



Universidad Nacional Autónoma de
México



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PERFIL DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN DENTAL EN LA
CLÍNICA DE ADMISIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Y NECESIDADES DE ATENCIÓN. FO. UNAM. 2006

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

VoBo Lorenzo Ramirez Soberon
GUILLERMO SÁNCHEZ MORENO
ROSAURA ESTER MORENO VEGA

DIRECTORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN
ASESORA : C.D. NANCY ANTONIETA JACQUES MEDINA

MÉXICO, D. F.

2006

M. 708761



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Guillermo Sánchez Moreno

FECHA: 6/14/06

FIRMA: Guillermo



AGRADECIMIENTOS

Dedico esta tesina a mi Mamá, a mi Papá, y mi hermano; por todo el cariño, apoyo y confianza que me han brindado a lo largo de mi vida, por que siempre han logrado una familia ejemplar. Y que todos nuestros presentes y futuros logros, gracias a Dios, se deben a nuestra unión y trabajo en equipo.

A mi mami, porque gracias a ti, "la vida no es un sueño", porque gracias a ti existo. Así como es una realidad que te hallas convertido en una compañera de trabajo, y amiga de mis amigos de la carrera. Fue un sueño, es una realidad y ya nada es imposible.

Gracias a todos aquellos profesores que tuvieron la bondad de poner a disposición mía sus conocimientos. Por haber sembrado en mí las ganas de aprender y entender mejor las cosas, porque gracias a ello esta carrera se convirtió en mi pasión.

A la Dra. María Concepción Ramírez Soberón, por su dedicación, diligencia y, sobre todo, por la bondadosa aceptación de la interminable tarea de mantenernos organizados a mí, a mi mamá para elaborar esta tesina.

A la Dra Nancy Antonieta Jacques Medina, por su gran ayuda, que nos brindó para concluir esta tesina.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por haberme brindado la satisfacción de haber realizado mis estudios en ella, por tener unas instalaciones inmejorables, y por el conocimiento que queda en mí para toda la vida.



A mis padres:

A quienes recuerdo con todo mi cariño
Fernado Moreno Corona
Elvira Vega López

A mi esposo e hijos:

Guillermo Sánchez Pérez
Guillermo Sánchez Moreno
Hugo David Sánchez Moreno
Quienes han sido el principal motivo de mi vida.

Gracias.

A la Dra. María Concepción Ramírez Soberón, por su comprensión y apoyo, en la elaboración de esta tesina.

A la Dra Nancy Antonieta Jacques Medina, por su paciencia y el tiempo que nos dedicó.

A la Dra. Arcelia Meléndez Ocampo, gracias a este gran seminario que impartió y a esa gran dinámica para comprenderlo.

A nuestra querida Universidad por darnos la oportunidad de una carrera en sus aulas.

A los honorables miembros del jurado



PROTOCOLO

ÍNDICE

Contenido

Página

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES.....	1
2. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS, RECURSOS, OFERTA Y DEMANDA.....	3
2.1 Práctica odontológica pública.....	4
2.2 Práctica odontológica privada.....	5
3. UTILIZACIÓN Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS.....	9
3.1 Medición de la demanda de servicios.....	10
3.2 Factores que influyen en la utilización de servicios odontológicos.....	13
3.2.1 Sexo y edad.....	13
3.2.2 Educación.....	13
3.2.3 Actitudes y valores.....	14
3.2.4 Estatus socioeconómico.....	15



3.2.5 Características de los servicios dentales.....	16
3.2.6 Contacto previo y satisfacción con los servicios.....	18
3.2.7 Conductas preventivas y percepción de las necesidades de atención.....	20
3.3 Patrones de uso de los servicios de salud: Modelos explicativos.....	23
3.1 Modelo de creencias de salud.....	24
3.2 Modelo integrado.....	24
4. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN MÉXICO.....	25
4.1 Calidad.....	27
4.2 Productividad eficiencia y efectividad.....	29



4.3 Relación calidad y eficiencia.....	32
4.4 Relación costos y calidad.....	33
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
6. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	34
7. OBJETIVO.....	35
7.1 Objetivo General.....	35
7.2 Objetivos Específicos.....	35
8. METODOLOGÍA.....	36
8.1 Población de estudio.....	36
8.2 Muestra.....	36
8.3 Tipo de estudio.....	36
8.4 Variables de estudio.....	36
8.4.1 Variables Independientes.....	36



8.4.2 Variables Dependientes.....	37
8.5 Operacionalización de las variables.....	37
8.6 Criterios de Inclusión.....	39
8.7 Criterios de Exclusión.....	39
9. RECURSOS.....	39
9.1 Humanos.....	39
9.2 Infraestructura.....	39
9.3 Recursos Materiales.....	39
9.4 Recursos Financieros.....	39
10. RESULTADOS.....	40
11. CONCLUSIONES.....	48
12. REFERENCIAS.....	49
13. ANEXOS.....	51



INTRODUCCIÓN

El tema de la calidad constituye un aspecto imprescindible en cualquier actividad que el ser humano realice, y los servicios de salud no escapan a esta influencia, representando una exigencia en las instituciones tanto públicas como privadas.

En la prestación de los servicios de salud se requiere la integración de este elemento con el fin de hacer frente a una serie de condicionamientos de carácter interno como la evaluación de los servicios, productividad, políticas institucionales, etc., y los externos, como la competitividad con otras instituciones, la satisfacción de los usuarios y accesibilidad, entre otros.

Se concibe a la calidad, como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención con los menores riesgos para el paciente. Estos beneficios se definen en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención.

El evaluar este elemento en el área de la salud, representa una forma de conocer y analizar cómo se está proporcionando el servicio a la población que acude para resolver sus problemas de salud; del mismo modo, permite medir los efectos del programa de atención con base en los objetivos que se propone alcanzar, contribuir en la toma de decisiones, retroalimentar y reorientar la prestación de los servicios.

Se han realizado estudios tendientes a conocer la estructura para la atención, las opiniones de usuarios de los servicios en relación con la satisfacción de los mismos, el impacto de los programas y la calidad de la atención a grupos específicos de población.



En el área de la odontología, no se han realizado estudios orientados hacia la búsqueda de la calidad de los servicios de salud bucal, sino que solamente se hace presente como una filosofía inherente de la atención.

En la Facultad de Odontología de la UNAM se proporcionan servicios especializados en el área de la salud bucal, con relativa accesibilidad para la población del Distrito Federal y área Metropolitana, ya que son proporcionados con base en cuotas de recuperación bajas y como parte de un modelo educación-servicio social por parte de los alumnos en formación, y supervisados por docentes clínicos que en un alto porcentaje cuentan con grado de especialización en diversas áreas de la odontología.



ANTECEDENTES

Frank WSM. Y Meter PM, en 1993 proponen en su investigación la aplicación del modelo de la calidad utilizada en el comercio y la industria, presentando la experiencia de aplicación y utilización de este modelo el hospital de Maastrich¹.

De igual manera Enrique Ruelas Barajas presentó en 1993, un análisis de relaciones que existen entre los conceptos de la calidad, productividad y costos. Este autor propone que a la luz de la experiencia se da prioridad a las estrategias de productividad y abaten los costos².

Así mismo en el artículo "Percepción de la calidad de los servicios de salud en México, perspectiva de los usuarios", Ramírez-Sánchez Teresita J., en 1997 describen la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en los servicios ambulatorios de salud en México y su relación con algunas características predisponentes y habilitatorias de la población usuaria, encontrando que el 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala, los principales motivos de la calidad fue el trato personal y mejoría en salud.³

Donabedian concluye que diversos cambios ocurridos en la cantidad, distribución, organización y calidad de los servicios de salud han contribuido a la transición epidemiológica. Principalmente durante este siglo, la investigación médica y el desarrollo tecnológico han producido avances importantes en el manejo efectivo de muchas enfermedades, tanto transmisibles como no transmisibles. Una parte importante de la mayor supervivencia de los seres humanos se debe a la disminución de las tasas de letalidad, lograda mediante la aplicación de tecnologías diagnósticas y terapéuticas efectivas⁴.



Por otra parte en el trabajo realizado por Norma Lara Flores y Víctor López en el 2002, se examina el problema referente a la utilización de los servicios odontológicos en diferentes grupos de población a través de la revisión de estudios realizados en las últimas tres décadas en distintos países. Se analizan los factores que, según la mayoría de los autores, tienen mayor influencia para que las personas decidan o no acudir a un servicio dental, presentando resultados de diversos trabajos, así como dos modelos teóricos que explican este proceso y algunas consideraciones metodológicas. Se reflexiona por último sobre su posible aplicación en estudios para la realidad de nuestro país⁵.

En la clínica de la FO/Universidad Autónoma de Zacatecas se realizó un estudio en el que se considera la opinión de los usuarios acerca del buen funcionamiento dentro de la clínica, lo que coincide con la respuesta del 48.3% de los pacientes, los cuales refieren que todos los servicios ofrecidos son muy buenos, y el 51.7% refiere que son buenos, satisfaciéndose las necesidades que en salud bucal presentan más del 50% de ellos ($p < 0.05$).

La opinión de un 42.9% de los docentes consideran que la calidad de la atención que se proporciona es buena, además que más del 50% de ellos refieren que los tratamientos realizados por los alumnos son buenos.

El 35.4% de los alumnos opina que la calidad es buena en esta unidad de atención, considerándose que existen deficiencias en cantidad y calidad del material y equipo con que se cuenta.⁶

En este mismo sentido, la opinión que tienen los usuarios del servicio respecto a la calidad de la atención que se proporciona en la clínica, un 65.8% de ellos manifiesta que es buena, así mismo, el 34.2% expresa que es muy buena.⁶



2. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS, RECURSOS OFERTA Y DEMANDA

La demanda biológica es la creada por la historia natural de toda enfermedad y es un problema latente mientras no sea atendida, por ejemplo, la caries dental sería la demanda biológica, y la demanda efectiva estaría representada por las piezas extraídas y obturadas.

