Perfil Epidemiológico de los Pacientes Comprendidos entre los 36-46Años

PATOLOGIAS DE TEJIDOS DUROS		HOMBRES	%	MUJERES	%
Dientes	Caries	10	100	38	100
	Mal posición Dentaria	8	80	17	55
	Desgastes	10	100	19	56
	Patología Pulpar	6	60	30	79
	Mal formación dentaria	1	10	0	0
De Oclusión	Malas Oclusiones	5	50	21	55
ATM	Disfunción Articular	15	83	42	87
	Desviación Articular	4	22	2	4
	Chasquidos	1	6	9	19
	Salto	0	0	1	3
PATOLOGIAS DE TEJIDOS BLANDOS		HOMBRES	%	MUJERES	%
Encía	Gingivitis	7	70	20	53
	Periodontitis	4	40	6	16
	Estomatitis	0	0	1	3
Lengua	Fisurada	3	30	0	0
FACTORES PREDISPONENTES		HOMBRES	%	MUJERES	%
	Placa Bacteriana	10	100	38	100
	Materia Alba	8	80	32	84
	Cálculo	9	90	30	79
	Lengua Saburral	4	40	13	34

Fuente: Historia Clínica de la "Clínica Odontológica Integral" de la UNL

Autor: María José Córdova López

ANALISIS

La literatura señala que las maloclusiones ocupan el tercer lugar en prevalencia de patologías orales. En este rango de edad, hasta el 55% de mujeres y el 50% de hombres presentan algún tipo de maloclusión, porcentajes que están por debajo de lo que afirma la literatura. En tal sentido, en la actualidad las estadísticas a nivel mundial hablan de altos índices de mala oclusión en la sociedad actúa, en los Estados Unidos entre un 40% y un 60 % de los adolescentes presentan claros signos de mala oclusión, siendo candidatos a tratamiento. Por consiguiente, se puede decir, que la mala oclusión tiene características de epidemia de los tiempos modernos.

La disfunción de la ATM es sufrida por un tanto por ciento muy elevado de la población, alrededor del 80%, siendo la edad media de 34 años y en proporción de tres mujeres por cada hombre según lo aseverado por el Dr. José Larena-Avellaneda Mesa, los datos obtenidos en esta investigación coinciden con lo mencionado por el Dr. Avellaneda ya que en este rango de edad tenemos que el 83% de varones presentan este síndrome y el 87% de mujeres también muestran síntomas de esta patología. Dentro de las principales causas para la aparición y desarrollo de esta patología están los traumas oclusales, contactos prematuros y mal oclusiones.

Cuadro No.7

Perfil Epidemiológico de los Pacientes Comprendidos entre los 47-57Años

PATOLOGIAS		HOMBRES	%	MUJERES	%
Dientes	Caries	9	100	22	100
	Mal posición Dentaria	7	78	10	45
	Desgastes	7	78	22	100
	Patología Pulpar	5	56	11	55
	Mal formación dentaria	0	0	0	0
De Oclusión	Malas Oclusiones	5	56	13	59
ATM	Disfunción Articular	11	100	36	100
	Desviación Articular	2	22	4	18
	Chasquidos	2	22	2	9
	Deflexión	0	0	1	3
		1	11	0	0
PATOLOGIAS		HOMBRES	%	MUJERES	%
Encía	Gingivitis	7	78	18	82
	Periodontitis	6	67	9	41
	Estomatitis	0	0	1	5
Lengua	Fisurada	1	11	4	18
	Macroglosia	0	0	1	5
FACTORES PREDISPONENTES		HOMBRES	%	MUJERES	%
	Placa Bacteriana	9	100	22	100
	Materia Alba	7	22	10	45
	Cálculo	8	89	22	100
	Lengua Saburral	1	11	-	-

Fuente: Historia Clínica de la "Clínica Odontológica Integral" de la UNL

Autor: María José Córdova López

ANALISIS

Según la OMS las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 5%-20% de los adultos de edad madura; esta enfermedad periodontal se presenta ya en avanzado desarrollo, es así que en esta edad encontramos un alto porcentaje de periodontitis con el 67% de la población del sexo masculino y el 41% de la femenina, a diferencia de los otros rangos de edad estudiados en donde tenía mayor prevalencia la gingivitis, considerada un estado inicial de la enfermedad periodontal.

