

**BARRERAS DE ACCESO AL SERVICIO ODONTOLÓGICO DE LOS
PACIENTES QUE SE ATIENDEN EN COPRESALUD IPS EN LA CIUDAD DE
CARTAGENA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2014**

AUTORES:

LAURA MARGARITA HERNANDEZ SARAVIA

PATRICIA EUGENIA TAVERA GUTIERREZ

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

CARTAGENA DE INDIAS

2014

**BARRERAS DE ACCESO AL SERVICIO ODONTOLÓGICO DE LOS
PACIENTES QUE SE ATIENDEN EN COPRESALUD IPS EN LA CIUDAD DE
CARTAGENA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2014**

AUTORES:

LAURA MARGARITA HERNANDEZ SARAVIA

PATRICIA EUGENIA TAVERA GUTIERREZ

Estudiantes cohorte XXII de gerencia en salud

TUTOR:

MONICA DE LA VALLE ARCHIBOL

Especialista en Gerencia en salud Universidad de Cartagena

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

CARTAGENA DE INDIAS

2014

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Cartagena por todo el apoyo académico y administrativo durante la realización de este proyecto. A la IPS COOPERSALUD por permitirnos el ingreso a las distintas sedes, así como a la gerente, quien nos facilito el desarrollo de la recolección de los datos. A todos los usuarios encuestados, cuya información fue vital para la obtención de estos resultados.

CONTENIDO

	Pag
INTRODUCCION _____	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	13
1.1 Descripción del problema _____	13
1.2 Formulación del problema _____	17
2. OBJETIVOS _____	18
2.1. Objetivo general _____	18
2.2. Objetivos específicos _____	18
3. JUSTIFICACION _____	19
4. MARCO TEORICO _____	21
4.1 Marco histórico _____	21
4.2 Marco legal _____	23
4.3 Marco conceptual _____	25
4.4 Marco institucional _____	32
4.5 Marco referencia _____	34
4.5.1 Estudios internacionales sobre acceso a servicios de salud oral _____	34
4.5.2 Investigación sobre acceso a servicios de salud oral en Colombia _____	37
5. METODOLOGIA _____	40
5.1 Población _____	40
5.2 Variables _____	41
5.3 Instrumentos _____	45
5.4 Análisis estadístico _____	46

	Pag
6. RESULTADOS _____	47
7. DISCUSIÓN _____	57
8. CONCLUSIONES _____	61
9. RECOMENDACIONES _____	62
10. GLOSARIO _____	63
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS _____	65
12. BIBLIOGRAFIA _____	68

LISTA DE TABLAS

	Pag
Tabla1. Operacionalización de variables _____	42
Tabla2. Variables sociodemográficas _____	48
Tabla 3. Barreras de acceso relacionadas con la oferta _____	51
Tabla 4. Barreras de acceso de tipo geográficas _____	53
Tabla 5. Barreras de acceso de tipo económico _____	54
Tabla 6. Barreras de acceso de tipo cultural _____	55
Tabla 7. Barreras de acceso de tipo social _____	56

LISTA DE GRAFICAS

	Pag
Grafica 1. Distribución del sexo de los participantes _____	47
Grafica 2. Edad de los participantes _____	47
Grafica 3. Tiempo de asignación de citas _____	49
Grafica 4. Número de veces de asistencia a odontología _____	50
Grafica 5. Percepción de la calidad del servicio odontológico _____	50
Grafica 6. Última visita odontológica de los participantes _____	52
Grafica 7. Tiempo desde la vivienda hasta la IPS _____	53
Grafica 8. Medios de transporte utilizados por los participantes _____	54
Grafica 9. Percepción de problemas de salud bucal de los participantes _____	56

LISTA DE ANEXOS

	Pag
Anexo 1. Instrumento de recolección de la información _____	73
Anexo 2. Consentimiento informado para participantes de Investigación _____	79

RESUMEN

Objetivo. Establecer las barreras que afronta la población que asiste a consulta odontológica en la IPS COPRESALUD que se encuentran vinculados a la EPS-S COOSALUD, para acceder a los servicios de salud oral en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del año 2014.

Métodos. La muestra fue de 250 usuarios afiliados a la IPS COOPRESALUD de la ciudad de Cartagena. Para la recolección de los datos se aplicaron encuestas estructuradas tipo cuestionario a los usuarios que asistieron a consulta a la sede El Pozón de la IPS. La información obtenida fue analizada a través de distribuciones de frecuencia.

Resultados. El 77% eran de sexo femenino con un promedio de edad de 38,7 años, el 66,7% de los tratamientos odontológicos iniciados en la IPS habían sido terminados y el número de veces más frecuente que han usado el servicio es de 10, 79% consideran de mala calidad al servicio odontológico prestado, entre las barreras más frecuentes es están el tiempo de asignación de citas, la percepción de calidad del servicio, horarios, infraestructura, dificultades para trasladarse hasta el sitio de atención, vivienda lejos, gastos para el traslado, creencias, miedo a las agujas, instrumentos rotatorio, a procedimientos quirúrgicos y pena a mostrar la cavidad bucal,

Conclusión. La accesibilidad al servicio odontológico de los pacientes atendidos en una sede de COPRESALUD IPS en la ciudad de Cartagena está siendo afectado por barreras culturales, geográfica, sociales, económicas y de oferta, lo que sugiere la necesidad de intervención educativa en la población para que se disminuyan estas barreras y puedan acceder a la atención odontológica, del mismo modo que las instituciones prestadoras de salud deben estar en autoevaluación constante para prestar un servicio con calidad.

Palabras clave. Barrera de acceso, odontología, servicio de salud

INTRODUCCION

Cuando Colombia reformo radicalmente su sistema de salud con la implementación de la ley 100 de 1993; se creó el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) comprendido por dos esquemas: el régimen contributivo para la población asalariada y con capacidad de pago y el régimen subsidiado para la población con menos capacidad de pago.

Este modelo significo la introducción de administradoras de fondos públicos: empresas promotoras de salud (EPS) para el régimen contributivo, y administradoras del régimen subsidiado (ARS) que compiten por la afiliación de la población, y deben garantizar paquetes de beneficios diferentes en cada régimen a cambio de un pago per cápita. La reforma también introdujo la competencia entre los proveedores públicos y privados, denominados INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS).

Con todas estas reformas realizadas en nuestro sistema, lo que se ha buscado es la ampliación de la cobertura en salud de cada una de las personas que habitamos el territorio nacional, pero pese a esto, y a lo consagrado en la constitución política en donde se expone el derecho a la salud como un deber irrenunciable y una obligación del estado; no se han podido mitigar las falencias que existen en cuanto al acceso y a la utilización de estos servicios y más específicamente en el acceso a los servicios de salud odontológicos.

Constituyéndose este ultimo en un motivo de gran preocupación para las INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) pues, en la actualidad son muy pocas las personas las que acuden a utilizar el servicio de

odontología de manera preventiva y desafortunadamente los odontólogos nos hemos convertido en una de las principales fobias para la población haciendo mucho más difícil que las personas acudan a nosotros de forma voluntaria pues estamos asociados a dolor lo que hace que nuestro servicio solo sea utilizado en caso de urgencias.

En nuestro proceso de aprendizaje hemos recibido formación profesional en análisis clínico, uso de materiales, instrumental y equipos para el tratamiento de la salud oral; en el momento de cursar la especialidad en Gerencia en salud, hemos adquirido diferentes conceptos, por medio de los cuales nos hemos ido familiarizando con diversas disciplinas que nos han hecho comprender la importancia que tiene un usuario como un centro de un servicio.

Como nos hemos dado cuenta en nuestro diario vivir con nuestras prácticas profesionales, la mayoría de los pacientes que asisten a consulta odontológica, perciben una situación de inconformidad basados en desconocimiento de sus deberes, falta de información, inconformidad por el servicio e incluso malos tratos por parte de los prestadores de servicio de atención odontológica. Ello hace que los pacientes no asistan de forma periódica a controles de salud dental.

Por lo anterior y gracias a lo aprendido durante la especialización, consideramos que en la actualidad se han podido establecer patrones de comportamiento frente a la consulta odontológica que sin quererlo están arraigados a traumas tempranos y experiencia negativas relacionadas con este servicio. Se han detectado entre otros la influencia tanto de variables individuales (conductas) como de variables contextuales (ambiente físico, político o económico). Las posibles barreras de

acceso a los servicios de salud en diferentes niveles: Las barreras económicas, sociales, culturales, de tipo geográfico entre otras; estas se han constituido en el principal obstáculo para la utilización de los servicios de salud bucal de la población, y básicamente lo que queremos mostrar con esta investigación es la identificación de estas barreras que limitan el acceso a los servicios de salud odontológico y que estas pueden ser internas o externas posibilitando o limitando la utilización de este servicio,

Además queremos sensibilizar al personal de odontología, para generar ciertos cambios en la atención del paciente y así pretender que el cuidado de la salud dental del paciente sea importante y que este acuda oportunamente a los servicios de odontología no solo de forma curativa cuando ya exista un daño sino también de forma preventiva minimizando así los daños irreparables que se puedan ocasionar.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

COPRESALUD es una institución prestadora de servicios de salud (IPS) de primer nivel, de naturaleza privada, que le ofrece a los usuarios de la EPS-S COOSALUD servicios de consulta de odontología, medicina general y laboratorio clínico. Cuenta con tres (3) sedes ubicadas en la zona sur-oriental de la ciudad de Cartagena, en los barrios Olaya, Boston y El Pozón siendo la sede de Olaya la principal pues en ella funciona la parte administrativa de la entidad. Cada una de la sedes cuenta con cuatro consultorios de consulta externa, un área de toma de muestras de laboratorio y un consultorio de odontología general.

Con la finalidad de ofrecer servicios de salud integrales y de abarcar los objetivos en cuanto a cobertura institucional, la consulta de odontología general se constituye en una herramienta de gran importancia para mantener el buen funcionamiento y sostenibilidad de la IPS. Según los parámetros establecidos al interior de la institución, se deben atender en promedio para el área de odontología 24 pacientes, los cuales previamente deben apartar una cita; según la información analizada en las estadísticas de demanda del servicio del primer semestre de 2013, solo el 10% de los pacientes aparta una cita y acude a consulta¹. La aparente reducción que se ha presentado con respecto al número de cita tomadas por los pacientes comparada con la de años anteriores, ha hecho que los profesionales que laboran en esa área se vean obligados a cumplir las metas en cuanto al número de pacientes a atender diariamente con aquellos que

¹ Análisis estadístico, Demanda del servicio de odontología del primer semestre del año 2013

están en los pasillos esperando cita de medicina general o esperando turno en el laboratorio clínico.