En estos términos, la demanda efectiva en la población realmente es muy poca o insignificante en función de las necesidades sin atención. Por otro lado es importante distinguir hasta que punto una extracción puede llamarse necesidad satisfecha cuando, si es cierto que se elimina un foco infeccioso al efectuar la extracción, finalmente se está creando una necesidad de prótesis que a su vez se ubica como demanda biológica.

La necesidad de los servicios profesionales odontológicos en nuestro país es alta y a medida que la población aumenta, crece la demanda biológica (caries dental, enfermedad periodontal, maloclusiones, deformaciones dentomaxilofaciales, lesiones de tejidos blandos, necesidad de prótesis, cáncer bucal, etc.) de atención dental entre la población.

No obstante haber entrenado grandes masas de dentistas desde el comienzo de la década de los setenta, la salud bucal de la población en general no parece haber mejorado significativamente. Sin embargo, la escasez de pacientes en relación al número de dentistas se ha vuelto más marcada en los últimos años, poniendo en crisis el esquema de práctica profesional (usualmente consistente en un dentista individual ejerciendo privadamente) en otras palabras, un gran número de dentistas está compitiendo por ejercer en un mercado de pacientes usualmente restringido a los centros urbanos y a los segmentos socioeconómicos altos y medios de la población.⁷



Maupomé en 1995 sostiene que la ineficiencia para mejorar la salud bucodental de la población mexicana no tiene una acción accidental con el sistema de formación de recursos humanos, sino que ambos forman un binomio inseparable, la falta de planeación de los recursos humanos profesionales conduce frecuentemente a contradicciones tales como: desempleo o subempleo y ocupación distinta al área odontológica por parte de los egresados del área odontológica y que en ocasiones se incurre en el error de pensar que la abundancia de profesionales resolverá por sí misma los problemas del área de su competencia.⁸

2.1 PRÁCTICA ODONTOLÓGICA PÚBLICA.

En general, las profesiones que se relacionan con la salud gozan de un sitio privilegiado en la opinión de la comunidad, y el odontólogo ocupa el primer lugar en el índice de satisfacción, casi con el mismo valor que el otorgado al médico.⁹

El derecho de todo ser humano a acceder a costosos recursos para la atención de la salud, ha obligado a buscar financiamiento para darle cumplida satisfacción a través de seguros privados y gubernamentales, así como una mayor restricción al gasto en salud pública. Las instituciones en salud a las que recurre la población en México son: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SDN o CEMENAV.

En décadas recientes, la salud odontológica ha empezado a competir con la salud general por espacios en los diversos programas institucionales de salud colectiva, aunque, si bien es cierto, la medicina odontológica siempre ha sido más cara, sobretodo en los aspectos curativos y rehabilitativos, que la medicina sistémica, el cambio de concepción o paradigma para el proceso



salud-enfermedad ha permitido darle un nuevo enfoque a la salud dental más de prevención que de tratamiento curativo.

Con frecuencia se considera a la salud bucal como algo totalmente ajeno a la salud general, pero para que el servicio de salud sea considerado como un sistema completo, debe proporcionar atención odontológica.

Los muchos sistemas de organización de los servicios médicos dependen de la movilización de recursos humanos y económicos. En cuanto al personal, el aspecto más sobresaliente es la gran desproporción que existe entre las ciudades y el campo y las áreas suburbanas. En México existe un sistema de servicio social en el campo para los médicos recién egresados, es un método especial de proveer de atención médica a las localidades pequeñas, solo por periodos limitados. La mala distribución del personal no sólo se advierte entre las localidades, sino también entre programas. Tanto en cantidad como en calidad, el personal disponible, depende de las bases económicas que raramente corresponden a la cuantía de las necesidades de salud.

En México, como en la mayoría de los países latinoamericanos, a pesar del impulso que está teniendo la odontología pública, la mayoría de los cuidados y tratamientos bucales son proporcionados por odontólogos privados.¹⁰

2.2 PRÁCTICA ODONTOLÓGICA PRIVADA.

En México, coexisten ambientes heterogéneos en términos de servicios de atención a la salud y de necesidades de la salud.

La práctica odontológica se ubica dentro del sector salud predominante en el subsector de los servicios privados, de tal manera que es posible suponer que se haya visto afectada de manera importante por las consecuencias de



la crisis, que han disminuído sensiblemente el poder de compra sobre todo de los estratos medios que habían tenido acceso a ella. De aquellos dentistas que ejercen la profesión, un porcentaje significativo lo hace en su consultorio privado, aún si tiene cualquier otro tipo de contratación institucional.

Por lo tanto, como cualquier otro comerciante pequeño, el dentista ha tenido que enfrentar los problemas de las crisis, que le han afectado en por lo menos tres aspectos: la decreciente capacidad de pago de los pacientes; al aumento constante de precios de los insumos que se utilizan para las actividades de rutina en el consultorio dental; la relación odontólogo-paciente es cada vez más, una transacción comercial en la que tanto el proveedor como el consumidor, están mas atentos a los costos que a los beneficios de salud. La consecuencia de lo anterior se traduce en que el odontólogo al no reducir sus costos de operación ni sus honorarios, se queda con el menor número de pacientes que en teoría podría atender. Esto quiere decir que en el modelo de la práctica privada habría una disponibilidad mayor de capacidad de servicios que en la que en la realidad es utilizada.¹¹

Se sabe que quien acude a un consultorio privado tiene alguna capacidad de compra. Sin embargo cuando esta capacidad se reduce, el tipo de servicio que se demanda puede estar más relacionado con la solución de problemas de urgencia, que con la búsqueda de un tratamiento completo.¹¹

En un estudio realizado en 1983 por López Cámara y Lara, se estudiaron las principales características de la práctica odontológica privada en la Ciudad de México. Entre ellas se demuestra de qué manera se reflejan en el perfil de las acciones clínicas de los odontólogos, los rasgos de una actividad profesional mercantilista, individualista, parcializada por un enfoque especializado y altamente tecnificado en sus procedimientos, los cuales son muy limitados en su aspecto preventivo, y acentuadamente en el



restaurativo. También se pudo explorar la ideología que subyace en la prestación de los servicios y que legitima la diferente aplicación de los tratamientos de acuerdo a la capacidad de compra de los usuarios, relegando las necesidades que originaron la demanda de atención; en otras palabras, la economía de mercado aplicada a la salud.¹¹

En otro estudio, sobre los cambios experimentados en algunos aspectos de la práctica privada de la odontología en la ciudad de México entre 1982 y 1989, se demostró que respecto a la población atendida se advierten cambios en la posición de la demanda por estrato socioeconómico y diferencias en el tipo de servicios que reciben los usuarios, también de acuerdo con cada estrato, incrementándose de manera significativa la proporción de solicitudes de atención que denotan urgencias, disminuyendo aquellas por cualquier otra causa. Por otro lado, se demostró el cambio de patrones de uso de los servicios dentales por parte de la población, que cada vez solicita con menor frecuencia la revisión periódica, la prevención o el tratamiento completo por razones económicas, lo cual puede ser un factor de deterioro de la atención odontológica, si los profesionales no ofrecen alternativas ante esa situación y se comportan de manera pasiva al dar respuesta a la demanda.¹¹

Asimismo, en un estudio realizado sobre el futuro laboral de los egresados de las diferentes escuelas de odontología para la mayoría de los entrevistados, la fuente más importante de empleo la constituye el ejercicio por cuenta propia, fundamentalmente los consultorios privados, ya que el campo institucional presenta escasas oportunidades de acceso y ofrece bajos salarios. El campo se encuentra saturado, porque existen numerosos consultorios en la ciudad de México, lo que dificulta las oportunidades de los que recién ingresan en esta área, al enfrentarse con una fuerte competencia. De este modo, algunos estudiantes se plantean como alternativa, emigrar a otro estado de la República.¹²



Se observó que los estudiantes, al exponer los problemas y condiciones en que opera el mercado de trabajo del odontólogo, incorporaron tres elementos que pueden considerarse de tipo social: a) la amplia oferta de servicios privados; b) la distribución de "zonas" diferenciadas según el acceso de la población, y c) las mayores oportunidades que brinda la provincia; no obstante llama la atención que en su discurso dan por hecho la existencia de "zonas", sin mencionar los factores que las originan; por otro lado, algunos estudiantes tienen la imagen de la provincia como un todo homogéneo, que no distingue las grandes urbes de las ciudades medias o de las comunidades rurales. Olvidan también los servicios odontológicos que existen en estos lugares y su demanda. Cabe señalar, que se presentaron algunas excepciones que consideran a la zona fronteriza del país como un área de mayores oportunidades.¹²

El Dr. Hugo Rossetti, menciona: "El Ministerio de Salud existe para producir Salud. La gente aporta dinero de su trabajo para tener Salud. El dinero es para estar sano, entonces no se puede dejar enfermar y luego utilizar ese dinero para curar, pues no está bien y además no alcanza. El orgullo y el objetivo del gobierno es mantenerlo sano. El fracaso y la vergüenza es crear hospitales y llenarlos con enfermos o jactarse de producir un alto número de acciones para la enfermedad. Tratar las enfermedades no es producir Salud. Si bien es necesario curar los males existentes, lo ideal es que no aparezca. Para producir Salud hay que hacer educación para la Salud, cosa que los integrantes del Ministerio de Salud no sabemos hacer, pues no nos han dado formación docente y pedagógica, por eso es que no enfatizamos la importancia que ello tiene o directamente no lo hacemos y volcamos más las tareas en acciones terapéuticas y quirúrgicas. Jamás se puede llegar a la Salud de un pueblo tratando las enfermedades de un pueblo. A la Salud se llega por los caminos de la Salud"¹³