A pesar de que la salud oral del paciente adulto mayor está determinada por diversos factores tanto propios como ambientales, es un útil indicador de los cuidados odontológicos recibidos por el paciente durante toda su vida, al respecto, hoy se sabe que en un alto porcentaje, de esta población presenta condiciones de salud oral bastante precarias, reflejadas en el hecho de que la condición de mayor prevalencia es la ausencia de todos los dientes o edentulismo total, esto debido a que durante toda su vida no tuvieron una educación en higiene buco-dental adecuada para prevenir o detener el desarrollo de las patologías orales.

Cabe destacar que la caries es la primera causa de pérdida dentaria y que en el caso de los pacientes adultos mayores su ubicación es predominantemente a nivel radicular.

NIVELES DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

CUADRO No. 8

CALIDEZ EN LA ATENCION

PARAMETROS EVALUADOS	ESCALA	EXCELENTE		BUENO		REGULAR		MALO	
		F	%	F	%	F	%	F	%
AMABILIDAD Y CORTESIA		289	77	86	23	1	0	0	0
EXPLICACION DEL PROCEDIMIENTO		355	94	13	4	8	2	0	0
COMUNICACIÓN Y CONFIANZA		367	98	3	1	6	1	0	0

Fuente: Encuesta realizada por la autora para determinar los niveles de satisfacción de los pacientes.

Autor: María José Córdova López

ANALISIS

Los pacientes encuestados (376) que acudieron a nuestra clínica corresponden en un 64% al sexo femenino y un 36% al sexo masculino. En su mayoría provienen del sector urbano con un 79%, sobre el 20% perteneciente a sectores rurales, ellos supieron de su existencia gracias a recomendaciones en un 43%, y al contacto del estudiante en un 45%, la ubicación de la Clínica, está considerada como buena, a pesar de que no está en una avenida y sea fácil su acceso; la razón que podría explicar éste resultado puede ser debido a que los pacientes acuden a la Clínica ya son previamente orientados por la (s) personas que les recomendaron.

El paciente que recibe un trato cálido y amable se siente satisfecho con la atención recibida, aún cuando no siempre podrá juzgar la verdadera efectividad del tratamiento, la evaluación y el mejoramiento de los servicios de salud implican un proceso de identificación y satisfacción de las expectativas de los usuarios. Es por ello que la satisfacción dependerá sobre todo, de la información o expectativas que tenga el usuario acerca de la prestación del servicio.

DIMATTEO ROBIN (1996), señaló que sabiendo los elementos que afectan al paciente, el odontólogo podría mejorar sus relaciones con éste. Los resultados de su estudio arrojaron que los pacientes consideran muy importante la conducta y ética del dentista, diagnostico y tratamiento efectivo, la comunicación del dentista con sus pacientes; y en menor grado de importancia, la tecnología, experiencia del dentista y su habilidad para cooperar con otros profesionales de la salud. La Amabilidad y Cortesía, se califico en un 77% como excelente, con lo cual se constata que el trato de los estudiantes para con los pacientes, es muy bueno. El 94% de encuestados se consideran satisfechos en cuanto a la explicación del proceso, es decir los estudiantes al hacer el diagnostico, y el tratamiento explican al paciente de que se trata y el porqué es necesario realizar dicho procedimiento, el 98% califico como excelente la comunicación y la confianza con el operador, esto se relaciona con la explicación del proceso antes mencionado, ya que ellos sienten que son incluidos en la toma de decisiones antes y durante el tratamiento odontológico que reciben, al saber que se les está realizando, se sienten seguros y satisfechos.

CUADRO No. 9

CALIDAD EN LA ATENCION

PARAMETROS EVALUADOS	ESCALA	EXCELENTE		BUENO		REGULAR		MALO	
		F	%	F	%	F	%	F	%
TIEMPO DE ESPERA		200	53	125	33	43	12	-	-
SOLUCION DEL PROBLEMA		344	91	25	7	7	2	-	-
DURACION DEL TRATAMIENTO		263	70	31	8	69	18	-	-
PRESENTACION DEL ESTUDIANTE		369	98	7	2	-	-	-	-
BIOSEGURIDAD		346	92	29	8	-	-	-	-
CONDICION DE LA INFRAESTRUCTURA		86	23	210	56	60	16	20	5
PERCEPCION DE CALIDAD DEL TRATAMIENTO		197	51	160	42	11	4	1	0

Fuente: Encuesta realizada por la autora para determinar los niveles de satisfacción de los pacientes.