La dirección de la IPS ha manifestado preocupación e incertidumbre sobre la baja demanda de pacientes a la consulta odontológica, y se ha preocupado por buscar soluciones y estrategias que den respuesta a lo anterior. Debido a que no se han encontrado causas aparentes sobre dicha problemática, se hace permitente evaluar e investigar las barreras sociales, económicas, geográficas y culturales que afronta la población de estrato socioeconómico bajo que asiste a consulta odontológica en la IPS COPRESALUD que se encuentran vinculados a la EPS-S COOSALUD, para acceder a los servicios de odontología general en la ciudad de Cartagena.

Además de la baja demanda de pacientes a la consulta odontológica de la IPS, esta afronta otros problemas que van de la mano con esta situación:

- Bajo flujo de efectivo en caja debido a una disminución en la facturación pues al no tener cobertura del servicio al 100% esta situación hace que el recaudo de la institución se vea afectado, dando inestabilidad financiera a la IPS y proporcionando desequilibrio a los balances que se tienen y a los que se plantean como metas para poder tener solvencia y liquidez.
- Subutilización del consultorio de odontología general; pues al no cubrir con la cobertura del servicio se generan espacios en los que se dejan de realizar recaudos por la prestación de este servicio.
- Recurso humano insatisfecho; de acuerdo a la situación que se está presentando con la disminución en el número de citas odontológicas se generan espacios de ocio e improductividad por parte de los profesionales del área de odontología, generando así mismo malestar por parte de algunos debido a que al no cumplir con el número de pacientes atendidos por día les toca buscar medios para llenar agendas tomando así mismo

pacientes que están esperando cita de medicina general para cumplir con esas metas diarias de pacientes atendidos.

En Colombia el panorama de esta problemática no es una excepción. Hasta el momento se han realizado tres estudios nacionales de morbilidad² para establecer la situación de salud oral de la población y las necesidades de atención odontológicas. El último estudio (ENSAB III), realizado en 1998 encontró, en relación con la demanda y utilización de servicios de salud bucal, que del 82.9% de la población que refiere haber sentido alguna vez dolor en una muela o diente, solo el 66% consulto al odontólogo, el 32% tomo analgésicos, el 16% utilizo remedios caseros y el 7% uso antibióticos, llamando la atención los niveles de automedicación y el que sólo se consulta al odontólogo cuando la enfermedad se torna incapacitante. El 22.2% de los encuestados refiere haber tenido algún problema dental o en la boca en el último mes (urgencia), siendo el problema más frecuente el dolor de muelas o dientes (60.5%) seguido por la presencia de caries dental, sangrado de la encía, pérdida de obturaciones y dientes, fracturas dentales y de prótesis, inflamación de la cara, dificultad para abrir la boca y otros. De estas personas, sólo consulto el 45%, principalmente por la pérdida de dientes y por la fractura de prótesis y el 12.3% dejó de asistir a su trabajo o al estudio, o no pudo realizar sus actividades ordinarias durante un tiempo promedio de 3 días, situación que aumenta el ausentismo escolar y laboral impactando negativamente la productividad del individuo. Como causas de no consulta se reportaron la falta de dinero, la dificultad en el acceso a los servicios para consultas regulares ya sea por vivir en zonas rurales o por no tener afiliación a la seguridad o pertenecer al régimen subsidiado; además por la deficiencia en la oportunidad y en la organización de los servicios para responder a las diferentes percepciones y representaciones de las personas tanto de la boca como de la enfermedad bucal y la credibilidad de la población frente a la profesión odontológica.

²El primero entre 1965-66 fue la Investigación Nacional sobre Morbilidad Oral, el segundo entre 1977-80 fue el II Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB II) y el último el ENSAB III en 1998.

Es necesario considerar como un tema relevante la atención odontológica propiamente dicha, ya que se podría pensar que el acceso a los servicios odontológicos no ha sido una prioridad en el sistema, que existen problemas para que la población logre acceso efectivo a los mismos, o que cuando se logra el acceso al servicio, este no es eficaz. Por ello, uno de los elementos necesarios a la hora de intervenir, es tener una caracterización sobre cuál o cuáles son los problemas, o limitantes y los factores que favorecen el acceso a los servicios de atención bucal.

Por su parte, cifras oficiales de los hospitales de la red pública, divulgadas por la misma Secretaría Distrital de Salud en el Boletín de estadísticas de 2007³, exponen algunos datos que pueden sugerir problemas de acceso a los servicios de salud oral. Éstas señalan que el 17 número de consultas (valoraciones de primera vez) odontológicas realizadas durante el año en mención fue de 1'055.851; sin embargo, el número de tratamientos terminados solo alcanzó 519.046, lo que indica que del total de individuos que inició tratamiento odontológico solo el 49% logró terminarlo.

Esto a pesar de la existencia de una Política Pública de Salud Bucal que plantea como uno de sus ejes centrales la garantía del acceso a los servicios de salud oral de la población, muestra que persisten los problemas de acceso y no se cuenta, ni en la ciudad ni en el país con estudios específicos en este tema que puedan ilustrar su magnitud.

³Secretaría Distrital De Salud Bogotá. (enero – diciembre, 2007). Boletín de estadísticas No 7.

El tema del acceso a los servicios de salud oral, es trascendental para el mejoramiento de las condiciones bucales y por ende para el aumento del bienestar y la calidad de vida de la población. No obstante, solo se encontró en la literatura un estudio nacional sobre este tema que puede orientar las intervenciones para mejorar la salud oral.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA:

Por estas razones, nos preguntamos: ¿Cuáles son los factores que se asocian a la utilización de este tipo de servicios?, ¿cuáles son las barreras que impiden que los individuos logren un acceso efectivo a los servicios de atención odontológica?, ¿cuáles pueden ser explicadas por condiciones propias de la población, cuáles por las características del sistema de atención, cuáles por la relación entre ambos?, ¿Cuáles son los factores que determinan el bajo flujo de pacientes en consulta odontológica en la IPS COPRESALUD y como se relaciona con la percepción que tienen los usuarios de la misma?, ¿Qué efectos o consecuencias pueden tener a nivel de salud oral la deserción de pacientes de las consultas odontológicas?, ¿Porqué motivos asisten los pacientes a consultas odontológica más frecuentemente?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer las barreras que afronta la población que asiste a consulta odontológica en la IPS COPRESALUD que se encuentran vinculados a la EPS-S COOSALUD, para acceder a los servicios de salud oral en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del año 2014.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores demográficos y socioeconómicos de la población de estudio.
- Determinar la oportunidad de citas para consulta de odontología general en la IPS COPRESALUD y la frecuencia de uso de los mismos.
- Establecer la percepción de los usuarios, que posibilitan o limitan el acceso a los servicios de atención odontológica.
- Identificar el grado de conocimiento, creencias y mitos sobre el servicio odontológico que presentan los usuarios que acuden a la consulta..
- Determinar los principales motivos de consulta odontológica y establecer la continuidad y finalización del tratamiento presentado al paciente.

3. JUSTIFICACION

Los problemas de morbilidad oral constituyen una carga importante de enfermedad no solo en el país sino también a nivel mundial, buena parte de la cual está relacionada con la situación del acceso a los servicios de salud oral, de la que depende, en muchos casos, la obtención de una condición de salud bucal adecuada.

La accesibilidad a la consulta ambulatoria se constituye en un factor de vital importancia para el sector salud, y determinar cuáles son las causas que limitan o facilitan el acceso al servicio odontológico por parte de los pacientes genera un reto a superar, ya que si la población accede a los servicios de atención odontológica, se tienen ganancias significativas en la situación de salud y se contribuye a disminuir las grandes cargas de enfermedad oral que se traducen en altos costos para el sistema y la población.

Debido a esto, si no se cuenta con instrumentos que nos ayuden a evaluar lo que la población de nuestro interés conoce, piensa y percibe acerca de la salud oral y el acceso que tienen a este servicio no se podrán instaurar ningún tipo de estrategias que ayuden a identificar las falencias que existen, así como también se podrán evitar errores u omisiones en la práctica de hábitos de higiene oral transmitiéndose a futuras generaciones, por lo que es inminente educar y concientizar a la comunidad sobre la repercusiones que trae el no asistir a visitas periódicas a el odontólogo no solo de manera curativa sino también para prevenir y hacer control.

Por lo tanto se hace necesario diseñar herramientas eficaces, de fácil manejo, comprensibles y de práctico análisis que recopilen datos de interés acerca de las limitaciones en las oportunidades de acceso a los servicios de atención odontológica de la población y cómo se distribuyen esas causas, al mismo tiempo se educa sobre causas de trastornos orales, formas de prevención, importancia de las estructuras bucales, entre otros.

En nuestra entidad desafortunadamente no se han realizado estudios que nos indiquen las fallas existentes en este. Por lo cual se justifica la intervención poblacional en este tópico con el objetivo de generar una fuente de información que permita más adelante el desarrollo de programas que motiven a la población en estudio a la asistencia a consulta odontológica no solo para realizar tratamientos curativos si no para realizar chequeos generales de control y prevención, además, llegar directamente a las verdaderas necesidades de la colectividad sin cabida a fracasos en la relación costo beneficios, que favorezca a los pacientes disminuyendo la morbilidad existente en cuanto a trastornos odontológicos, así como también para concientizarlos de la importancia de adoptar hábitos saludables que beneficien las estructuras bucales, y por ende propicie la salud oral, la cual es integral y esencial para la salud general y un determinante en la calidad de vida.

4. MARCO TEORICO

4.1 MARCO HISTORICO

El acceso a los servicios de salud ha venido siendo desde hace varias décadas, una de las principales preocupaciones de las políticas públicas sanitarias a nivel global. El interés que suscita este tema en particular, parte de reconocer la estrecha relación que se genera entre el mejoramiento de la salud y la calidad de vida y la posibilidad de lograr un acceso efectivo a los servicios de salud.

En la literatura de los últimos 35 años se han usado indistintamente los términos acceso, accesibilidad y uso de los servicios sanitarios, para referirse a la relación entre la población y los servicios de atención médica. En general, existen cuatro enfoques en torno a este tema. El primero señalado por Donabedian (1973) citado por Aday y Anders⁴ en 1974, se refiere al acceso simplemente como el hecho fáctico del ingreso al sistema o el uso de servicios de atención en salud.

El segundo enfoque con una visión un poco más amplia, plantea el acceso como la relación entre la población y el sistema de prestación de asistencia sanitaria. Al respecto existen posiciones como las de Aday y Andersen (1974) quienes señalan que el acceso es un indicador social de la relación de los individuos con el sistema de salud, o como las de Penchasky y Thomas⁵ en 1981, y Frenk⁶ en 1985

⁴Aday, L., y Andersen, R. (1974). Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica: En investigaciones sobre servicios de salud, Una antología, publicación científica No. 534, Washington, OPS 1990, p. 604-613.

⁵Penchansky, R., y Thomas, W. (1981). The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction: Medical care, vol. XIX, No 2, p. 127-140.