3. UTILIZACIÓN Y DEMANDA DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Uno de los problemas que ha despertado interés y ha sido estudiado desde hace más de tres décadas en los países desarrollados, es el relativo a la utilización de los servicios odontológicos. Los estudios se han centrado en descubrir cuáles son los factores que influyen para que las personas decidan o no acudir al dentista en caso de necesidad. Al identificar una gran cantidad de variables que parecen estar asociadas con la decisión de buscar ayuda profesional, se han adoptado modelos explicativos que pretenden esclarecer las relaciones entre las características individuales, sociales, económicas y culturales que producen distintos patrones de uso. Sin embargo, ha sido necesario que los investigadores establezcan algunos criterios comunes para que los trabajos sobre este tema puedan ser comparados o incluso confirmados en otros países.⁴

UTILIZACIÓN

Utilizar significa hacer uso de algo pero, aplicado a los servicios de salud, el término no siempre es claro ya que no da cuenta de la magnitud o el grado en que una persona o un grupo de la población hace uso de un servicio; tampoco distingue el tipo de servicio utilizado y el contenido de la atención, es decir, las acciones de salud incluidas en el momento de la prestación. Adicionalmente según algunos autores se requiere precisar las diferencias entre la utilización y la demanda.⁴



DEMANDA

En este sentido, Shortell, establece la diferencia, señalando que demanda es: "la cantidad de servicios de salud que los individuos desean consumir, a costos específicos, usando los recursos financieros de que disponen y considerando sus prioridades frente a otros bienes o servicios"; utilización en cambio es "la cantidad real de servicios que es consumida cuando la demanda desencadena el proceso de atención".¹⁴

Esta definición, sin embargo parece estar orientada solamente a los servicios privados es decir, cuando éstos se obtienen por pago directo. Por otra parte, de la Revilla, define la demanda como "el momento en que un individuo que asume el rol de enfermo, decide buscar ayuda y acude a un servicio para solicitar su atención". La utilización en cambio existe cuando "un individuo demandante de servicios recibe realmente asistencia". Así, un requisito para la utilización de un servicio de salud es el acceso a dicho servicio, entendiéndolo al igual que Donabedian, como el grado de "unión-ligadura" entre el usuario y el sistema de salud de forma tal, que en el concepto de utilización se incorpora el término de demanda efectiva. Para el caso de los servicios odontológicos, la utilización de atención dental es la cantidad de personas que tuvieron acceso a estos servicios en un periodo de tiempo determinado.^{15,4}

3.1 MEDICIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

La atención a la salud tiene una multitud de componentes, los cuales pueden ser independientemente evaluados y de los que se tienen pocos datos en el país.¹⁶



El estudio de la medición de los servicios odontológicos en nuestro país, permite entender y explicar los comportamientos de individuos y grupos frente a las enfermedades buco-dentales y ante la necesidad de recibir atención profesional.⁵

Esta definición implica un requisito importante que es el de la medición. ¿Cuál es el denominador?, ¿Cómo puede establecerse el grado de utilización de los servicios dentales?, ¿Cómo determinar si un individuo o un grupo usan poco o mucho este tipo de servicios? Se ha propuesto que la utilización puede ser medida en diferentes dimensiones:

Tipo: Se refiere a cuál es el servicio usado. En México, por ejemplo, las personas pueden haber usado servicios privados, públicos o de la seguridad social y en ciertas circunstancias pueden recibirlos sin solicitud previa, como es el caso de programas preventivos, de vacunación y atención dirigida a escolares, entre otros.¹⁷

Propósito: En este sentido se pueden diferenciar los motivos de solicitud: prevención, urgencia o tratamiento no consecutivo a dolor o malestar. Se ha demostrado que las variables que influyen en la decisión de buscar atención dental preventiva difieren con respecto a las que se asocian con la solicitud de servicios curativos. En el primer caso, la educación, el nivel socioeconómico y los estilos de vida parecen más importantes, mientras que en el segundo, la necesidad percibida, puede aparecer como el factor desencadenante de la solicitud de servicios.¹⁷

Volumen: Es la cantidad de servicios odontológicos utilizados. Se ha medido por el número de visitas al dentista en un periodo de tiempo determinado. Algunos estudios toman el último año, que es un periodo de tiempo que puede ser recordado cuando la información se obtiene por entrevistas. No obstante, esta medida es imprecisa debido a que todas las visitas son



tratadas como si tuvieran el mismo contenido sin considerar la cantidad de servicios incluidos en cada una. Por lo anterior, algunos autores han empleado el concepto de "no utilización" como un espejo para determinar la falta de visitas en un periodo de tiempo. Por ejemplo: "¿Desde cuándo no visita al dentista?" Esta medición, sin embargo, puede producir errores debido a que la gente falla en admitir que no ha asistido al dentista por ello, se ha señalado que una de las mejores medidas de volumen de utilización encontradas, es la relación entre la primera visita dental sobre una serie de visitas, lo cual nos da un acercamiento a la continuidad de la atención y la distingue de la utilización esporádica, aunque no resuelve el problema que una sola visita puede contener una o varias acciones o tratamientos. No existiendo hasta ahora una forma única de medir la utilización, se ha insistido en que es necesario hacer explícito cómo será definida y por tanto cómo será medida, en cualquier estudio al respecto.¹⁷

En cuanto a los factores que influyen en la utilización, se ha observado que ésta se ve afectada por aspectos como: edad, sexo, educación, ingreso, ocupación, estatus socioeconómico, disponibilidad de servicios, ubicación geográfica, aspectos culturales, actitudes frente a la salud, valores, estilos de vida, experiencias previas de atención y presencia o ausencia de síntomas, entre otros. Es decir, la utilización no se da en forma homogénea en la población, sino que depende de la combinación de diferentes aspectos que se relacionan con las características de los individuos y grupos, las necesidades presentes y las condiciones de acceso a los servicios.

La situación socioeconómica influye pero no es la única determinante en el uso de estos servicios. Por lo anterior, se han llevado a cabo un amplio número de estudios, la mayoría de ellos en países desarrollados, cuyos resultados sugieren patrones diferenciados de uso de acuerdo a las características de distintos tipos de población.⁵



3.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

3.1.1 SEXO Y EDAD

Estas variables se incluyen en prácticamente todos los estudios sobre utilización de servicios dentales pero en general, se abordan con relación a otras. Por ejemplo: en el caso de la variable sexo, existe una mayor proporción de mujeres en edad adulta, que han visitado al dentista durante el año anterior y también tienen más visitas por año, sin embargo, esta diferencia no es significativa en el caso de los niños, sobre todo cuando éstos disponen de servicios escolares de atención dental.⁵

En cuanto a la edad se encuentra un patrón de utilización, con los grupos de niños pequeños y personas de la tercera edad usando servicios dentales con poca frecuencia.¹⁸

3.1.2 EDUCACIÓN

Con respecto a la educación, frecuentemente se ha usado la de los padres o jefes de familia para estudiar la utilización en los niños, encontrándose que en los grupos con más educación la utilización se incrementa. Sin embargo, cuando esta variable se mide solamente por escolaridad no refleja los aspectos culturales, las creencias y los valores que frente a la salud tienen los diferentes grupos y por lo tanto, pierde precisión. Respecto a este punto, la orientación de los padres y una temprana socialización de los niños con el dentista han mostrado que pueden influir en una mejor utilización. Blinkhorn detectó que madres incrementaron la utilización de los servicios para motivar a sus hijos para que tuvieran educación dental a temprana edad, y Schneider encontró que un programa preventivo para menores de 4 años en donde la educación de los padres fue una de las principales estrategias, aumentó el



número de pacientes citados para tratamientos preventivos y adicionalmente favoreció conductas positivas en relación con consumo de azúcares e higiene bucal. Se ha demostrado la influencia de la educación de los padres en adolescentes, que utilizaron más servicios dentales en proporción directa al grado de escolaridad de los padres. Otros estudios con adultos demuestran que, la utilización de servicios dentales decreció en el siguiente orden: edéntulos, bajo nivel socioeconómico y bajo nivel de educación. De esta manera la variable educación, entendida como escolaridad y también de manera más amplia como el desarrollo de actitudes positivas hacia la salud, sigue siendo considerada una de las que con mayor frecuencia explica el uso apropiado de los servicios dentales.^{19,20}

3.1.3 Actitudes y valores

En el caso de la atención odontológica, algunos factores subjetivos que se han asociado con el uso limitado de servicios son; el miedo o la ansiedad que puede producir el tratamiento dental. En los niños, se ha asociado el miedo al dentista a otros factores como son: problemas familiares e insatisfacción de las madres con sus propios tratamientos previos, lo cual favorece conductas de rechazo a la atención dental. Por otro lado, Misrachi y Saenz, han estudiado conceptos del proceso salud-enfermedad de una población rural chilena, específicamente en relación a las enfermedades bucales, con el propósito de contribuir al conocimiento de sus comportamientos en la búsqueda de atención. Estos autores señalan que las creencias en salud conforman una gama de elementos culturales que se vinculan con factores socioeconómicos y que se expresan en respuestas de la población, que abarcan, desde el uso de tratamientos tradicionales hasta el uso del sistema médico oficial. Por ejemplo, la identificación de los principales problemas de salud bucal reconocidos por la población, los llevó a establecer cuáles fueron las conductas que se llevaron a cabo para



afrontarlos y en qué medida estas conductas correspondieron con las que los profesionales consideraron adecuadas en términos de prevención efectiva y solicitud de atención profesional.^{21, 5}