Autor: María José Córdova López

ANALISIS

La evaluación de la calidad, es uno de los factores que conducen a la Garantía de Calidad, mide no solo el impacto sino el desenvolvimiento de la prestación de servicios odontológicos. Como percibe el usuario la calidad de la atención recibida depende fundamentalmente de la diferencia entre lo que espera (expectativas) y lo que percibe (percepción de resultados reales), en esta investigación los usuarios se encuentra satisfechos con la calidad del tratamiento que recibieron pues el 51% la calificaron como excelente, es decir nuestros pacientes sienten que sus expectativas fueron cumplidas.

TOLEDANO (1992), realizó un estudio sobre el empleo del color ambiental en el ejercicio de la odontología, encontró que la ambientación del consultorio, es la que necesita potenciarse para una mayor satisfacción del usuario, en este estudio el 56% calificó de buenas nuestras instalaciones. El aspecto físico de la clínica dental es imprescindible para tangibilizar el servicio, la estructura de la clínica tiene mucha importancia en la comodidad y la seguridad del paciente.

GERBERT y BARBARA **(**1994), enviaron paquetes con cuestionarios para pacientes a diferentes dentistas, los que fueron posteriormente retornados.
Se encontró que los pacientes estaban contentos con sus dentistas, debido a la relación positiva entre el dentista y su paciente. También dieron importancia a los métodos de esterilización, uso de guantes, mascarillas y lentes protectores , es este estudio la presentación personal del estudiante también fue muy bien calificada con el 98% de usuarios que consideran que fue la adecuada, la bioseguridad en lo que respecta a la esterilización del instrumental, también fue observada por los pacientes y calificada como excelente por el 92% de la población estudiada. La solución al problema dental por el que acudieron los usuarios fue cumplido en un 91%,

CUADRO No. 10

INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE SATISFACCION SOBRE LA AFLUENCIA DE PACIENTES

Recomendaría a otras personas para que acudan a la clínica?	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE
SI	353	94%
NO	12	3%
No contestaron	11	3%

Fuente: Encuesta realizada por la autora para determinar los niveles de satisfacción de los pacientes.

Autor: María José Córdova López

ANALISIS

El 94% de usuarios encuestados, respondieron que recomiendan y recomendarían a otras personas para que acudan a nuestra consulta, aunque esto en la práctica no es reflejado, debido a que la demanda espontanea de pacientes es bastante escasa en la clínica integral de la carrera de odontología.

DISCUCIÓN DE RESULTADOS

"Numerosos investigadores han propuesto diversas teorías sobre el origen de la caries dental; uno de los trabajos más importantes es el de Miller (1882). La caries dental puede definirse desde el punto de vista epidemiológico como una enfermedad que aparece en la infancia con el brote de los dientes. Su mayor incidencia es de 5 a 12 años de edad; su mayor prevalencia es en el adulto joven (18 a 25 años de edad). Cuando la caries dental no se trata con medios preventivos y curativos sigue propagándose, causando gran pérdida de dientes en el adulto joven. La caries dental es causa del desdentamiento total o parcial en las poblaciones, su etiología es multifactorial y, su infección y actividad se establecen mucho antes de que aparezca la cavidad."[20] En esta investigación encontramos que la prevalencia de caries está presente en todos los rangos de edad con el 100% de la población de estudio, esto lo relacionamos con la precaria higiene buco-dental de los pacientes reflejada en los altos índices de placa bacteriana.

Existen factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad periodontal los cuales se deben identificar antes de que la enfermedad comience, para así prevenir o al menos disminuir sus efectos. El termino riesgo a la enfermedad debe ser usado para indicar la predisposición a las periodontopatias, dentro de ellas resaltamos la placa bacteriana que se presento en él 97% de pacientes, la materia alba se hallo en el 85% de la población, y el cálculo se presentó en el 47%, con lo cual queda evidenciado que los pacientes estudiados se encuentran en una alta predisposición a padecer enfermedades de tejidos blandos.