⁶Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad: En investigaciones sobre servicios de salud, Una antología, publicación científica No. 534, Washington, OPS, 1990, p. 929-943.

quienes lo expresan como “el grado de ajuste” entre los clientes y el sistema para la búsqueda y obtención de la atención.

Otra perspectiva frente al tema establece que esa interacción entre la población y los servicios de atención se da con el propósito de satisfacer una necesidad o darle respuesta a una condición de salud determinada, Arredondo y Meléndez ⁷ en 1992; Eslava *et al*⁸ en 1999.

Y finalmente un enfoque más amplio considera que el acceso es la relación entre los servicios y la población que involucra el grado en el cual los individuos obtienen los servicios de salud que necesitan, y enfatiza en los cambios favorables en salud como resultado de la utilización de esos servicios, Millman⁹ en 1993. Este último, si bien presenta una postura más amplia, tiene el inconveniente de atribuirle la carga de los resultados positivos en salud al acceso a los servicios, desconociendo que los logros en salud dependen de la interacción de una serie de factores bio-psico-eco-sociales que predisponen y condicionan la salud de los individuos, y no es suficiente el hecho de alcanzar un acceso efectivo a los servicios para mejorar dichas condiciones y obtener un impacto positivo.

4.2 MARCO LEGAL

La constitución política de Colombia de 1991 habla acerca de la igualdad del servicio de salud, del derecho a la salud y que esta debe ser equitativa y accesible a toda la población, en sus artículos 48 y 49 establece que

⁷ Arredondo, A., y Meléndez, V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis: Salud Pública, México; 34: 36-49.

⁸ Eslava, J., et al. (noviembre, 1999). Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población del régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel III del SISBEN de 14 localidades del Distrito. Bogotá: Protocolo y principales hallazgos. Pontificia Universidad Javeriana, CENDEX.

⁹ Millman, M. (1993). Access to Health care in America, Committee on monitoring access to personal health care services: Institute of Medicine.

“Artículo 48: *La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.”*

“Artículo 49. *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los*

*habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.*¹⁰

Con la ley 100 de 1993¹¹, ratificada por la ley 1122 del 2007¹², se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, un sistema estratificado que divide a la población según capacidad de pago en afiliados al régimen contributivo (aquellas personas con capacidad financiera para cotizar al sistema y sus familias), y afiliados al régimen subsidiado que son los individuos sin facultad de pago. En la cual el acceso a los servicios de salud oral se garantizan de acuerdo con el tipo de afiliación, que es la base para determinar el paquete de beneficios al que tiene derecho la población y el tipo de financiación, la cual en últimas determina la disponibilidad, el acceso y la eficiencia de los servicios prestados.

Así mismo, el protocolo de la investigación será sometido a la evaluación del comité de ética y la participación de los usuarios estará regulada a través de un formato de consentimiento informado por escrito que diligenciarán. Estos aspectos están basados en la resolución 8430 de 1993 Ministerio de Salud.

¹⁰ COLOMBIA, CONGRESO NACIONAL DE LA REPUBLICA. Constitución política de Colombia de 1991

¹¹ COLOMBIA, CONGRESO NACIONAL DE LA REPUBLICA. Ley 100 (23, diciembre, 1993) por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C. 1993. No 41148. P. 1-168

¹² COLOMBIA, CONGRESO NACIONAL DE LA REPUBLICA. Ley 1122 (9, enero, 2007) por la cual se realizan ciertas modificaciones al sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C. 2007

4.3 MARCO CONCEPTUAL

Según lo planteado por Aday y Andersen (1974), existen tres determinantes dentro de las características de la población que median el uso de los servicios: predisposición, capacidad y necesidad. El primero se refiere a factores como la edad, el sexo, la raza, la religión y los valores adjudicados a la salud y la enfermedad que “predisponen” en los individuos la utilización de los servicios; el segundo representa los recursos disponibles (propios y familiares) que tienen los individuos para acceder a los servicios, e incluyen el nivel de ingreso, el tipo de aseguramiento y la cobertura; y el tercero, alude a las condiciones de salud que determinan la necesidad de acceder a los servicios, las cuales pueden ser establecidas por la percepción del individuo o bien inducidas por profesionales de la salud.

Las características del sistema de atención, por su parte se engloban en dos grandes componentes: uno hace referencia a los recursos destinados a la prestación del servicio que incluyen tanto el personal como el capital (instalaciones, equipos, materiales), y el otro a la organización, esto es, al proceso de coordinación entre los agentes de salud y los servicios, para su prestación.

Otros autores han establecido dimensiones particulares del acceso, Penchasky y Thomas (1981) por ejemplo, establecieron una clasificación distinguiendo cinco atributos del acceso: *disponibilidad*, que hace referencia a la suficiencia en la oferta de talento humano en salud, recursos físicos y recursos tecnológicos para la atención; *accesibilidad*, que indica la relación entre la ubicación geográfica de la oferta de servicios de salud con respecto a los usuarios e incluye factores como tiempo de desplazamiento, distancia y costo; *acomodación*, que tiene que ver con la organización propia de los servicios; *capacidad financiera*, que vincula la

cobertura en la prestación de los servicios y el precio que el individuo debe pagar o el costo del seguro; y *aceptabilidad*, que se refiere a la relación dual entre las actitudes de los usuarios frente a las características del proveedor o entre las actitudes de éstos frente a las características de los usuarios.

Para Andersen et al¹³, (1983) el proceso de acceso a los servicios de atención médica tiene dos grandes dimensiones: el acceso potencial y el acceso real. El primero hace referencia a la probabilidad de acceso que depende tanto de las características estructurales del sistema (disponibilidad de instalaciones y proveedores de salud, organización de la oferta), como de las características de la población (necesidades, estado de salud, pretensiones, creencias, aseguramiento, sexo, etc.); el segundo, refleja el uso efectivo o real de los servicios y se relaciona con la satisfacción del usuario y la percepción de calidad.

De lo anterior se resume que existen en el acceso unas características relativas a la población, otras relativas a los servicios y otras relativas a la relación establecida entre ellos. Éstas características pueden funcionar como factores pre disponentes que favorecen el uso de los servicios de salud o como factores limitantes que lo obstaculizan, convirtiéndose en barreras para la atención.

Las barreras o factores limitantes han sido agrupados en varias categorías de acuerdo con las perspectivas teóricas de diferentes autores. Frenk (1985) por ejemplo, clasifica las barreras de acceso de acuerdo con la fuente de obstáculos de donde provengan. De esta forma las divide en obstáculos ecológicos,

¹³ Andersen, R., Mccutcheon, A., Aday, L., Chiu, G., y Bell, R. (1983). Exploring dimensions of access to Medical Care: Health services research 18:1, spring.

financieros y organizativos. Por los primeros se entiende la serie de limitaciones originadas por la ubicación de los sitios de atención, pudiendo generar consecuencias en cuanto a distancia, tiempos de desplazamientos y tiempos de transporte. Los segundos comprenden los ingresos familiares y los precios del proveedor, y los terceros son aquéllos obstáculos provenientes de la organización de los recursos de atención en salud, que se pueden presentar a la entrada (barreras iniciales que interfieren en el contacto inicial del individuo con el sistema) o al interior de las instituciones de prestación de servicios de salud (barreras que interfieren con la atención oportuna y la continuidad una vez se ha ingresado a una institución).

Para Frenk (1985) la población tiene un “poder de utilización” que son ciertas condiciones propias que le permiten resolver esas limitaciones o barreras para el ingreso al sistema. De acuerdo con ello, para las barreras ecológicas el individuo puede hacer uso del poder de tiempo y transporte, para las organizativas utiliza el poder de trato con las organizaciones, y para las financieras utiliza los recursos económicos de que dispone.

Millman (1993) por su parte, sostiene que las barreras señalan los problemas que la población o los individuos enfrentan al tratar de ingresar u obtener la prestación de determinados servicios de salud. El autor estructura un modelo en el que identifica tres principales barreras: estructurales, financieras y personales.

La principal causa de las barreras estructurales se debe a la forma como el sistema de salud está financiado, aunque existen otras causas subyacentes determinadas por la configuración organizacional y el tipo, número o ubicación de

los proveedores de servicios de salud. Las barreras financieras tienen sus orígenes en las limitaciones de la población para asumir los costos provenientes de los servicios de atención en salud, y se establecen de acuerdo a las siguientes características: aseguramiento, cobertura y nivel de reembolso (en los sistemas en los que aplica). Finalmente las barreras personales son motivadas por los comportamientos sociales de las personas frente a la salud, los cuales pueden ser resultado de las percepciones del individuo sobre su cuerpo, su estado de salud, las diversas alternativas para resolver los problemas de salud (medicina tradicional o alternativa) y los dominios psicológicos o psicosociales.

Shengelia et al.,¹⁴ (2003) consideran el acceso como la relación entre los factores predisponentes de la población (percepción del individuo acerca de la enfermedad, factores culturales, sociales y epidemiológicos) y los factores posibilitantes del sistema de atención (recursos, estructuras, instituciones, procedimientos y regulaciones). Aunque no hablan específicamente de barreras de acceso exponen que las diferencias que se presentan entre la cobertura efectiva (descrita por ellos como la obtención efectiva de una intervención, que implica mejoramiento de los resultados en salud) y la potencial (probabilidad de recibir una intervención) se pueden deber a las siguientes brechas o situaciones diferenciales:

- Disponibilidad de recursos (medicamentos, equipos y recurso humano)
- Disponibilidad física (proximidad geográfica de los recursos a la población)
- Accesibilidad financiera (precio que el individuo debe pagar por los servicios)

¹⁴Shengelia, B., Murray, C., y Adams, O. (2003). Beyond access and utilization: Defining and measuring health system coverage: Murray CJL, Evans DB, editors. Health systems performance assessment. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 221-234.

- Aceptación cultural (creencias populares, religión y normas sociales)
- Calidad del proveedor
- Elección estratégica (se refiere al tratamiento suministrado por el personal de salud que bien puede ser acertado o equivocado)
- Adherencia (describe como los comportamientos de los individuos, limitan o posibilitan la efectividad de una intervención).

Las anteriores clasificaciones de barreras de acceso a los servicios de salud no son necesariamente excluyentes. Por el contrario, pueden ser complementarias, siempre y cuando el enfoque sea amplio y se incluya un marco más extenso que comprenda las limitaciones -tanto propias como del sistema- con las que el individuo puede encontrarse a la hora de buscar atención

Desde el punto de vista metodológico, existen distintos abordajes como lo constatan diversas investigaciones sobre acceso a los servicios de salud, las cuales se diferencian según el enfoque del autor y los objetivos que se pretendan lograr con el estudio.