3.1.4 ESTATUS SOCIOECONÓMICO

El ingreso del jefe de la familia es una de las variables que se ha relacionado fuertemente con la utilización, debido a que representa la capacidad de pago por un servicio y constituye una de las barreras de acceso más frecuentemente reportadas. La asociación no es enteramente lineal pero en la práctica se ha encontrado una gran diferencia en el uso de servicios dentales entre grupos con diferentes niveles de ingreso. La relación no está suficientemente confirmada, ya que la capacidad de pago "per se" no explica porqué los diferentes grupos utilizan diferentes tipos de servicios dentales, lo cual refleja posibles patrones de consumo. Con respecto al estatus socioeconómico, este indicador para algunos autores está compuesto por ingreso, ocupación y educación. Este criterio se ha observado que la utilización de servicios, tanto médicos como dentales se incrementa en la medida en que el estatus es más alto. Sin embargo, esta medida tampoco explica de manera suficiente las diferencias en el porqué las personas visitan al dentista (prevención vs atención restaurativa) y qué opinión tienen respecto a la frecuencia con que es necesario realizar dichas visitas. La ocupación del jefe de familia se ha empleado para estudiar la utilización de los dependientes y la ocupación de cada uno de los adultos ha sido usada para estudios en población en edad económicamente activa. Los grupos ocupacionales clasificados en rangos por diferentes niveles de capacitación muestran que los que estuvieron en niveles profesionales y ejecutivos tenían mayor utilización que aquéllos cuyos niveles de ocupación eran de rango medio o más bajo. También señala que en estos estudios se identificó la



limitación para medir el desempleo o subempleo ya que éstas suelen ser condiciones temporales. Asimismo se han encontrado diferencias en el grado de utilización de servicios dentales en distintos grupos ocupacionales; pero en desempleados se hallaron tasas altas de visitas al dentista, probablemente relacionadas con los sistemas de atención que algunos países desarrollados tienen para estos grupos y el mayor tiempo disponible para asistir. Cuando se ha analizado la influencia del estatus socioeconómico frente a otras variables como son: edad, sexo y condiciones de salud bucal, el riesgo relativo para no visitar al dentista se concentra en las variables socioeconómicas y de educación. Estos hallazgos son particularmente importantes ya que los estudios se han realizado en países cuya población, en general, tiene un nivel de vida alto, lo cual hace suponer que en países con grandes diferencias socioeconómicas y bajo nivel de vida de su población, estos factores pueden tener mayor peso.⁵

3.1.5 CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DENTALES

El acceso geográfico a los servicios dentales en sitios urbanos, nos refiere una estrecha relación con la utilización puesto que en los Estados Unidos las personas motivadas para ir al dentista, acudieron aún a lugares en donde éstos se ubicaban lejos (más de 16 km.), sugiriendo este estudio que la aceptación fue más importante que la distancia. Esta situación ha sido distinta en sitios con mayores dificultades de transporte, en zonas rurales y se menciona como una limitante de acceso para los ancianos. En cuanto a otras características de acceso, en la mayoría de los estudios se ha demostrado que el contar con una fuente de atención, influye directa y positivamente, en el uso de los servicios. Aquellas personas que cuentan con servicios dentales por vía de un seguro, 67% han visitado al dentista por lo



menos una vez al año, mientras que sólo el 18% de las que carecen de una fuente de atención lo hicieron, aunque hubo diferencias por edad y sexo.

Otros autores, han reportado la asociación entre poseer una fuente regular de atención y mayor número de visitas al dentista, pero también una mayor continuidad en los tratamientos y una mayor utilización por parte de los ancianos. Se ha demostrado también que, al contar con un servicio dental estable se producen mejores hábitos de cepillado dental y mejor conservación de la dentadura en adultos, así como un mayor número de visitas sin mediar síntomas. Un estudio sobre los resultados del seguro dental danés que abarcó entre 1975 y 1990, mostró que a partir de su implantación se incrementó la utilización en todos los grupos de población, pero también el panorama de los servicios dentales cambió de ser predominantemente "restaurativo o extraccionista" a "diagnóstico/preventivo".⁵

En el caso de los niños, se ha encontrado que si la atención proviene de sistemas estructurados de servicio dental para pre-escolares y escolares cuando éstos dejan la escuela y por lo tanto ya no cuentan con la atención regular, la utilización desciende. Sin embargo, aun en familias de bajos ingresos, cuando los niños cuentan con un servicio dental asegurado la utilización es alta. En un amplio estudio llevado a cabo en 6,300 niños de Carolina del Norte en Estados Unidos, en los niños que tenían atención dental vía médica, se presentaron menor número de necesidades no cubiertas (19%) comparados con niños que no tenían este beneficio (33%), lo cual indica que los primeros, es decir los que contaban con esta prestación, hicieron más visitas al dentista.⁵

La mayoría de los estudios al respecto sugieren que las personas utilizan los servicios dentales cuando dispone de ellos y que esta variable es más explicativa que el acceso geográfico, las diferencias culturales y los sistemas



de atención. Es decir, los seguros sociales y privados, u otros mecanismos para hacer accesible la atención dental, neutralizan las limitaciones económicas e incluso de educación. No obstante, una vez superadas éstas, algunas características de la organización de los servicios pueden convertirse en barreras hacia los usuarios quienes pueden sentirse rechazados por el servicio. Entre las más importantes se encuentran los tiempos de espera, el ambiente de la atención, el trato que reciben los usuarios tanto del dentista como del personal de apoyo y la satisfacción con la atención.

3.1.6 CONTACTO PREVIO Y SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS

Recientemente algunos autores han identificado que por ejemplo, los pacientes que se sienten bien tratados son más propensos a mantener sus citas y seguir las indicaciones del profesional, lo cual significa que hacen un mayor y mejor uso de los servicios. La satisfacción del paciente se basa en actitudes y sentimientos hacia el proveedor y los servicios recibidos. Esas actitudes se forman como resultado, de la interacción dentista-paciente o bien son transmitidas a la persona por otros, generalmente familiares o amigos. Así la satisfacción ha sido considerada como una medida de resultado de los servicios de salud. En odontología, se realizó un amplio estudio en el que se examinaron los resultados de entrevistas del National Opinion Research Center de los Estados Unidos, y se encontró que los pacientes valoran mucho la habilidad del dentista para disminuir miedo, ansiedad y dolor. En trabajos posteriores, también basados en la opinión de los pacientes, se ha presentado como una constante la valoración que éstos hacen de la personalidad del dentista, capacidad de comunicación, el



brindarles información acerca de cómo prevenir problemas bucales y ante todo, habilidad para disminuir el miedo y el dolor.⁵

La relación dentista-paciente afecta la utilización de los servicios dentales, sobre todo cuando las actitudes frente al valor de la salud bucal difieren entre ambos. En un estudio sobre actitudes de padres de estrato socioeconómico bajo, se encontró que éstos dan mucha importancia al trato del profesional frente al niño, sin embargo, los dentistas suelen creer que los padres y las madres de clase baja no valoran la salud bucal de sus hijos, cuando en realidad si lo hacen. Se ha encontrado que existen estereotipos de los dentistas frente a sus pacientes pobres o viejos y otras investigaciones han puesto de manifiesto que estos estereotipos afectan incluso sus decisiones de tratamiento en la atención de los pacientes: Por ejemplo, un análisis del tipo de tratamiento otorgado a un grupo de pacientes sudafricanos indicó que, el 60% de los dentistas usó más del 60% de su tiempo en realizar extracciones a los pacientes negros y un mínimo tiempo para prevención, en contraste con lo que ocurrió en los consultorios para pacientes blancos, concluyendo los autores que entre las barreras menos reconocidas pero más importantes para la atención dental, se encuentran las actitudes de los dentistas y la relación dentista-paciente.⁵

De igual manera en un trabajo con usuarios de servicios dentales públicos dirigidos a población de bajos ingresos en México, D.F., se encontró un alto grado de satisfacción con la atención recibida (97%) y ésta se relacionó con el trato amable y la explicación del dentista sobre el tratamiento que iba a instaurar, mientras que los porcentajes de menor satisfacción se asociaron con dolor (60%) y tiempo de espera (61%). La mayoría de los estudios sobre satisfacción con los servicios dentales desde 1980 se han centrado en explicar la percepción de los pacientes sobre algunas características de los servicios y su relación con el profesional, sin embargo, un trabajo reciente sugiere que la satisfacción es el resultado de un complejo proceso en el que



primero se deben observar los atributos de los servicios dentales, en segundo lugar es necesario estudiar cómo los diferentes grupos reaccionan frente a esos atributos. Así, el hecho que se encuentren altas tasas de satisfacción, aún en grupos de pacientes que han tenido malas experiencias, puede explicarse porque los pacientes responden de acuerdo a lo que ellos piensan que los servicios "deberían" y "no deberían" cumplir (deber ser) y lo que puede o no ser responsabilidad de ellos (culpa), de manera que sus expectativas se modifican de acuerdo a una escala de valores que puede atenuar su visión crítica ante la atención recibida.⁵

3.1.7 CONDUCTAS PREVENTIVAS Y PERCEPCIÓN DE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN

Una orientación preventiva en los padres puede influir en el uso oportuno de servicios dentales en los niños. Además, evidencias empíricas indican que los padres tienen una gran influencia en los hijos con respecto a la adopción de conductas preventivas, por lo que se debe enfatizar en la necesidad de fomentar conductas saludables en los padres, particularmente en la madre, como una vía para mejorar las prácticas de higiene bucal en los niños. Rayner señaló que los programas de salud escolar deberían enseñar medidas de prevención para mejorar las condiciones de higiene y salud bucal de las madres, si estos programas pretenden cambiar la conducta de los niños en este sentido. En un estudio llevado a cabo en Inglaterra sobre patrones de consumo de azúcar en madres y sus niños; se demostró, que los hijos de las madres consumidoras de azúcar en el café, presentaban cinco veces más episodios de consumo de azúcar que aquellas que no la consumían. En este mismo sentido, se ha observado, que las consultas médicas preventivas en los niños, son indicadores que pueden predecir o



asociarse con las visitas al dentista, más aún que las necesidades reales de atención dental.⁵