El autor Avellaneda Mesa resume en una de sus publicaciones los disturbios de la ATM, el autor menciona que las afecciones de la articulación la padece un porcentaje elevado de la población (80 %), con una proporción de tres mujeres por cada hombre, lo cual coincide con los resultados obtenidos en esta investigación ya que en todos los intervalos de edad se observó una mayor prevalencia de esta patología en sexo femenino

---

[20] RODRÍGUEZ LORENZO, Elena, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana , Facultad de Estomatología , Comportamiento de la Caries Dental en Escolares. Clínica estomatológica "Hermanos Gómez". 1994-2000.

sobre el masculino. En toda la población estudiada hallamos una prevalencia del 68% de esta enfermedad, misma que ocupa el tercer lugar de las principales patologías de nuestros pacientes.

Las enfermedades de la pulpa prevalecen en un alto índice en la población estudiada, esto se explica por la estrecha relación que existe entre la caries dental y la enfermedad pulpar. Sabemos que es muy común que las enfermedades pulpares se den principalmente como consecuencia de una caries dental profunda que no fue tratada a tiempo y que ha llegado a afectar la cámara pulpar, en este estudio se evidencia el alto índice de prevalencia de patologías de la pulpa mismas que afectan al 52% de los usuarios.

Voelker Alan (1988), encontró que el público desea calidad, seguridad y satisfacción en el tratamiento odontológico, así como la actitud de entrega en el cuidado del trabajo efectuado por el dentista., según el resultado de las encuestas, se observó que los pacientes se sienten satisfechos con la atención del operador (51%), ya que calificaron de Excelente el tratamiento recibido, la calidez también fue evaluada como excelente en todos los parámetros establecidos para determinar el fin.

CONCLUSIONES

1. Fue posible la construcción del perfil epidemiológico las patologías de mayor prevalencia : en los tejidos duros, Caries Dental (99%), Mal Posición Dentaria (74%), Desgastes (55%), Patología Pulpar (52%), Mal Oclusiones(57%) , Disfunción de la ATM (68%); en los tejidos blandos se encontró, Gingivitis (53%), en los factores predisponentes para presentar enfermedad encontramos; Placa Bacteriana (97%), Materia Alba (85%), y Calculo (47%)

2. Las respuestas obtenidas en este estudio muestran que los servicios odontológicos fueron calificados de acuerdo a los pacientes como excelentes tanto en calidad como en calidez. Sin embargo tenemos claro que algunas de las respuestas obtenidas del presente estudio pudieron estar influenciadas muchos de los usuarios que acudieron a la clínica son familiares, amigos o conocidos de los estudiantes y pensaban que las respuestas en la encuesta influirían en la calificación del estudiante.

3. 94% de Pacientes encuestados respondió que recomendaría y ha recomendado a otras personas para que asistan a nuestra clínica, por sentirse satisfechos con la atención recibida y la calidad de nuestros tratamientos, con lo que podemos concluir que Nuestros Niveles de Satisfacción influyen directamente en la demanda y afluencia de pacientes a nuestra clínica. Aunque en la actualidad esto no se refleja ya que son pocos los pacientes que acuden de manera espontanea.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los ya expuestos resultados del Perfil epidemiológico de nuestros pacientes ahora contamos con el reto de ajustarnos a las necesidades epidemiológicas de los pacientes por lo que se recomienda que:

- La exigencia de atención a pacientes que acuden sin previa cita sea respetada, sin dar la oportunidad de que el estudiante atienda a un paciente suyo, aunque no exista demanda alguna, puesto que esto ocasiona que haya desorden y mala voluntad para atender a pacientes de demanda espontánea.
- Adecuar Bienestar Estudiantil para que los pacientes demanda espontanea sean atendidos en estas instalaciones, realizando turnos de atención para cada estudiante a los que se les tomará asistencia obligatoria en los horarios que se establezcan.
- Por convenios con entidades privadas crear una señalización adecuada tanto internas y externas que auspicien la clínica.
- Basándose en los convenios entre la Clínica Odontológica Integral de la UNL, y el Hospital Universitario de Motupe y Bienestar Estudiantil de la Argelia, realizar diagnósticos y emergencias odontológicas para luego en vista de que ciertos tratamientos como endodoncia no se realizan en dichos centros, derivarlos hacia un tratamiento más específico en nuestra clínica.
- Realizar publicidad mediante volantes, cartillas a las personas que están en nuestra Clínica y a los que viven a los alrededores de dicha institución.
- Invitar canales de televisión a conocer Clínicas para promocionarla.
- Publicitar un convenio con el Ministerio de Salud; consistiría en derivar a los pacientes de dicha institución a nuestra clínica, en caso de no poder concluirles algún tratamiento.
- Programar charla de higiene bucal y promocional para los pacientes en la Clínica, esto podría delegarse a los mismos estudiantes para que realicen dichas charlas en nuestra sala de espera en horarios específicos.