El planteamiento de Aday y Andersen (1974) incluye, por ejemplo, dos tipos de indicadores: de proceso y de resultado. El primero afecta las características de ambos actores (población y servicios de atención) de acuerdo con el grado en que éstos puedan ser intervenidos o modificados por las políticas de salud, existiendo factores mutables e inmutables. Los mutables son aquellos susceptibles de ser modificados en el corto plazo como la distribución de los servicios médicos o la

cobertura, mientras que los inmutables son inmodificables y permiten orientar las políticas hacia determinados grupos, según Los segundos, esto es los indicadores de resultado, son los que miden el ingreso efectivo de la población al sistema y reflejan la relación de ésta con los servicios. Incluyen apreciaciones subjetivas e indicadores objetivos y observacionales. Para ello utilizan dos tipos de medidas, las medidas de satisfacción y las de utilización.

Andersen et al., (1983) estipulan que existen dos tipos de medidas: las referentes al acceso potencial, y las referentes al acceso realizado, cada una de las cuales tiene variables tanto de la población como del sistema de servicios. Entre los indicadores que incluyen medidas relacionadas con el acceso potencial se encuentran la organización, disponibilidad del personal de salud y de los recursos, condiciones financieras, condiciones locativas, y percepción de los individuos; en tanto los indicadores que reflejan medidas de acceso realizado incluyen el uso, el uso según necesidad, y la conveniencia y comportamiento del proveedor. En otras palabras medidas de utilización y de satisfacción. Cada una de ellas puede sugerir un gran número de variables; sin embargo el autor propone reducir el número posible de variables e identificar los ítems que puedan efectivamente describir el acceso para un grupo poblacional determinado.

Penchasky y Thomas (1981) por su parte, reconocen que de acuerdo con las dimensiones propuestas por ellos el acceso puede medirse según tres criterios: utilización o uso de servicios de salud, satisfacción con los mismos y el desarrollo del modelo usado para prestación de servicios, pues este puede afectar la práctica del proveedor.

Para Frenk (1985), la medición del acceso debe hacerse teniendo en cuenta la relación que se da entre la población y el sistema y entre las barreras de acceso a

los servicios de salud y el “poder” que tienen los individuos para superar dichas barreras. Por ello la medición del acceso se hace tanto de los obstáculos de los recursos como del poder de la población. Para esto se utilizan unidades de recursos que permiten determinar su “disponibilidad efectiva” es decir, que estén disponibles y que los individuos tengan el poder para utilizarlos.

Además, Frenk afirma que existen medidas para cada una de las barreras de acceso. Así, para las barreras ecológicas, se propone como medida el tiempo de transporte hasta el proveedor de servicios, para las barreras financieras se determina la medición y relación entre el ingreso de la población y el costo del servicio, y para las barreras organizativas se sugieren dos tipos de ponderación, tiempo de demora para la obtención de la cita, y tiempo de espera para ser atendido.

El problema está en cómo medir esos indicadores y qué valor dar a cada uno. Para ello el autor expone tres enfoques para ponderar las variables a analizar: el enfoque económico que consiste en traducir todos los indicadores a unidades monetarias; el enfoque normativo que compara los valores obtenidos con los valores que se consideran óptimos según la “norma”, y el enfoque empírico que pondera los valores sin ningún criterio determinado, sólo teniendo en cuenta los contactos iniciales con el sistema.

De lo hasta aquí dicho parece entonces que la medición de acceso se ha basado en medidas que pretenden analizar la relación entre el uso y las diferentes variables (de la población y de los servicios) establecidas. Una de las medidas más observadas en los estudios es determinar el acceso como una probabilidad.

Así entre menor sea la probabilidad de recibir un servicio, menor será el acceso que provee el sistema de atención según Savedoff,¹⁵ 2009. De raza o género.

4.4 MARCO INSTITUCIONAL

COPRESALUD es una institución prestadora de servicios de salud (IPS) de primer nivel, de naturaleza privada, que le ofrece a los usuarios de la EPS-SCOOSALUD servicios de consulta odontológica, medicina general y laboratorio clínico. Cuenta con tres (3) sedes ubicadas en la zona sur-oriental de la ciudad de Cartagena, en los barrios Olaya, Boston y El Pozón siendo la sede de Olaya la principal pues en ella funciona la parte administrativa de la entidad.

Cada una de la sedes cuenta con cuatro consultorios de consulta externa, un área de toma de muestras de laboratorio y un consultorio de odontología general para la parte asistencial, además posee una sala de espera para los pacientes y un área de atención al usuario en donde este es recibido inicialmente para verificación de datos, cumplimiento de la cita y entrega de órdenes.

Cuenta con una población de 30.400 usuarios afiliados y su horario de atención está dividido en dos jornadas (7:00AM-12:00M Y 1:00PM- 5:00PM) en las cuales se cuenta con igual número de profesionales para cada una de estas.

Para COOPRESALUD su razón de ser es el usuario, siendo la atención de este lo más importante, no es un extraño para la institución, sino parte de esta, no es simplemente un número más en el registro, sino un ser humano con sentimientos, emociones y necesidades como las nuestras, nunca es una interrupción de

¹⁵ Savedoff, W. (enero de 2009). Universal access to health care services in Latin America and the Caribbean: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Working paper 667.

nuestro trabajo, es la razón de ser del mismo. Servir sus usuarios no es un favor sino un orgulloso compromiso.

Como institución legalmente constituida COOPRESALUD cuenta con:

- **VISION:** Ser la mejor institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Cartagena y del departamento de Bolívar, con una atención reconocida por su calidad y los logros de nuestra misión.
- **MISION:** Somos una institución prestadora de servicios de salud, comprometida en brindar a todas las personas que requieran una atención de calidad, oportuna, amable y cálida; de manera eficiente y eficaz, propendiendo siempre por el bienestar de nuestros clientes externos, satisfaciendo sus necesidades de salud que es nuestra única razón de ser.
- **VALORES:** Principio ética médica, Calidad de servicios, Atención humana y de respeto, Compromiso, Eficiencia, Integralidad de la atención y Acompañamiento medico al usuario y su familia.

Dentro del portafolio de servicios ofertados por la IPS COOPRESALUD se cuenta con consulta de medicina general, con consultorios bien dotados y con el respaldo de personal médico responsable y respetuoso, garantizando así de manera permanente la calidad en la prestación del servicio y la confiabilidad y seguridad de nuestros usuarios.

Consulta odontológica general en donde se cuenta con consultorios odontológicos dotados con los equipos necesarios para realizar un diagnóstico seguro y el tratamiento pertinente de las alteraciones odontológicas generales. Las actividades realizadas en la consulta odontológica incluyen: cita previa,

comprobación de derechos (afiliados), facturación de la actividad, apertura de historia clínica (por primera vez), anamnesis, evaluación del estado de salud oral, diagnóstico presuntivo, Solicitud de ayudas diagnósticas (cuando el usuario lo requiere), Tratamiento odontológico general, Control odontológico (cuando el usuario lo requiere).

Para el servicio de toma de muestras y resultados de laboratorio la IPS cuenta con un equipo humano para ofrecer un servicio oportuno y confiable, conformado por dos bacteriólogas y tres auxiliares de laboratorio clínico con amplia experiencia en el análisis de muestras para los distintos exámenes prescritos por el médico tratante

La población a la que se le prestan estos servicios son personas de cualquier edad y sexo pertenecientes al régimen subsidiado afiliados a la EPS-S COOSALUD. Además teniendo en cuenta los índices de rendimiento y calidad establecidos por el ministerio de salud cada actividad de consulta odontológica tiene una duración aproximada de 20 minutos.

4.5 MARCO DE REFERENCIA

4.5.1 Estudios internacionales sobre acceso a servicios de salud oral

Es conveniente reseñar, la problemática y lo que han revelado algunos estudios sobre acceso a los servicios de salud oral en diferentes países. En Estados Unidos, se han adelantado un conjunto de estudios: Stanton y Rutherford¹⁶ 2003;

¹⁶ Stanton, Mw., y Rutherford, Mk. (2003). Dental care: Improving access and quality. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. Research in Action Issue #13. AHRQ Pub. No. 03-0040.

Sohn et al.¹⁷, 2007 y Gehshan y Sneyder¹⁸, 2008 que muestran preocupación por analizar la situación del acceso a los servicios de salud oral y desigualdades en el uso de los servicios odontológicos.

En general estas investigaciones establecieron la existencia de barreras o factores limitantes y la existencia de factores que posibiliten el acceso a los servicios de atención. Entre las primeras están las barreras de tipo económico relacionadas con el costo de los servicios y con el costo del tiempo que deben invertir los individuos para llevar a sus hijos a la atención; barreras administrativas relacionadas con la aprobación del tratamiento, con la no disponibilidad de odontólogos en barrios pobres

Barreras de tipo geográfico relacionadas con la distancia que deben recorrer las personas para llegar a los servicios, (38% de las ciudades rurales no cuentan con odontólogo); y barreras culturales relacionadas con el desconocimiento de los individuos sobre la importancia de la salud oral como componente de la salud global. Entre los factores que posibiliten o favorecedores del acceso se incluyeron el mayor nivel educativo del cuidador y la experiencia de uso de los servicios odontológicos para recibir atención preventiva, según Stanton y Rutherford, 2003; Sohn et al., 2007 y Gehshan y Sneyder, 2008.

En España, un estudio realizado por Pizarro et al.,¹⁹ (2001) en adultos mayores, cuyo objetivo era evaluar las desigualdades socio-económicas en el estado de

¹⁷ Sohn, W., Ismail, A., Amaya, A., y Lepkowski, J. (2007). Determinants of dental care visits among low-income African-American children: *Jada*, 138(3):309-18.

¹⁸ Gehshan, S., y Sneyder, A. (Julio 2008). Improving children's access to dental care in Medicaid and SCHIP: Kaiser Commission on Medicaid.

salud oral y en la utilización de servicios odontológicos en la población de Cataluña, reveló que existen diferencias en la utilización de los servicios de salud oral, y dichas diferencias son más marcadas para los hombres, en las clases sociales más desaventajadas y en las personas con bajo nivel de educación.

Luego de identificar necesidades de atención en niños y niñas a partir de valoración de las condiciones bucales, se realizaron entrevistas a los padres sobre datos económicos, socio-demográficos y visita a los servicios de atención en salud oral en el año inmediatamente anterior. Con base en estas, los investigadores determinaron que entre los factores asociados a la utilización de los servicios odontológicos se encontraban: 1) la economía familiar, porque las personas con desventajas socio-económicas accedían menos a los servicios de salud; 2) la educación de los padres, porque un mayor nivel educativo, se asoció con un mayor uso; 3) el orden de los niños al nacer, porque los niños que no eran primogénitos tendían a tener menos posibilidades de acceder a los servicios de atención odontológica y 4) el sexo, que mostró mayor utilización de los servicios de salud por parte de las niñas.