Se ha asociado al estatus socioeconómico, la educación y los factores culturales con el grupo de pertenencia, como hábitos preventivos y de autocuidado, a su vez, los servicios tienen también influencia en las conductas preventivas. Así, en trabajadores de entre 38 y 65 años de edad con seguro dental que incluía un programa preventivo, se encontró que manejaban mejores hábitos de cepillado dental y visitaron con mayor frecuencia al dentista para revisión. Por otra parte, se sostiene que, a diferencia de los servicios privados o de pago directo, los servicios que provienen de los seguros sociales pueden guiar más a los usuarios para reducir las barreras de información y mejorar las conductas en salud, siempre y cuando el personal profesional y auxiliar esté capacitado y orientado hacia la prevención. Sobre las necesidades percibidas por las personas, el dolor dental aparece como una de las manifestaciones más indicativas de la necesidad de acudir a un dentista. Se ha mostrado la relación entre la presencia de dolor y la subsecuente búsqueda de atención dental. Y al estudiarse una población danesa de adultos, se encontró que una de las causas más frecuentes para no haber visitado al dentista en hombres fue el que no habían tenido dolor. En contraste con lo anterior, en una revisión de trabajos realizados entre 1965 y 1980, relacionados con la ansiedad y el dolor que puede producirse durante la atención odontológica, se encontró que el miedo y el dolor ante el tratamiento dental pueden ser un factor para no acudir al dentista y que pocos estudios se han orientado a buscar cómo modificar las conductas de los distintos grupos frente a estos problemas, para que no se conviertan en una barrera para usar los servicios.

En investigaciones más recientes, se ha buscado cómo medir la percepción que tienen las personas sobre su salud bucal para que ésta represente una perspectiva individual y subjetiva de este fenómeno. Una manera utilizada



frecuentemente, es preguntar: ¿Cómo calificaría usted el estado actual de su salud bucal? El análisis de las respuestas examina la asociación entre edad, sexo, raza y salud percibida a través de un conjunto de variables entre las cuales se encuentran, edentulismo, aspectos funcionales, dolor y otros síntomas. Los resultados señalan que las percepciones cambian de acuerdo a factores demográficos como la edad y el sexo y con haber usado servicios dentales. Con este enfoque se realizó un estudio con población de un país en desarrollo, cuyo objetivo era conocer el impacto de las enfermedades bucales en la vida diaria de una muestra de 501 adultos, quienes fueron interrogados sobre problemas físicos, psicológicos y sociales que habían limitado su actividad y desempeño cotidianos. El 73.6% de los participantes reportó limitaciones en su vida asociadas a problemas dentales; el aspecto más afectado fue el comer (49.7%), seguido de la estabilidad emocional (46.5%) y sonreír (26.1%). Las limitaciones menos frecuentes fueron las físicas, el trabajo y dormir. No obstante, dolor y molestias se reportaron en un 40% del grupo estudiado. Otros trabajos han encontrado que la percepción de una mala salud bucal no está relacionada con el número de visitas anuales al dentista.⁵

Se puede afirmar que las conductas preventivas y las necesidades percibidas se asocian con la utilización de los servicios pero mediadas por otros factores. Como se puede apreciar, en el caso de la percepción de las necesidades, éstas no se manifiestan exclusivamente por el dolor, aunque éste es uno de los más indicadores importantes, sino también en problemas de la vida cotidiana estrechamente relacionados con aspectos psicológicos y sociales. Sin embargo, llama la atención que, por un lado los síntomas percibidos sean frecuentemente los detonadores de la búsqueda de atención y por el otro, las personas que se autoperciben con una mala salud bucal sean las que tienen una baja utilización de los servicios. Esto permite suponer que cuando se utilizan los servicios como respuesta al dolor, esta



utilización es esporádica y discontinua, en contraste con lo que ocurre cuando los servicios se usan para prevenir o en forma regular. Existen algunos estudios que documentan la baja utilización de servicios dentales en grupos de embarazadas, mujeres pobres, en ancianos con limitaciones físicas, personas que viven como refugiados e ilegales en países desarrollados, pacientes VIH positivos y otros grupos vulnerables.⁵

Estos trabajos nos muestran la brecha que existe entre las necesidades reales y percibidas de amplios grupos de población en diferentes lugares del mundo y las dificultades para recibir atención odontológica.⁵

3.3 PATRONES DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD: MODELOS EXPLICATIVOS

Para mostrar cómo se agrupan e interactúan las diferentes variables o factores, para producir distintos patrones de uso de los servicios de salud, se han propuesto diversos modelos explicativos, los cuales son propuestas teóricas que tienen como propósito probar hipótesis de asociación o causalidad. En la investigación odontológica sobre este tema, se han empleado modelos diseñados para explicar la utilización de servicios de salud en general, pero las variables estudiadas han sido adaptadas a las particularidades de los servicios dentales. Entre los modelos más frecuentemente empleados por los investigadores se presentan dos, el primero, llamado de "Creencias de salud" que ha tenido una gran influencia hasta nuestros días y plantea el porqué las personas pueden o no adoptar conductas preventivas y usar servicios de salud oportunamente y el segundo, conocido como "Modelo integrado", que ha sido propuesto como un conjunto de hipótesis para entender el uso de servicios curativos.⁵



3.1 Modelo de creencias de salud

Este modelo fue desarrollado por Rosentock, para investigar la utilización de servicios preventivos. Este autor formula que las conductas preventivas pueden explicarse considerando tres aspectos: a) cuando una persona se siente susceptible a la enfermedad, b) cuando siente que la severidad de la posible enfermedad puede interferir con algunos aspectos de su vida y c) cuando siente que los beneficios de una acción preventiva pueden valer el costo económico y personal que implica su adopción. Sin embargo, aunque se han podido probar relaciones de causa efecto entre los factores del modelo y el número de visitas preventivas al dentista, en un estudio de tres años de seguimiento, las variables de educación e ingreso estuvieron asociadas con mayor fuerza que las creencias.⁵

3.2 Modelo integrado

Uno de los primeros modelos integrados que se desarrolló para mostrar la relación entre los diversos factores que intervienen en la utilización de servicios de salud fue propuesto por Andersen, en éste se agrupan tres tipos de variables independientes que actúan influyendo en la conducta de utilización de cualquier servicio de salud.⁵

a) **Variables predisponentes:** que son el conjunto de características sociodemográficas que condicionan una mayor probabilidad de utilizar los servicios. En este grupo se incluyen edad, sexo, etnia, estado civil y educación. También se consideran las creencias y actitudes sobre la enfermedad y algunos aspectos relacionados con la familia, como son la estructura y el número de integrantes.

b) **Variables facilitadoras:** son aquellas que pueden impedir o facilitar el uso de los servicios. Entre ellas se encuentran los ingresos, si se cuenta con



algún tipo de seguro social o privado, la accesibilidad geográfica y aspectos relacionados con la organización misma de los servicios, incluyendo la relación médico-paciente u odontólogo-paciente.

c) Variables de necesidad: son entendidas como la percepción de un cambio en el estado de salud. Este cambio puede ser valorado de acuerdo al punto de vista del profesional (valoración objetiva), o bien según la percepción del individuo enfermo y su familia (valoración subjetiva).

Usando este modelo, en un estudio realizado en adultos de Hong Kong, se encontró que de las variables facilitadoras, la más importante fue el contar con una fuente de atención asegurada, ya que ésta se asoció al uso regular de servicios dentales y una mejor orientación preventiva en el 50% de los participantes.⁵

Los modelos descritos han sido empleados para probar hipótesis acerca de las posibles relaciones entre los factores individuales, familiares, psicológicos, sociales y de los servicios con el mayor o menor uso de la atención dental. Lo que se pretende es conocer cuál es el peso de cada uno de estos factores en el comportamiento de los diversos grupos de población, asumiendo que debido a las particularidades de éstos, se podrán observar diferentes patrones en la utilización de los servicios.⁵

4. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD EN MÉXICO

En instituciones tanto públicas como privadas del Sector Salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de



las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoría, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros. Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación a la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.³

Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales. Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención. Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian.^{3,26}

El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone el autor (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los



resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura. Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, visto como un indicador en la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). De igual forma se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquélla abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones.³

4.1 CALIDAD

Donabedian define la calidad como "la mejoría esperada en el nivel de salud que es atribuible a la atención". La salud tiene muchos determinantes además de los servicios. La calidad de los servicios se refiere únicamente a la mejoría que puede atribuirse a los servicios y no a los otros determinantes. Esa mejoría tiene, como límite superior, lo que el conocimiento científico y su traducción en tecnología hacen alcanzable en un momento histórico dado. Cuando la tecnología disponible es incapaz de satisfacer una necesidad de salud, no es un problema de limitaciones en la calidad, sino en el conocimiento; por lo tanto, debe ser resuelto mediante mayor investigación y desarrollo tecnológico. Pero cuando los resultados alcanzados son inferiores



a lo que la tecnología hace posible, entonces sí se trata de un defecto de calidad. Por ejemplo, si una persona muere de un padecimiento que es prevenible o curable con la tecnología disponible, podemos afirmar que la calidad fue deficiente. En los términos de Williamson, la calidad puede concebirse como la diferencia entre lo alcanzable y lo alcanzado⁴.