De acuerdo a los resultados, los pacientes consideran buena a la atención brindada por el personal administrativo, operador y buena la calidad del producto; nuestro objetivo será mejorar aun más para llegar a brindar una atención excelente.

Podremos lograrlo con las siguientes recomendaciones:

- Colocación de 1 buzón de sugerencias.
- Uniformar al personal administrativo, a los docentes y alumnos (operador) para que exista un orden y sea más fácil que el paciente se oriente.
- Acondicionar la sala de espera con televisores, en los que se pasaría películas adecuadas sobre motivación en higiene y cuidados dentales a los pacientes

BIBLIOGRAFÍA:

1. ***COBRA, Marcos y Warg Z*: Marketing de Servicios. Conceptos y estrategias. Edit. Mac Graw Hill. Colombia. 1992.**
2. ***STANTON, William J. y otros*: Fundamentos del Marketing. Edit. Mc Graw Hill. México. 1996.**
3. ***STANTON, William J. y otros*: Fundamentos de la Mercadotecnia. Edit. Mc Graw Hill.** México. 1985.
4. **ARELLANO Cueva, Rolando**, Marketing Enfoque América Latina, Julio 2003
5. **Kenneth W. Aschheim**, ODONTOLOGÍA ESTÉTICA
6. **O`MEARA**, Gloria. "Estrategias de Producción y Mercado para Servicios de Salud", Pontifica Universidad Javeriana, 2001
7. **MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo**, "Garantía de Calidad en Salud", Segunda Edición, Editorial Médica Internacional Ltda. 2006.
8. **MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo**, "Administración Hospitalaria", 3era Edición, 2008, Ed. Médica Panamericana.
9. **LINDHE**, Jan. "Periodontología Clínica e Implantología Odontológica", Ed, Médica Panamericana 2005
10. **HERNÁNDEZ, Sampieri, R**; Fernández Collado, C y Baptista Lucio, P (2004).
11. **ECHEVERÍA GARCÍA, José Javier y BLANCO CARRIÓN**, Juan. "Manual de Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes", Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2005
12. **LÓPEZ SÁNCHEZ, Antonio; GONZÁLEZ ROMERO**, Elena A. "Conceptos básicos de odontoestomatología para el médico de atención primaria", Elsevier España, 2001
13. **CANALDA SAHLI, Carlos , BRAU AGUADÉ, Esteban**, "Endodoncia Tècnicas clínicas y Bases Científicas", Editorial Masson, , Madrid, 2005
14. **MC GRAW, Hill, "**Metodología de la Investigación**".** México: Editorial., 2004
15. **CUENCA SALA, Emily; BACA GARCÍA, Pilar**, "Odontología preventiva y comunitaria", Elsevier España, 2005

TESIS

16. **CHÁVEZ**, **Jenny** "Percepción de los usuarios sobre la calidez de la atención odontológica determinada por el grado de satisfacción en el centro de salud No. 1 del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Loja durante el periodo Febrero-Julio de 2006

PÁGINAS WEB

17. /www.intramed.net/UserFiles/archivos/gestion%281%29.pdf
18. http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/2002_n20/satis_usuar.htm
19. http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/1/medicion_satisfaccion_usuarios_servicios_salud.asp

ANEXOS

ANEXO No. 1: Encuesta para determinar los Niveles de Satisfacción de los pacientes de la Clínica Odontológica Integral de la UNL

"Universidad Nacional de Loja"

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Buenos días/tardes, le solicito comedidamente, me brinde un minuto de su tiempo para contestar las siguientes preguntas, encaminadas a evaluar la calidad y calidez de nuestros servicios odontológicos.