Los anteriores estudios coinciden en señalar que los individuos pobres y con menor nivel educativo, tienen menos oportunidades de acceder a los servicios de salud, debido a barreras económicas relacionadas principalmente con el poder adquisitivo, esto es, la incapacidad para pagar el costo de los servicios. Pero los estudios también reseñan que además de las barreras financieras, existen limitantes de tipo administrativo, geográfico y cultural. Más aún, que no existe claridad frente a la protección del aseguramiento, pues mientras Sohn et al., (2007) afirman que el aseguramiento es un factor determinante para las visitas al

¹⁹ Pizarro, V, *et al.*, (2001). Socioeconomic inequalities in the oral health of seniors: tesis de Doctorado, Fondo de investigación sanitaria.

odontólogo, Gehshan y Sneyder (2008), plantean que estar asegurado no garantiza el acceso efectivo a los servicios de salud.

4.5.2 Investigación sobre acceso a servicios de salud oral en Colombia

En Colombia solo fue posible documentar una investigación sobre acceso a los servicios de salud oral, adelantada en el departamento de Antioquia en menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas, lo que hace difícil contrastar resultados. Sin embargo, este estudio mostró resultados interesantes que revelaron que el acceso a los servicios odontológicos de la población estudiada estuvo determinado por el desconocimiento de los derechos de atención, la capacidad de pago, la percepción de la madre o cuidadora sobre las necesidades de atención y algunas variables de la organización de los servicios (localización del prestador y horarios de atención) (Franco et al.,²⁰ 2010). Ahora bien, es preciso destacar que en el contexto Colombiano, la relación no es en doble vía sino triangular por ser este un sistema de aseguramiento en el que además de la relación entre los usuarios y los servicios de salud, se debe tener en cuenta la función que ejercen los intermediarios en el sistema (Eslava et al.²¹, 1999).

Por otro lado, es importante tener en cuenta la necesidad de caracterizar las peculiaridades frente al acceso que generan distintos tipos de servicios. En el caso de esta investigación se analizaron únicamente las necesidades de atención curativas y de demanda inducida, dado que el estudio se realizó en el marco de un programa público de salud oral operado al interior de las instituciones educativas,

²⁰ Franco, A. et al., (2006). Caries dental en escolares de 5 a 13 años de las instituciones educativas oficiales de Medellín: Observatorio Nacional de Salud Bucal.

²¹ Eslava, J., et al. (noviembre, 1999). Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población del régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel III del SISBEN de 14 localidades del Distrito. Bogotá: Protocolo y principales hallazgos. Pontificia Universidad Javeriana, CENDEX.

en el cual las necesidades de atención fueron determinadas por los profesionales que ejecutaron dicho programa y en muchos casos no habían sido siquiera identificadas por los estudiantes y mucho menos por los padres y madres de familia.

En ese marco, es necesario considerar que en este trabajo se adoptó la perspectiva que admite que el acceso es un proceso complejo y dinámico en el que interactúan características de los servicios de atención médica, características de la población, y características de la relación entre ellos, para brindar servicios de salud adecuados, que respondan a las necesidades de los individuos.

Como metodología para medir el acceso, se realizó comparación entre grupos, analizando las variables que estuvieron disponibles, e identificando los factores que posibilitaron y que limitaron la atención curativa en salud oral de niños y niñas con enfermedad bucal establecida, admitiendo la siguiente división:

- Factores limitantes relativos a la población: incluyen características demográficas como edad, sexo y nivel educativo (en este caso de los padres), el contexto socioeconómico en que se desenvuelven las personas y los factores culturales que hacen referencia a la percepción y concepción de salud que tengan los individuos y a la importancia que le den tanto a la salud, como a la atención como medio para mejorar sus condiciones de calidad de vida.
- Factores limitantes relativos a los servicios de atención: contemplan tanto los aspectos administrativos (horarios, trámites necesarios para el ingreso al sistema, oportunidad de citas) como los aspectos asociados a la

cobertura de los planes de atención y al tipo de contratación o financiación de los servicios de salud.

- Factores limitantes producto de la interacción entre los servicios y los usuarios: hacen referencia a la percepción que los individuos tienen frente a las barreras de acceso relativas a la distancia que deben recorrer los sujetos para obtener atención, la calidad de los servicios de salud y el costo de los servicios, el costo del tiempo, (valor económico del tiempo que el usuario debe invertir en obtener atención) y el costo del desplazamiento, (costo del transporte), más factores relacionados con la configuración propia del sistema de salud que implica tipo de aseguramiento.

Sin embargo, a pesar de la adopción teórica de los anteriores obstáculos para la atención, dada la restricción en las posibilidades de obtención de la información, no todos ellos pudieron ser considerados, y medidos en el presente estudio. Se hizo entonces énfasis en aquéllos que estuvieron disponibles o que fueron menos costosos de recolectar.

5. METOLOGIA

5.1 POBLACION

Diseño de estudio descriptivo transversal con enfoque cuantitativo, debido a que se estudiaron situaciones que ocurren en condiciones naturales, realizado en una población de 5.300 usuarios que se encuentran vinculados a la sede de la IPS COPRESALUD en el barrio El Pozón en la ciudad de Cartagena.

El tamaño de la muestra de los usuarios calculado fue de 250, teniendo en cuenta una confianza del 95 %, un error del estudio del 5 % y una frecuencia esperada del evento (conocimientos) del 60,0 %.

El muestreo de los usuarios fue realizado en forma probabilística por conglomerados, inicialmente se identificaron 33.000 usuarios en las tres sedes que están distribuidas la ciudad de Cartagena. Fue seleccionada aleatoriamente una de las tres sedes. A partir de este conglomerado muestreado se realizó una selección aleatoria, permitiendo que el número de usuarios a encuestados fuera de 250.

Previo a la selección, se tuvo en cuenta el cumplimiento de los siguientes criterios:

- Usuarios que acceden a el servicio de consulta odontológica de la sede ubicada en el barrio El Pozón de la IPS COOPRESALUD,
- Que acepten participar en el estudio a través de la obtención de su consentimiento por escrito,

- Usuarios mayores de 14 años
- Estrato socioeconómico bajo

Además, se excluyeron:

- Usuarios con problemas de aprendizaje
- Usuarios que no estén afiliados a la EPS-S COOSALUD,
- Personal que labore en la parte administrativa y asistencial de la IPS,
- Los estratos socioeconómicos medio y alto.

El protocolo de la investigación fue sometido a la evaluación del comité de ética de la Universidad de Cartagena y la participación de los usuarios estuvo regulada a través de un formato de consentimiento informado por escrito que fue diligenciado previo a la recolección de datos. Estos aspectos estuvieron basados en la norma de Helsinki, modificación de Edimburgo 2000 y las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en seres humanos; resolución 8430 de 1993 Ministerio de Salud, República de Colombia.

5.2 VARIABLES

A partir de la construcción de los objetivos generales y específicos, se identificaron 6 variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES
Sexo	Femenino	Cualitativa	Porcentaje de la población ubicada en alguno de los dos indicadores.
	Masculino		
Edad	Número de años cumplidos	Cualitativa	Medición en años
Ocupación	Ama de casa	Cualitativa	Porcentaje de la población ubicado en cada uno de los indicadores establecidos.
	Desempleado		
	Empleado		
	Trabajo independiente		
	Pensionado		
Grado de escolaridad	Primaria	Cualitativa	Porcentaje de la población ubicado en cada uno de los indicadores establecidos.
	Secundaria		
	Técnica		
	Universitario		
	Especialista		
Estado civil	Soltero	Cualitativa	Porcentaje de la población ubicado en cada uno de los indicadores establecidos.
	Casado		
	Unión libre		
	Separado		
	Viudo		
Estrato socioeconómico	1	Cualitativa	Porcentaje de la población ubicado en cada uno de los indicadores establecidos.
	2		
	3		

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Percepción de servicios odontológicos	Apreciación que tiene los usuarios acerca del servicio que se ofrece en odontología.	Cuantitativa	Referencia de los usuarios sobre el servicio de odontología que brinda la ips	$\frac{\# \text{ total de pacientes que se consideran satisfechos con el servicio recibido en odontología}}{\# \text{ total de pacientes encuestados}} \times 100$
Creencias y mitos de los usuarios del servicio odontológico	Conceptos que han adquirido los pacientes sobre la odontología consecuencia de sus raíces y cultura.	Cualitativa	Creencias de los usuarios.	
			Mitos de los usuarios.	
Motivo de consulta odontológica	Razón por la cual los usuarios acuden al servicio de odontología.	Cualitativa	Por urgencia.	$\frac{\# \text{ total pacientes que asisten por urgencia a odontología en el mes}}{\# \text{ total de pacientes atendidos en c odontológica en el mes}} \times 100$
			Por valoración	$\frac{\# \text{ total pacientes que asisten por valoración a odontología en el mes}}{\# \text{ total de pacientes atendidos en consulta odontológica en el mes}} \times 100$
			Por realización de tratamiento.	$\frac{\# \text{ total pacientes que asisten para realizar tratamiento odontológico en el}}{\# \text{ total de pacientes atendidos en consulta odontológica en el mes}} \times 100$
Oportunidad de citas	Tiempo asignado para una cita de atención odontológica del paciente.	Cuantitativa	Total mes del servicio odontológico	$\frac{\text{sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontológica general y la fecha para cual es asignada la cita}}{\# \text{ total de consultas odontológicas generadas asignadas en el periodo en la IPS}} \times 100$
			Por jornada (7am-1pm y 1pm-5pm)	$\frac{\text{sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontológica general en la jornada de la mañana y la fecha para cual es asignada la cita}}{\# \text{ total de consultas odontológicas generadas asignadas en el periodo en la IPS}} \times 100$

				<p>sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontológica general en la jornada de la tarde y la fecha para cual es asignada la cita</p> $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100$ <p># total de consultas odontológicas generadas asignadas en el periodo en la IPS</p>
Frecuencia de utilización del servicio	Periodicidad con la que acceden a consulta de odontología los usuarios.	Cuantitativa	Citas asignadas por día	<p># total de citas asignadas a la consulta de odontología por día</p> $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100$ <p># total de citas asignadas a la consulta de odontología en el mes</p>
			Pacientes atendidos en el mes.	<p># total de pacientes atendidos en la consulta odontológica en el mes</p> $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100$ <p># total de citas asignadas a la consulta de odontología en el mes</p>
Continuidad	Proporción de usuarios que al iniciar un tratamiento odontológico lo finalizan.	Cuantitativa	# paciente que asiste por urgencia	<p># paciente que asiste a consulta odontológica después de una cita de urgencia para continuar tratamiento odontológico</p> $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100$ <p># total de pacientes atendidos en cita de urgencia en el mes</p>
			# pacientes que asiste por valoración	<p># paciente que asiste a consulta odontológica después de una cita de valoración para continuar tratamiento odontológico</p> $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100$ <p># total de pacientes atendidos en cita de valoración en el mes</p>

5.3 INSTRUMENTOS

El instrumento que se aplicó fue una encuesta estructurada tipo cuestionario dirigida a los usuarios que asistieron a la sede del El Pozón de la IPS COOPRESALUD. El formato midió los siguientes tópicos: barreras de acceso relacionadas con la oferta, de tipo geográfico, económico, cultural y social. El formato de encuesta fue diseñado por el grupo que realizó la investigación y validado a través de una prueba piloto. El instrumento contiene 13 preguntas de barreras relacionadas con la oferta, 9 preguntas de barreras relacionadas a la condición geográfica, 4 preguntas relacionadas con barreras de tipo económico, 9 de tipo cultural y 3 de tipo social, con escala de medición tipo Likert de 4 puntos, con rango de puntaje/sujeto de 26-130 puntos.