La definición propuesta por Donabedian ha sido la más aceptada en el ámbito de la atención a la salud. Para él, la calidad es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. La calidad implica, por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma.²⁶

Es importante señalar que, de acuerdo con Donabedian, la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo. Donabedian ha demostrado que la calidad de la atención incluye, además de los aspectos técnicos, una dimensión interpersonal. El manejo de la relación entre el prestador de servicios y el usuario constituye un componente esencial de la calidad. Su reflejo más importante es la satisfacción del usuario. Además del valor intrínseco, la satisfacción afecta la efectividad de los aspectos técnicos de la atención. Constituye, así, un elemento más para lograr que los servicios resuelvan las necesidades de salud.⁴

En México, actualmente se escucha con frecuencia el término "calidad y calidez". En estricto sentido, ambas palabras se refieren a lo mismo. En efecto, "calidez" se refiere a una de las dos dimensiones que integran el



concepto "calidad", esto es, la dimensión interpersonal que, de manera muy efectiva y eufónica, ha sido enfatizada, dando la impresión, por otra parte, de que "calidad" se refiere sólo a la dimensión técnica, aún cuando no es así. En este caso, sin embargo, debe reconocerse pragmática, que no académicamente, el alto mérito de este término.²

4.2 PRODUCTIVIDAD, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD

Todos éstos han sido conceptos que con frecuencia se utilizan como sinónimos; sin embargo, de acuerdo con Scott, la productividad se define como la relación entre insumos y productos, en tanto que la eficiencia representa el costo por unidad de producto. Por ejemplo, en el caso de los servicios de salud, la medida de productividad estaría dada por la relación existente entre el número de consultas otorgadas por hora/médico.²²

La eficiencia se mediría a partir del costo por consulta, mismo que estaría integrado no sólo por el tiempo dedicado por el médico a esa consulta, sino también por todos los demás insumos involucrados en ese evento particular, como pueden ser materiales de curación, medicamentos empleados, tiempo de la enfermera, etcétera.²

La diferencia radica, pues, en la unidad de medida utilizada para representar el concepto. Para la eficiencia la unidad de medida son, explícitamente, los costos; para la productividad son los insumos como tales. Ciertamente, los insumos podrían también ser costeados, en cuyo caso la medida de productividad se convertiría en medida de eficiencia.²



Ambos conceptos se utilizan con frecuencia indistintamente, debido a que en los dos existe una relación entre costos y productos, en un caso explícita y en el otro implícita.²⁵

Por otra parte, existe también la tendencia a confundir los conceptos anteriores con el de efectividad. Para el mismo Scott, la efectividad se define como el logro exitoso de objetivos establecidos. Así es posible conseguir efectividad con una baja o con una alta productividad o eficiencia. Igualmente, se puede ser altamente eficiente o productivo sin haber sido efectivo.²²

Es importante destacar este último concepto, en tanto que una de las expresiones de la efectividad es la calidad. De esta manera, la calidad se relaciona no sólo con los costos y la productividad o eficiencia, sino que forma parte del concepto de efectividad, diferente de los otros dos.²⁵

Murray y Frenk en el documento titulado "Un marco de la OMS para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud" consideran que la eficiencia está estrechamente relacionada con el desempeño de un sistema de salud, que este desempeño debe evaluarse sobre la base de objetivos (en inglés goal performance) y que debe tomarse como eficiencia el grado en que un sistema alcanza los objetivos propuestos, con los recursos disponibles".²³

Algunos definen eficiencia en su relación con dos términos de similar interpretación semántica: eficacia y efectividad. La eficacia, en la esfera de la Salud Pública, se define como la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo fuera perfeccionar la atención médica. Debido a que las relaciones causa-efecto que implica esta definición pueden estar confundidas con diversos factores, la eficacia de un procedimiento suele evaluarse en condiciones experimentales o ideales. La eficacia de un



procedimiento o tratamiento en relación con la condición del paciente, se expresa como el grado en que la atención/intervención ha demostrado lograr el resultado deseado o esperado. La efectividad es de mayor alcance y se define como la medida del impacto que dicho procedimiento tiene sobre la salud de la población; por tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo. Es un atributo que sólo puede evaluarse en la práctica real de la Medicina. En la eficiencia se consideran los gastos y costos relacionados con la eficacia o efectividad alcanzadas. Se trata además de tres conceptos concatenados pues no se concibe eficiencia sin efectividad y ésta pierde sentido sin eficacia.²⁴

Un ejemplo concreto, que ilustra de manera sencilla la interrelación entre eficacia, efectividad y eficiencia en un contexto sanitario poblacional es el siguiente. Cierta intervención para dejar de fumar puede considerarse eficaz si, en un estudio apropiado, consigue reducir el número de fumadores entre los intervenidos en una magnitud aceptable y previamente establecida. Para conocer si esta intervención resulta también efectiva habría que introducirla en la práctica y medir, por ejemplo, si además de reducir las tasas de fumadores se logra, a largo plazo, también reducir las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón o la morbilidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el contexto social donde se viene empleando. La eficiencia de la intervención podría medirse entonces como la magnitud de reducción de la tasa de fumadores por unidad monetaria gastada en la implantación del programa. El programa es eficiente si tales niveles de eficacia y efectividad no se pueden alcanzar con menos recursos o si los recursos han sido menores que los necesarios en otros programas de igual eficacia y efectividad.²⁵



4.3 RELACIÓN ENTRE CALIDAD Y EFICIENCIA

Calidad y eficiencia son dos conceptos estrechamente relacionados, al punto que algunos consideran la eficiencia como parte de la calidad. Es obvio que un servicio cualquiera puede brindarse dentro de límites aceptables de calidad con más o menos eficiencia pero también es posible que una búsqueda desmedida de eficiencia vaya en perjuicio de la calidad.

Si bien en el ámbito de la salud el servicio central es el bien humano máspreciado y parecería injusto y hasta indeseable "cambiar" calidad por eficiencia, la natural escasez de recursos debe conducirnos a una posición más realista. Una posición que refleje la necesidad de alcanzar la mayor calidad en la prestación de servicios con el mínimo de recursos, o, quizás mejor, una posición que favorezca el uso más eficiente de los recursos disponibles dentro de límites aceptables de calidad. Por lo tanto, la búsqueda de la calidad, debe ser siempre más bien la búsqueda del mejor balance entre calidad y eficiencia.¹⁴

De acuerdo con lo anterior, la eficiencia clínica es un componente indiscutible de la calidad de la atención, en tanto coincide con la búsqueda de los mayores beneficios con los menores riesgos posibles dentro de un marco de costos razonables. En este caso, la relación entre eficiencia y calidad es directa y estrecha.

Si se acepta que la eficiencia de producción depende de los otros dos tipos de eficiencia, nuevamente resulta obvia la relación entre este último tipo y la calidad. Se trata de una relación directa, aún cuando tampoco forma parte de la calidad.

Para Deming la relación es muy clara, ya que las estrategias para mejorar la calidad conducen hacia un decremento en los costos, debido



a: la disminución en el número de eventos o procedimientos que deben repetirse por haberse realizado mal la primera vez; la disminución en los retrasos de procesos y procedimientos; la mejor utilización de los recursos, etcétera. De aquí que, al mejorar la calidad y evitar así las situaciones que se han mencionado, necesariamente se tienda hacia un incremento en la productividad.

4.4 RELACIÓN ENTRE CALIDAD Y COSTOS

Existe, pues, una relación entre beneficios-riesgos-costos, en la que el hipotético valor neto de la calidad podría calcularse al restar a los beneficios la suma de los riesgos más los costos, es decir: $\text{calidad} = \text{beneficios} - (\text{riesgos} + \text{costos})$. A esta relación, en la que se incluyen los costos a la relación beneficios-riesgos que definieron en primera instancia a la calidad, Donabedian la ha denominado el "modelo unificado de la calidad".²⁶

Existe, además, otra relación interesante entre la calidad y los costos, que se manifiesta no por el impacto de una pobre calidad en los costos, sino a la inversa; es decir, por el impacto de los costos sobre la calidad. En efecto, existe una clara evidencia de que un incremento en los costos, con el propósito de incrementar así la calidad, proporcionando mayores recursos, no necesariamente conduce al efecto deseado. Basta comparar los gastos per capita en salud de diversos países para constatar que no siempre quienes gastan más obtienen mejor calidad y efectividad.

Por último, Ullman señala que existe una percepción no totalmente justificada de que la calidad y el control de costos son incompatibles



debido a que, por una parte la calidad cuesta y, por la otra, los controles de costos afectan la calidad.²⁷

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Facultad de Odontología de la UNAM, se caracteriza por brindar atención a las necesidades de tratamiento a todo tipo de población, a un costo accesible por lo que es muy importante considerar y conocer el papel de la demanda de atención pública y necesidades de tratamiento. Surgen las siguientes preguntas: ¿Cuenta la Facultad con la infraestructura necesaria para resolver los problemas de atención?, ¿El personal de la clínica de admisión, cuenta con los conocimientos y habilidades necesarios para resolver los problemas de atención?.

6. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta que la caries dental es una enfermedad que afecta a más del 90% de la población mundial y que constituye un problema de salud pública, a partir del cual se derivan innumerables problemas odontológicos, que afectan la calidad de vida de las personas y provocan aislamiento social y problemas funcionales del aparato estomatológico, es necesario tomar en cuenta la calidad como factor determinante para la elección y utilización de atención pública y privada.

Son pocos los estudios realizados en México acerca de la identificación del principal motivo de consulta y necesidades protésicas. El contar con esta información, será de mucha ayuda para construir una infraestructura



sanitaria odontológica adecuada, con una tecnología acorde a sus necesidades.

7. OBJETIVO

7.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil de la demanda y las necesidades de atención en una muestra de pacientes que solicitan atención en la clínica de admisión en la Facultad de Odontología de la UNAM durante el periodo comprendido entre el 13 y 20 de marzo Marzo del 2006.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar el perfil socio-demográfico de la población establecida por edad y sexo.

Determinar el motivo de consulta a la Facultad de Odontología y las razones por la que ya no solicitan el servicio dental en su institución.

Conocer la opinión respecto a la calidad de atención en la clínica de adscripción, que tienen los encuestados.