1. Sexo

Femenino ( ) Masculino ( )

2. De qué parroquia proviene?

Rural ( ) Urbana ( )

3. Cómo se entero de la existencia de la Clínica Odontológica de la UNL?

a. Por recomendación.

b. Un estudiante le comentó

c. Por medios de Comunicación

d. otras……

4. Acude Ud. De manera espontánea a nuestra clínica?

a) Demanda espontánea

b) Un estudiante lo convocó

5. A su parecer la ubicación de la Clínica es:

a) Adecuada

b) Inadecuada

6. El tiempo que tuvo que esperar para ser atendido fue:

a. Excelente (1-5mim)

b. Bueno (6-10 min)

c. Regular (11-20 min o más)

7. La amabilidad y cortesía de quien le atendió fue:

a. Excelente.

b. Buena.

c. Regular.

d. Mala.

8. La solución que le dieron al tratamiento por el que vino a la Clínica fue:

a) Excelente

b) Buena

c) Regular

d) Mala

9. La explicación del procedimiento del tratamiento que le realizaron fue:

a) Excelente

b) Buena

c) Regular

d) Mala

10. La comunicación y confianza del estudiante que le atendió fue:

a) Excelente

b) Buena

c) Regular

d) Mala

11. El cumplimiento del tiempo que le indicaron que demoraría su tratamiento odontológico fue cumplido de manera:

a) Excelente

b) Buena

c) Regular

d) Mala

12. La presentación del estudiante que le atendió fue:

a) Excelente

b) Buena

c) Regular

d) Mala

13. La bioseguridad del instrumental con el que le atendieron fue:

a) Excelente

b) Buena

c) Regular

d) Mala

14. En qué condiciones considera ud. Que se encuentran nuestras instalaciones?

a. Excelente.

b. Buena.

c. Regular.

d. Mala

15. A su criterio la calidad del tratamiento que recibió en la Clínica fue:

a. Excelente.

b. Buena.

c. Regular.

d. Mala.

16 .De acuerdo a su experiencia recomendaría ud. a otras personas que acudan a nuestra Clínica?

Si ( ) No ( )

ANEXO No. 2: Fotografías de la Sala de Espera de la Clínica Integral de la Carrera de Odontología

CERTIFICACIÓN

Odt.

Paola Espinosa Rodríguez

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNL

CERTIFICO:

Que la tesis de grado **"ESTUDIO DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y NIVELES DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLINICA ODONTOLOGICA, Y SU EFECTO EN LA AFLUENCIA DE PACIENTES, PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE DE 2010";** ha sido elaborada, corregida y orientada bajo mi dirección, por la Sra. María José Córdova López, por lo tanto permito autorizar su presentación, disertación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, Julio de 2010

Odt. Paola Espinosa Rodríguez

DIRECTORA DE TESIS

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi especial agradecimiento a mi Directora de Tesis Odt. Paola Espinosa Rodríguez, por todo su apoyo, tiempo, comprensión, guía y colaboración, para que haya sido posible la realización de mi Tesis de Grado.

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios, por haberme regalado tanto en esta vida, a mi hijo Dieguito quien es mi luz y razón de vida, con especial amor a mi esposo por su paciencia y apoyo, a mis padres por su incondicional guía y sustento en todos los momentos de mi vida, mi inspiración y ejemplo a seguir, a mis hermanos por su ayuda y comprensión, a mis amigas por su colaboración y fe en mi.

María José Córdova López

AUTORÍA

La información, ideas, tablas, cuadros, opiniones y pensamientos que constan en el presente trabajo de tesis, han sido elaborados por la autora y son exclusiva responsabilidad de ella.

María José Córdova López

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
Preliminares	
Carátula	I
Certificación	II
Agradecimiento	III
Dedicatoria	IV
Autoría	V
Resumen	1
Summary	2
Introducción	3
Esquema del Marco Teórico	6
Desarrollo del Marco Teórico	8
Metodología	44
Presentación de Resultados	46
Discusión de Resultados	66
Conclusiones	68
Recomendaciones	69
Bibliografía	71
Anexos	73