Antes de iniciar la recolección de los datos los instrumentos fueron evaluados por dos expertos para poder obtener validez de apariencia, luego se aplicaron diez encuestas en una muestra piloto en individuos con características similares a la población objeto, con el fin de evaluar la puntuación obtenida con respecto a la teoría. Los resultados permitieron estandarizar a los encuestadores en el manejo del cuestionario y calibrar el instrumento.

Para poder recolectar la información requerida, a los usuarios seleccionados se les explicaron los objetivos del estudio y sus características, asumiendo que este conocimiento serviría para el diseño de acciones preventivas a ellos mismo y además, los investigadores asumieron el compromiso de analizar y socializar los datos en forma global, sin violar la intimidad de los participantes.

5.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La información fue organizada y depurada a través de una base de datos en Microsoft Excel 2007®, luego fue analizada e interpretada en el programa estadístico STATA X®, versión para Windows 10.0. Los datos se analizaron a través de distribuciones de frecuencia y proporciones, asumiendo intervalos de confianza del 95 %. Para establecer relaciones entre las barreras de acceso con las variables socio demográficas se utilizó la prueba χ^2 asumiendo un límite de 0.05 para la significancia

6. RESULTADOS

Del total de 252 participantes en el estudio el 77% eran de sexo femenino y el 23% masculino (Figura 1), con un promedio de edad de 38,7 años (DE=14,3), el grupo de edad más frecuente fue el de 20 a 40 años con el 52,8%, seguido del de 41 a 61 años con el 36,9% (Figura 2).

Figura 1. Distribución del sexo de los participantes

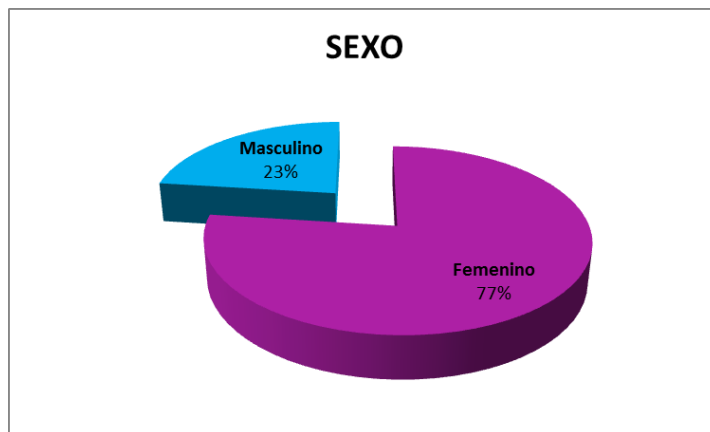
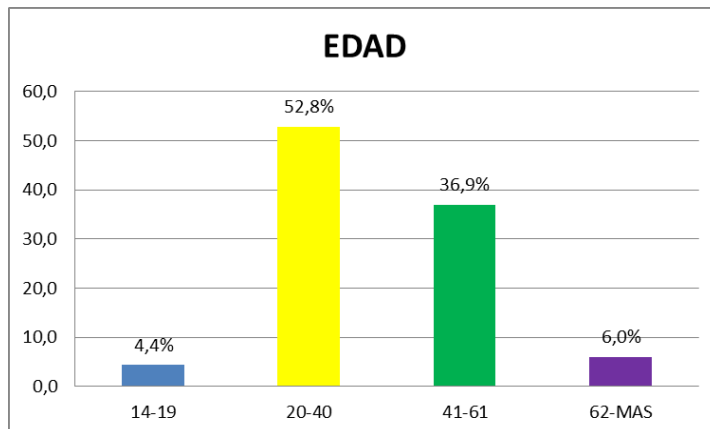


Figura 2. Edad de los participantes



Con relación al estado civil el 44% viven en unión libre y el 32,9% son solteros; según el nivel de escolaridad el 56,7 son bachilleres y el 37,3 realizaron estudios de primaria. Respecto a la ocupación el 63,1% son ama de casa y el 13,1% empleados; con relación a la procedencia el 98,4% son de la ciudad de Cartagena (Tabla 1).

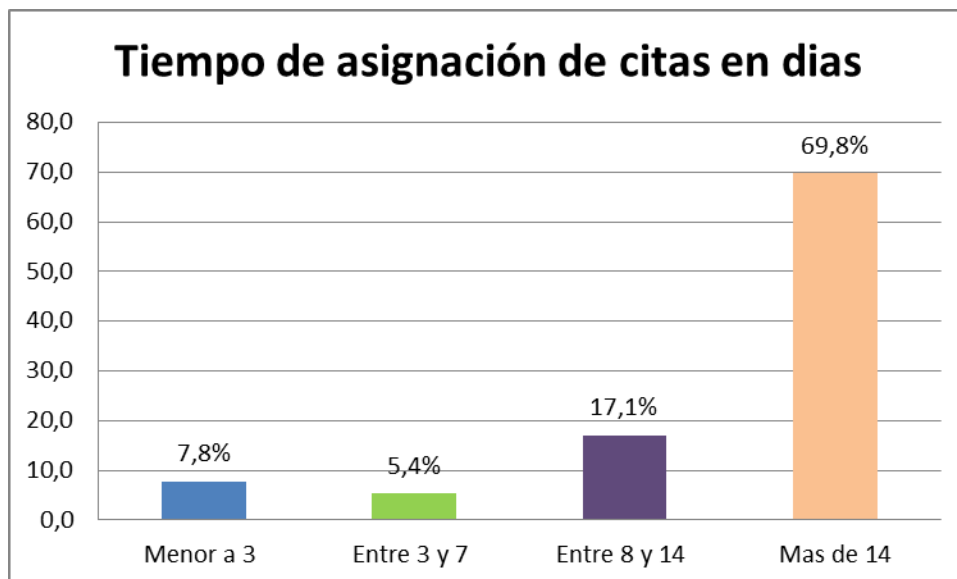
Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Estado Civil		
Soltero	83	32,9
Casado	51	20,2
Unión libre	111	44,0
Separado	4	1,6
Viuda	3	1,2
Escolaridad		
Primaria	94	37,3
Bachiller	143	56,7
Técnica	11	4,4
Universitaria	4	1,6
Ocupación		
Ama de casa	159	63,1
Trabaja independiente	31	12,3
Empleado	33	13,1
Desempleado	8	3,2
Estudiante	21	8,3

Procedencia		
Cartagena	248	98,4
Otra	4	1,6
Total	252	100,0

Con relación a las barreras de acceso relacionadas con la oferta, se encontró que el 85,3% de los participantes ha utilizado alguna vez el servicio de consulta que le brinda la IPS, en este sentido el tiempo de asignación de citas más frecuentes fue el mayor a 14 días con el 69,8% (Figura 3).

Figura 3. Tiempo de asignación de citas



Se encontró que el 66,7% de los tratamientos odontológicos iniciados en la IPS habían sido terminados y que el número de veces más frecuente que han usado el servicio es de 10 o más con el 51,4%, seguido de entre 5 y 9 veces con el 30,8%, así mismo consideraron en 79% mala la calidad del servicio odontológico prestado (Figura 4 y 5).

Figura 4. Número de veces de asistencia a odontología

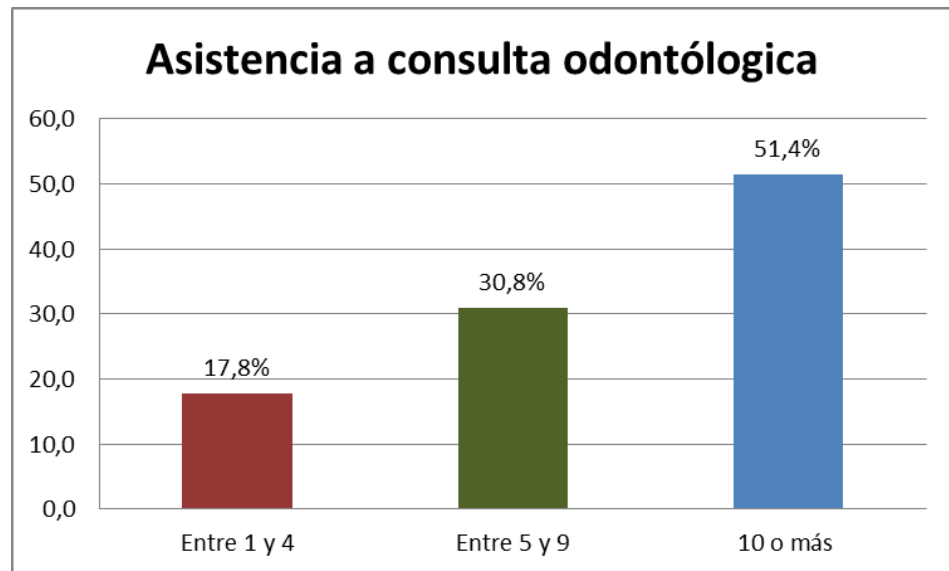
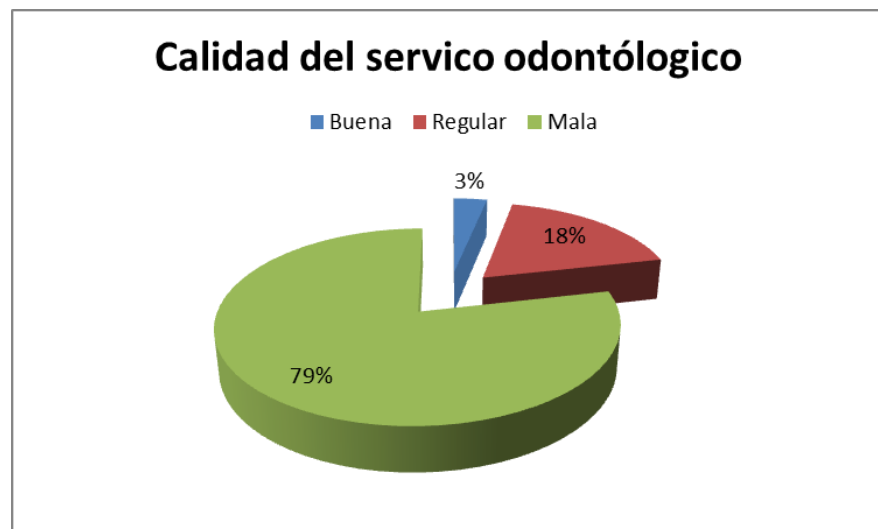