Determinar las necesidades de atención que los pacientes tienen y jerarquizarlas.

Determinar la escolaridad de los pacientes que acuden a la clínica de admisión por primera vez.



8. METODOLOGÍA

La presente investigación, se realizó con los pacientes de nuevo ingreso de la clínica de admisión en la Facultad de Odontología de la UNAM.

-Se realizó comunicación formal con la encargada de la clínica de admisión, para realizar la investigación (Anexo1).

-Se elaboró el formato para capturar las variables de estudio (Anexo29).

-Se vaciaron los resultados en una base de datos en el programa EXCEL

-Se analizaron los resultados obtenidos en el EXCEL.

8.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes que asistieron por vez primera a la clínica de admisión de la Facultad de Odontología, del 13 al 20 de marzo del año 2006, en el turno matutino.

8.2 MUESTRA

40 Pacientes.

8.3 TIPO DE ESTUDIO

Observacional descriptivo.

8.4 VARIABLES DE ESTUDIO

8.4.1 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Necesidad de tratamiento.



- Calidad de la atención.

8.4.2 VARIABLES DEPENDIENTES

- Demanda de la atención.

8.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

1) edad	Se determinó en años cumplidos.
2) género	Se determinó como masculino y femenino.
3) Percepción mensual	Se determinó en moneda nacional
4) Ocupación	Se determinó como la actividad socioeconómica que ejerce actualmente
5) Escolaridad	Se determinó en el nivel de estudios concluidos.
6) Cuenta con Seguridad Social	Se determinó si cuenta, o no, con algún servicio de Seguridad Social Pública.



7) Percepción de la calidad de atención en su clínica

Se refirió a la opinión del paciente, a la calidad de atención que recibió.

8) Razón por la que dejó de atenderse en su clínica

Es el motivo del paciente, por el cual sigue o no asistiendo a su Servicio de Seguridad Social.

9) ¿Cómo se enteró que podía recibir atención dental en la Facultad de Odontología?

El paciente lo determinó como recomendación de un amigo o de algún estudiante de la Facultad de Odontología.

10) Motivo de consulta

Es la opinión personal del paciente por la cual asiste a la clínica de admisión de la Facultad de Odontología.

11) Necesidad de tratamientos.

Se determinó según la necesidad de tratamientos que requiere el paciente, después de haber ingresado de la clínica de admisión.



8.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

-Pacientes de género masculino y femenino, mayores de 18 años que acudan por primera vez a la clínica de admisión de la Facultad de Odontología en el turno matutino y que deseen participar

8.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que hallan sido tratados anteriormente en la Facultad de Odontología.

-Pacientes menores de 18 años.

-Pacientes que no quieran participar en el estudio.

-Pacientes del turno vespertino.

9. RECURSOS

9.1 HUMANOS

Tutor, asesor, 2 alumnos tesistas

Clínica de admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM.

9.2 INFRAESTRUCTURA

Biblioteca de la Facultad de Odontología UNAM.

9.3 RECURSOS MATERIALES

Hojas de encuesta, lápiz, pluma, PC, Excel, Cámara Digital.

9.4 RECURSOS FINANCIEROS

Solventado por los tesistas.



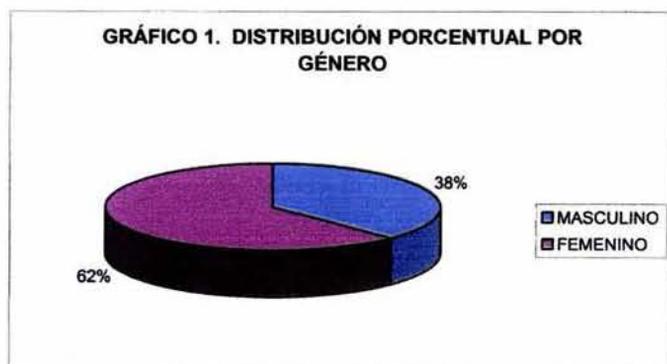
10. RESULTADOS

Los resultados obtenidos se muestran a continuación en tablas y gráficas.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PACIENTES		
VARIABLE EDADES	NO. CASOS	%
19-27	11	28
28-36	4	10
37-45	7	18
46-54	5	13
55-63	6	15
64-72	6	15
>75	1	3
TOTAL	40	100

Fuente directa

En cuanto a la edad de los pacientes el 28% se localiza en el rango de edad de 19 a 27 años, siendo un solo paciente mayor de 75 años.



Fuente directa

La proporción de pacientes en cuanto a género es de 38% para el masculino y 68% para el femenino.



Fuente directa

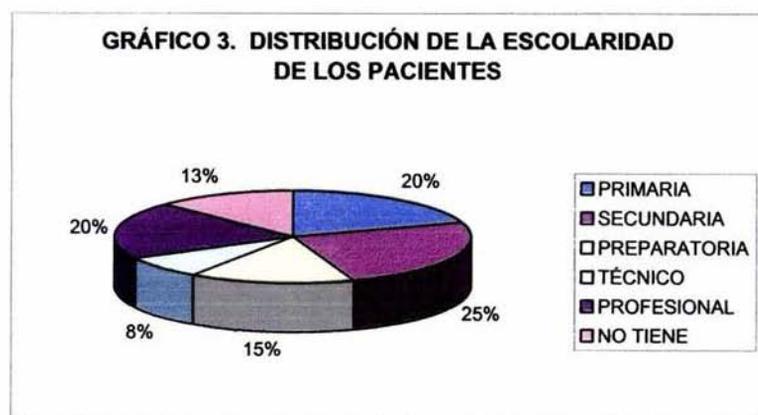
Existe una cantidad considerable de pacientes que tienen un ingreso menor a los \$5000 m/n mensuales. Los pacientes que tienen un ingreso de 15000 y mayor de 20000, fueron los pacientes que ingresaron a la clínica por recomendación de un familiar o de algún estudiante de la Facultad de Odontología.



TABLA 2. OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES		
VARIABLE OCUPACIÓN	NO. DE CASOS	
JUBILADO	3	8
EMPLEADO	3	8
PROFESIONAL	1	3
ESTUDIANTE	9	22
CHOFER	2	5
HOGAR	9	22
COMERCIANTE	5	13
NO TRABAJA	6	15
TRABAJA POR SU CUENTA	1	3
TOTAL	40	100

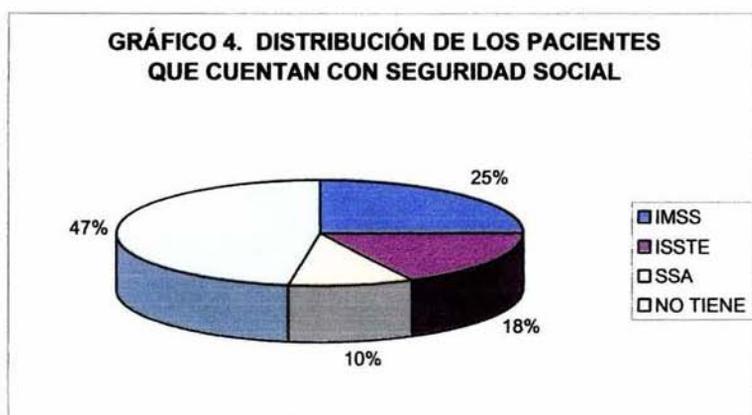
Fuente directa

La ocupación más frecuente en los pacientes fue estudiante y hogar, aquellos asistieron por recomendación de otro compañero.



Fuente directa

En cuanto a la escolaridad de los pacientes se muestra que el 25% concluyó o está por concluir los estudios profesionales, existe un 62% con escolaridad primaria, secundaria y técnico, aunque también existe un 13% sin preparación académica alguna.

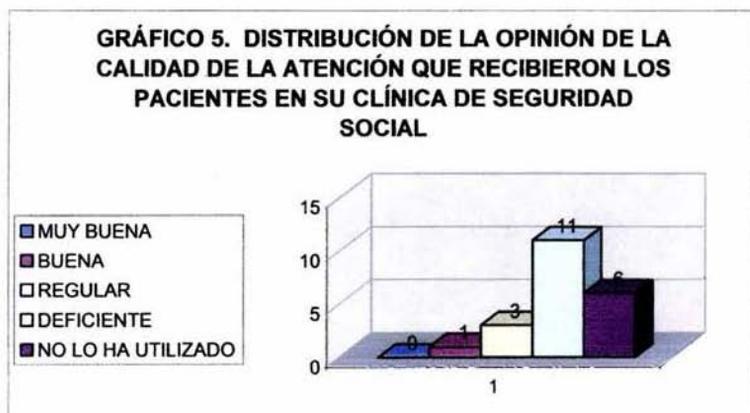


Fuente directa

Se encontró que el 47% de la población encuestada, no cuenta con ningún tipo de seguridad social, un 25% de la muestra, cuenta con IMSS pero en su



mayoría no lo utiliza porque las citas se dan en un un tiempo muy prolongado. Asimismo el 18% cuenta con el ISSTE, pero no lo utiliza porque la mayoría de los casos reporta apatía del médico. Por último mencionaremos que el 10% asiste a los servicios dentales dela SSA por absoluta necesidad, pues consideran que no es un servicio confiable y a la vez es demasiado tardado.



Fuente directa

En la opinión de los encuestados claramente se aprecia que el común denominador de la mayoría de los casos, la atención es deficiente, por lo cual se observa disgusto al referirse a este punto.