Figura 5. Percepción de la calidad del servicio odontológico

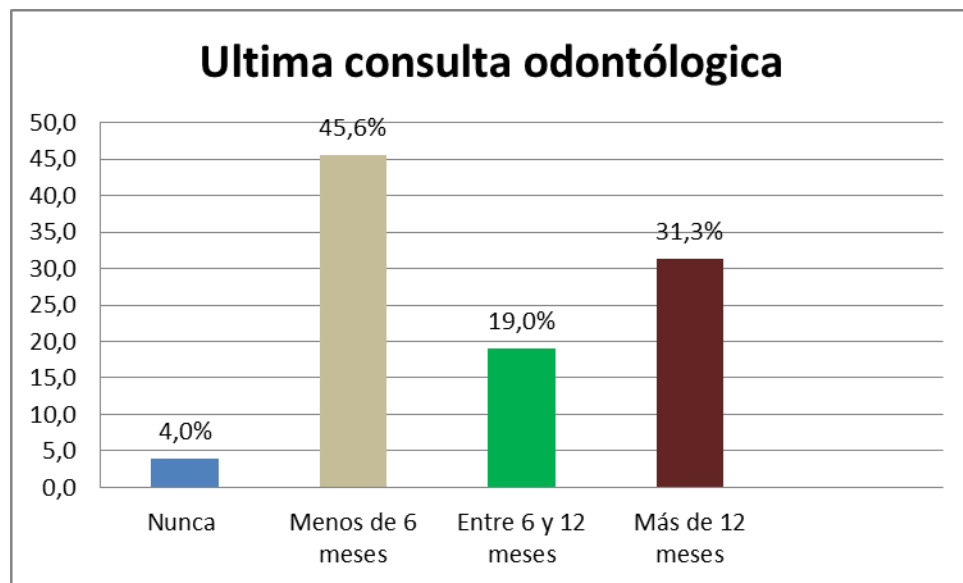


Entre estas barreras de acceso relacionadas con la oferta sé que el 16,2% no asiste a consulta odontológica por muchos trámites para acceder a una cita; el 50% de los participantes consideran que los horarios que la IPS ofrece son apropiados para cumplir las citas; solo el 32,9% piensa que la sede a la que asiste cuenta con una infraestructura completa y el 46,4% que el consultorio odontológico se encuentra limpio y en buenas condiciones (Tabla 2). Por otro lado, se encontró que la última consulta odontológica la tuvieron en menos de 6 meses en un 45,6% (Figura 6).

Tabla 2. Barreras de acceso relacionadas con la oferta

Barreras de Oferta	Porcentaje %	IC=95%
Utilización del servicio de consulta que le brinda la IPS	85,3	80,9-89,7
El tratamiento odontológico en la IPS ha sido terminado	66,7	60,8-72,5
No asistencia a consulta odontológica por malos tratos	8,3	2,1-13,4
No asistencia a consulta odontológica por retrasos al cumplimiento de sus citas	21,2	14,3-29,7
No asistencia a consulta odontológica por muchos trámites para acceder a una cita	16,2	9,4-21,6
Los horarios que la IPS ofrece son apropiados para para cumplir las citas	50	43,7-56,2
La sede a la que asiste cuenta con una infraestructura completa	32,9	27-38,7
El consultorio odontológico encuentra limpio y en buenas condiciones	46,4	40,2-52,6

Figura 6. Última visita odontológica de los participantes



Con respecto a las barreras geográficas el 35,3% refiere alguna dificultad para trasladarse hasta la IPS, el 35,7% considera que gasta mucho tiempo para trasladarse hasta la IPS, el 49,2% sostiene que la sede al cual asiste a cumplir sus citas odontológicas está lejos de su vivienda (Tabla 3). Así mismo afirman que el tiempo de viaje más frecuente transcurrido entre su vivienda y la IPS es de 1 a 60 minutos con el 85,9% (Figura 7), el medio o modo de transporte que mayormente utilizan para desplazarse hasta la IPS es caminar con el 32%, seguido de moto y taxi cada uno con el 25% (Figura 8).

Tabla 3. Barreras de acceso de tipo geográficas

Barreras geográficas	Porcentaje	IC=95%
Dificultad para trasladarse hasta la IPS	35,3	28,1 - 39,3
Gasto de mucho tiempo para trasladarse hasta la IPS	35,7	28,5 - 39,7
Conocimiento que la IPS cuenta con tres sedes ubicadas en la zona sur oriental	51,9	45,7 - 58,2
La sede brinda servicios médicos y odontológicos	90,9	87,2 - 94,4
La sede a la que asiste a cumplir sus citas está lejos de su vivienda	49,2	44,6 - 57,3
Traslado a un lugar distinto a la IPS para recibir atención odontológica	24,2	18,8 - 29,5
Gasta mucho tiempo para el traslado extra	15	8,7 - 22,3

Figura 7. Tiempo desde la vivienda hasta la IPS

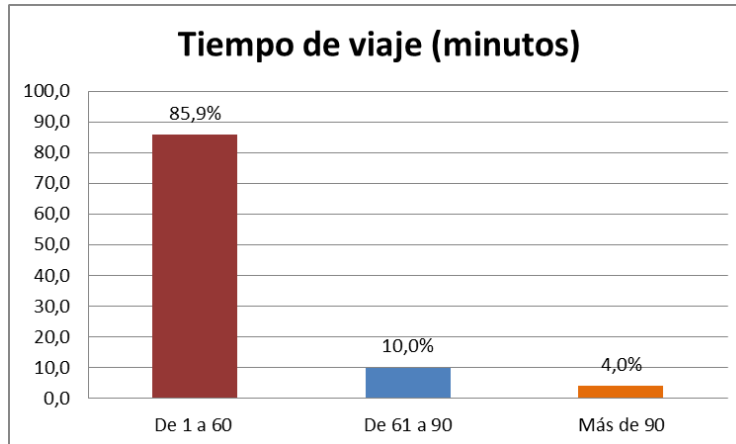
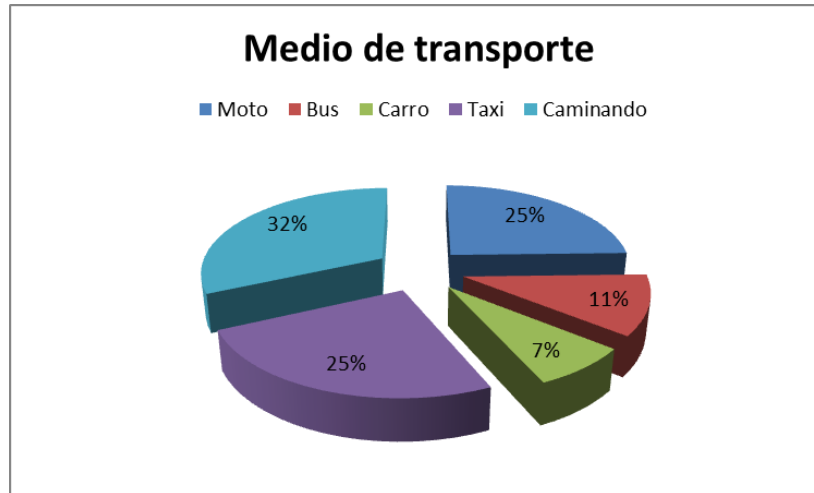


Figura 8. Medios de transporte utilizados por los participantes



Con relación a las barreras de acceso de tipo económico el 40% gasta algo de dinero para trasladarse hasta la IPS para poder asistir a una cita; el 33,7% considera que sus ingresos son suficientes para acceder a los servicios que brinda la IPS y el 30% gasta mucho dinero en transporte y solo el 9,8% no asiste a las citas porque debe hacer algún pago para la prestación del servicio odontológico (Tabla 4).

Tabla 4. Barreras de acceso de tipo económico

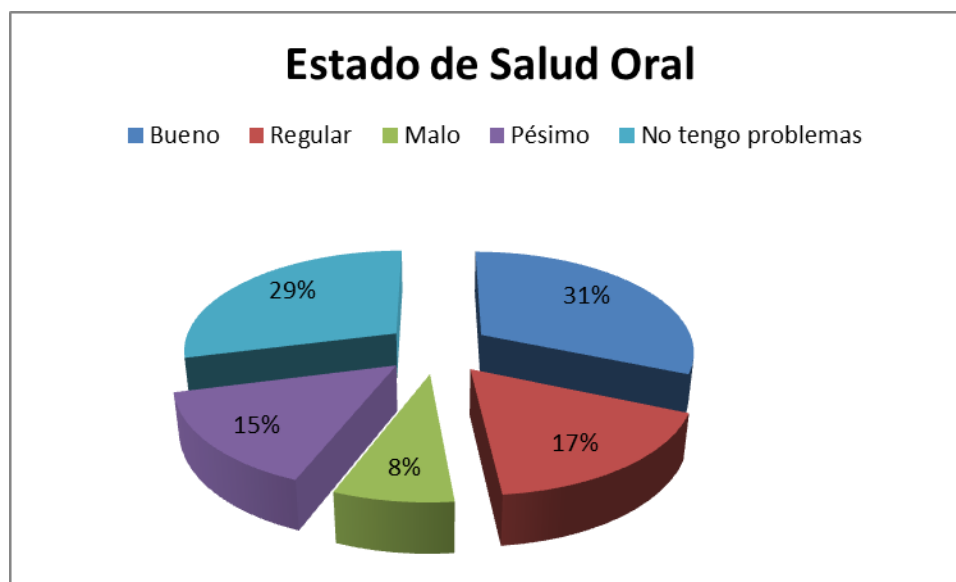
Barreras de tipo económico	Porcentaje	IC=95%
Gasta dinero para el traslado hacia la IPS para sus citas	40	33,1 - 45,3
Ingresos son suficientes para acceder a los servicios que le brinda la IPS	33,7	27,8 - 39,6
Gasta mucho dinero en el medio de transporte que utiliza para cumplir su cita	30	24,2 - 37,1
No asiste a la IPS porque debe hacer algún pago para la prestación del servicio	9,8	3,4 - 12,7

Teniendo en cuenta las barreras cultural se encontró que el 17,1% piensa que asistir a las citas odontológicas es una pérdida de tiempo; el 49% piensa que tiene problemas de salud oral y el 31% considera que su estado de salud oral es bueno, así mismo el 29% piensan que no tienen problemas de salud bucal (Figura 9). El 44,8% no asiste a consulta odontológica por miedo a las agujas, el 50% por miedo o ansiedad generada por el ruido o sonido que emite el instrumental odontológico y el 19,8% no asisten porque le da pena que le vean la boca (Tabla 5).