TABLA 3. RAZÓN, POR LA CUAL, LOS PACIENTES DEJARON DE ASISTIR A SU SERVICIO DE SEGURIDAD SOCIAL

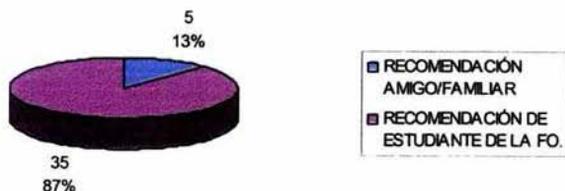
VARIABLE	NO. CASOS	%
DISTANCIA	0	0
FALTA DE TIEMPO	3	8
CITAS ESPACIADAS	7	18
FALTA DE TRATAMIENTO ADECUADO	5	13
EMPATIA CON EL DOCTOR	1	3
ASISTE ACTUALMENTE	1	3
SE ATIENDE A NIVEL PARTICULAR	2	5
FALTA DE CONFIANZA	1	3
NUNCA HAY LUGAR	1	3
NUNCA ASISTIÓ	1	3
TOTAL	21	100

Fuente directa

El principal motivo por el que dejaron de asistir al servicio fue por lo espaciado de las citas seguido por la falta de tratamientos adecuados, a decir de los encuestados.



**GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN
¿CÓMO SE ENTERÓ QUE PODÍA RECIBIR
ATENCIÓN DENTAL EN LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA?**



Fuente directa

Un gran porcentaje de los pacientes acudieron a la facultad por recomendación de algún amigo o familiar.

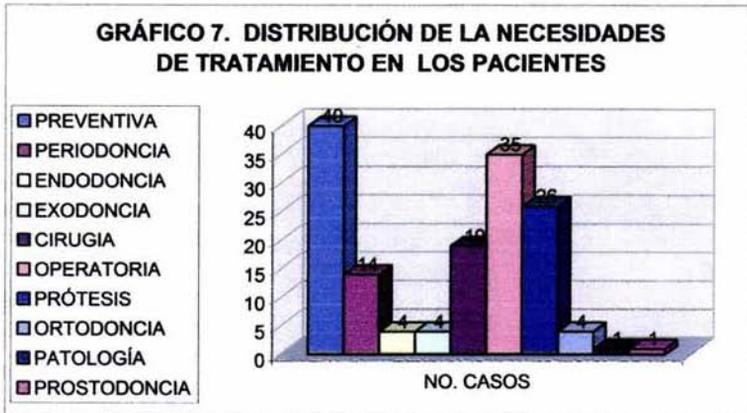
TABLA 4. MOTIVO DE LA CONSULTA

VARIABLE	NO. CASOS	%
DOLOR	10	25
REVISIÓN	9	23
PRÓTESIS	9	23
OPERATORIA	3	8
PERIODONCIA	2	5
ENDODONCIA	1	3
PREVENTIVA	3	8
PATOLOGIA	0	0
CIRUGÍA	1	3
ORTODONCIA	2	5
TOTAL	40	100

Fuente directa



El orden de los motivos de consulta son: en primer lugar el dolor, seguidos por revisión y necesidad de alguna prótesis.



Fuente directa

En esta gráfica se muestra la distribución de las necesidades de tratamiento sugeridos por la clínica de admisión.



11. CONCLUSIONES

Es innegable la ausencia de una cultura de calidad en los servicios odontológicos, por lo que se requiere la implementación de un programa permanente de garantía de calidad de la atención, entendida ésta como el conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los usuarios; todo esto realizado mediante cinco procedimientos indispensables: evaluación, monitoría, diseño, desarrollo y cambios organizacionales, lo anterior con el fin proporcionar una atención con calidad de manera permanente.

Es importante educar a la población que demanda atención odontológica tanto a nivel institucional como privado en una cultura de prevención de salud buco-dental y no de enfermedad.

Todas estas acciones se traducirán en una disminución de demandas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, tanto en instituciones de salud pública como de práctica privada.

Finalmente tomando en cuenta que la Facultad de Odontología de la UNAM es la punta de lanza en el país, tanto en docencia-investigación, como en atención y servicio, trabajos como el presente, ayudaran a optimizar la calidad con una infraestructura odontológica de acuerdo a la demanda de la población.



11. REFERENCIAS

1. Frank W.S.M. Verheggen, Meter P.M. Harteloh. La calidad de servicio en la atención a la salud: aplicación de resultados de la investigación mercadotécnica. *Salud Pública de México*, mayo-junio 1993, Vol. 35, No. 3
2. Ruelas Barajas, Enrique. Calidad, Productividad y Costos. IN: *Revista de Salud Pública de México*. México, D.F.: INSP May-Jun:1993; Vol. 35; No. 3
3. Ramírez Sánchez, Teresita de J., Nájera Aguilar, Patricia, et.al. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud den México: perspectiva de los usuarios. IN: *Revista de Salud Pública*. México. D.F.: INSP Ene-Feb 1998; Vol. 40, No. 1
4. Donabedian A. (1988) Los espacios de la salud. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México, D.F. Biblioteca de la Salud. Serie Clásicos de la Salud. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica, 1988.
5. Lara Flores Norma, López Cámara Víctor. Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos. *Revista ADM*, mayo-junio 2002, Vol. LIX, No. 3
6. Salazar A.. Evaluación de la calidad de la atención de caries dental en una clínica dental. *Revista Odontología Ejercicio Profesional* 2003;4
7. Barmes D., Diez de Bonilla F., Maupomé G. Recursos Humanos en Odontología: el reto por venir. *Práctica Odontológica* Vol. 15 No. 3
8. Maupomé, Gerardo. Reformas a la formación personal de atención bucodental clínica en México. *Práctica Odontológica*. Vol. 16, No. 1 1995.



9. Gómez R., Lara R. Estudio sobre el prestigio de diversas profesiones de la Ciudad de México, 1993. *Práctica Odontológica*. Vol. 16, No. 4 1995.
10. Rivas, Jesús. Los servicios de salud y el servicio odontológico. *Revista ADM*. Vol. LV. No. 4. jul-ago 1998.
11. López Víctor, Lara Norma. Trabajo odontológico en la Ciudad de México, crisis y cambios. UAM-Xochimilco. 1ra edición, México 1992.
12. Guzmán, Carlota. El futuro laboral: ¿Todo depende el odontólogo?. *Práctica odontológica*. Vol.16. 1995.
13. Rossetti Hugo. Salud para la Odontología. Argentina. 1995. 151 pag.
14. Shortell SM. Continuity of medical care: Conceptualization and measures. *Medical Care* 1976; 14: 337-91.
15. De la Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Barcelona, Edit. Doyma, 1991: 1-9.
16. Tello, Aurora, Satisfacción con la atención dental. ¿Se evalúa en la práctica diaria?
17. Silversin J, Kornaki MJ. Controlling dental disease through prevention: individual, institutional and community dimensions. In: Cohen LK and Bryant PS. *Social Sciences and Dentistry. A critical bibliography*, Vol. II Federation Dentaire nternationale, London. 1987: 145-200.
18. Gift HC. Utilization of professional dental services. In:Cohen L, Bryant PS. *Social Sciences and Dentistry. A critical bibliography*, Vol. II Federation Dentaire Internationale, London. 1984: 202-267.



12. ANEXOS



FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
JEFATURA DE ODONTOLÓGIA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
Oficio 05/03/07
Asunto: Solicitud de apoyo

Profesora
Elizabeth Powel Castañeda
Coordinadora de la Clínica de Admisión, turno matutino
Presente

Por este conducto me dirijo a Ud. para solicitar, de la manera mas aienta, su apoyo para que los alumnos Guillermo Sánchez Moreno y Rosaura E Moreno Vega puedan obtener información sociodemográfica y epidemiológica de algunos pacientes que acuden a solicitar atención en esa clínica en periodo del 10 al 20 de marzo del presente año .

Los citados alumnos están inscritos en el Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública y desarrollan su trabajo de tesis por lo que la información que requieren es necesaria para elaborar el trabajo ya mencionado.

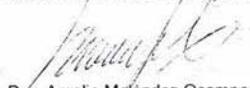
El levantamiento de información se realizaria de manera anónima, sin menoscabo de la salud de los encuestados y bajo la autorización de los mismos

Estamos consientes que es considerable la carga de trabajo en su área por lo mismo, nos comprometemos a ceñirnos a sus indicaciones

Agradezco su atención y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR DE MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad de México DF, a 10 de marzo del 2006


Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura

Anexo 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE TITULACIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

1.- NOMBRE _____

1.- EDAD

2.- SEXO M F

3.- INGRESO MENSUAL

4.- OCUPACIÓN

1) DESPLAZADO 2) EMPLEADO 3) TÉCNICO 4) PROFESIONAL 5) ESTUDIANTE 6) NO TRABAJA 7) CHOFER

5.- ESCOLARIDAD

1) PRIMARIA 2) SECUNDARIA 3) PREPARATORIA 4) TÉCNICO 5) PROFESIONAL 6) POSGRADO

6.- CUANTÍA CON SEGURIDAD SOCIAL

1) NUNCA 2) SIEMPRE 3) SI 4) NO TENGO 5) OTRO/ESPECIFIQUE

7.- PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SU CLÍNICA

1) MUY BUENA 2) BUENA 3) REGULAR 4) DEFICIENTE 5) NO LA HA UTILIZADO

8.- RAZÓN POR LA QUE DEJÓ DE ATENDERSE EN SU CLÍNICA

1) DISTANCIA 2) FALTA DE TIEMPO 4) CITAS ESPACIADAS 5) FALTA DE TRATAMIENTO ADECUADO
3) EMPATÍA DEL DOCTOR 7) OTRO/ESPECIFIQUE

EXPLIQUE _____

9.- ¿COMO SE ENTERÓ QUE PODÍA RECIBIR ATENCIÓN DENTAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA?

10.- MOTIVO DE CONSULTA

1) DOLOR 2) REVISIÓN 3) PROTESIS 4) OPERATORIA 5) PERIODONCIA 6) ENDONANCIA
7) PREVENTIVA 8) PATOLOGÍA

11.- NECESIDAD DE TRATAMIENTO

1°

5°

2°

6°

3°

4°

Anexo 2