Tabla 5. Barreras de acceso de tipo cultural

Barreras culturales	Porcentaje	IC=95%
Conocimiento de los servicios que le ofrece la IPS	72,6	67,1 - 78,2
Asistir a las citas odontológicas le parece una pérdida de tiempo	17,1	10,4 - 22,6
Piensa que tiene problemas de salud oral	49	44,4 - 57,2
No asiste a consulta odontológica porque le dan miedo las agujas	44,8	37,6 - 49,1
No asiste a consulta odontológica porque le da miedo el sonido del instrumental	50	43,7 - 56,2
No asiste a consulta odontológica porque no le gusta que le saquen dientes	25,4	19,9 - 30,8
No asiste a consulta odontológica porque le da pena que le vean la boca	19,8	14,8 - 24,7
No asiste a consulta odontológica porque no le gusta el trato del odontólogo	5,9	3,0 - 8,8

Figura 9. Percepción de problemas de salud bucal de los participantes



En las barreras de acceso de tipo social se encontró que el 30,1% no asiste a consulta odontológica por exceso de trabajo u oficios, el 17% no asiste por problemas familiares y el 41,6% porque consideran que no les queda suficiente tiempo para asistir a la consulta (Tabla 6).

Tabla 6. Barreras de acceso de tipo social

Barreras Sociales	Porcentaje	IC=95%
No asiste a consulta odontológica porque tiene mucho trabajo	30,1	29,3 - 40,7
No asiste a consulta odontológica por problemas familiares	17,8	14,8 - 24,7
No asiste a consulta odontológica porque no le queda suficiente tiempo	41,6	34,6 - 46,1

7. DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación tiene una serie de limitaciones entre las cuales se puede citar la utilización de un solo instrumento para evaluar un tema complejo como es el acceso a los servicios de salud, en este caso específico a los servicios odontológicos, en el cual intervienen muchos factores, sin embargo la realización de procedimientos como la estandarización de los encuestadores y la calibración del instrumento permiten obtener resultados más confiables y disminuir la probabilidad de sesgos.

Los resultados sugieren que existen algunas barreras para acceder al servicio odontológico, entre las cuales se pueden citar el tiempo de asignación de citas, la percepción de calidad del servicio, horarios, infraestructura, dificultades para trasladarse hasta el sitio de atención, vivienda lejos, gastos para el traslado, creen que asistir a consulta es una pérdida de tiempo, miedo a las agujas, instrumentos rotatorio, a procedimientos quirúrgicos y pena a mostrar la cavidad bucal; lo que sugiere que en la accesibilidad a los servicios de salud intervienen muchos factores de oferta, geográficos, sociales, económicos y culturales los cuales se pueden convertir en barreras de acceso a la prestación del servicio, lo cual concuerda con el modelo propuesto por Aday y Andersen²², el cual se considera uno de los de mayor aceptación y se fundamenta en la tesis de que la utilización de los servicios de salud no es un producto exclusivo de determinantes individuales, sino el resultado de la interacción entre factores

²²Aday L, Andersen R. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Res*1983;18(1):49-74.

individuales, sistema de salud y contexto social, donde también influye la experiencia anterior del usuario potencial o su grupo familiar con la utilización de los servicios.

Teniendo en cuenta que la población objeto de estudio se encuentra ubicada en la zona sur oriental de la ciudad de Cartagena, caracterizada por niveles socioeconómicos bajos, se pudo constatar que la mayoría de los participantes se encontraban en el Sistema de Identificación de Beneficiarios SISBEN y que estaban afiliados al Sistema General de Seguridad Social por el régimen subsidiado. Sin embargo, como lo plantean Céspedes²³ y Yepes²⁴ en sus estudios que el solo estar afiliado al sistema no es condición única y suficiente para acceder al servicio, ya que existen otros factores diferentes al aseguramiento que también afectan la posibilidad de acceder al servicio y realizar una utilización efectiva del mismo.

Estos hallazgos sugieren que garantizar el acceso a los servicios odontológicos no elimina las diferencias entre la severidad de diferentes enfermedades que se pueden presentar en la cavidad bucal, aun más cuando hay otros determinantes económicos, sociales, familiares y culturales influyendo negativamente²⁵.

Por otro lado, según el tipo de barrera que se pueden presentar, existen autores que señalan que las de tipo económico, específicamente el nivel de ingresos es una fuerte barrera potencial del acceso, especialmente en niños.

²³Céspedes JE, Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales R, Uribe C, et al. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. Rev Salud Pública 2000; 2 (2): 145-164

²⁴Yepes F, Ramírez M. Las barreras de acceso en la atención de salud de la población de uno a cuatro años en Bogotá: ¿Es viable la universalización del seguro? Investigaciones en Seguridad Social y Salud 2006;85-105.

²⁵Ismail AI, Sohn W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. J Am Dent Assoc 2001;132:295-303

Sin embargo, en este estudio se sugiere que las barreras de tipo económicos más frecuente son la necesidad de gastar dinero para transportarse hasta la institución prestadora de salud y la inversión que esto implica. Watson²⁶ reportó diferencias en la distribución de las visitas a la consulta odontológica entre individuos de bajos ingresos y aquellos pertenecientes a familias con altos ingresos. Otros determinantes que también predisponen el a los servicios de salud, son los relacionados con la edad y la escolaridad²⁷.

Todas estas características pudieran constituir en conjunto y fortalecidas por otras condiciones, barreras culturales para el acceso potencial de los a la atención odontológica, dado que la falta de experiencia y los limitados conocimientos podrían afectar la actitud asumida frente a la salud bucal y la importancia que se le otorga al cuidado bucal, con relación a las barreras culturales se evidenciaron que la mayoría de los participantes refieren medio a la aguja y al ruido de los instrumentos, lo cual también han sido reportado por varios autores^{28, 29}.

Autores plantean que a veces el desconocimiento de los usuarios de sus derechos y deberes, resultado de la ausencia de iniciativas del Estado para difundir los derechos entre los ciudadanos, constituye una fuerte barrera de acceso debido a que el desconocimiento del derecho lleva a que no se exija su cumplimiento y se asuma un papel pasivo cuando por alguna razón éste es negado.

²⁶Watson MR, Manski R, Macek M. The impact of income on children's and adolescents preventive dental visits. JADA 2001; 132 :1580- 1587

²⁷Franco-Cortés. Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. Rev.CES Odont.2010;23(2)41-48

²⁸Caicedo c. Ansiedad al tratamiento odontológico: Características y diferencias de género. Suma psicológica. 2008; 15(1).

²⁹LIMA ALVAREZ, Magda y CASANOVA RIVERO, Yanett. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. RevHumMed [online]. 2006, vol.6, n.1

Existen otras características propias de la organización del sistema de atención que sin duda se suman a las barreras ya mencionadas. Entre ellas la localización del prestador y la accesibilidad geográfica. En este estudio se encontró que la dificultad para trasladarse hasta IPS y lo lejos que estas están de su vivienda podrían considerarse como barreras de acceso, lo cual concuerda con lo reportado por Franco²³ quien reportó que para el 67,5 % de sus encuestados, las instituciones prestadoras de servicios a quienes les correspondía consultar, estaban localizadas por fuera de su zona de residencia, lo que implica un gasto extra para cubrir el transporte y la disponibilidad de tiempo para el desplazamiento. De igual manera, los horarios de atención que ofrecen las instituciones prestadoras de servicios de salud, constituían para el 25% de los entrevistados un impedimento para solicitar la cita, dado que por lo general se cruza con sus horarios de trabajo. Estos hallazgos coinciden con los de Siegal³⁰, quien reportó entre las barreras institucionales o de oferta el horario de atención, disponibilidad de profesionales e inconvenientes para obtener la cita, como segunda razón después de los ingresos familiares insuficientes.

Teniendo en cuenta lo anterior es importante recalcar que existen diferentes factores sociales, culturales, económicos y de oferta relacionados con la accesibilidad a los servicios odontológicos, por lo cual es necesario una vigilancia y seguimiento constante a las instituciones prestadoras de salud, para que mejoren constantemente en busca de la prestación de un servicio con calidad y así mismo le brinden al usuario la posibilidad en capacitarse en temas relacionado con la atención odontológica, lo cual les permitirá obtener mayor conocimiento al respecto y así disminuir la probabilidad de que se presenten algunas barreras que le impidan el acceso al servicio.

³⁰Siegal MD, Marx ML, Cole SL. Parent or Caregiver, Staff, and Dentist Perspectives, on Acces to Dental Care issues for Head Start Children in Ohio. Am J Public Health 2005;95:1532-1538.

8. CONCLUSIÓN

La accesibilidad al servicio odontológico de los pacientes atendidos en una sede de COPRESALUD IPS en la ciudad de Cartagena está siendo afectado por barreras culturales, geográfica, sociales, económicas y de oferta, entre las cuales están el tiempo de asignación de citas, la percepción de calidad del servicio, horarios, infraestructura, dificultades para trasladarse hasta el sitio de atención, vivienda lejos, gastos para el traslado, creencias, miedo a las agujas, instrumentos rotatorio, a procedimientos quirúrgicos y pena a mostrar la cavidad bucal, lo que sugiere la necesidad de intervención educativa en la población para que se disminuyan estas barreras y puedan acceder a la atención odontológica, del mismo modo que las instituciones prestadoras de salud deben estar en autoevaluación constante para prestar un servicio con calidad.

9. RECOMENDACIONES

Se recomienda adelantar estudios de mayor representatividad, que valoren el acceso a los servicios con un mayor número de población donde se exploren a fondo las diferencias en el acceso a los servicios por regímenes de afiliación y las diferencias en la calidad de los servicios asociados a las desigualdades en contenidos de planes de beneficios.

10.GLOSARIO

- Caries dental: La caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana.
- ENSAB: Estudio Nacional de Salud Bucal.
- IPS: Las Instituciones prestadoras de salud (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar.
- Odontología: La odontología o estomatología es una rama de las ciencias de la salud que se encarga del diagnóstico, tratamiento prevención de las enfermedades del aparato estomatognático (que incluye los dientes, las encías, la lengua, el paladar, la mucosa oral, las glándulas salivales y otras estructuras anatómicas implicadas, como los labios, las amígdalas, la oro faringe y la articulación temporomandibular).
- Prevención en salud oral: La prevención se lleva a cabo eliminando los factores que puedan causar lesiones, antes de que sean efectivos. La intervención tiene lugar antes de que se produzca la enfermedad, siendo su objetivo principal el impedir o retrasar la aparición de la misma.

- Promoción en salud: Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente.
- Régimen subsidiado: es aquel en que se encuentran las personas sin capacidad de cotizar al Sistema por lo cual el Estado les proporciona los medios para su afiliación mediante los subsidios a la demanda
- Urgencia odontológica: Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica urgente o apremiante para tratar una situación de dolor o trauma que puede ser causado por varios aspectos: un proceso de caries que genera una pulpitis o un proceso infeccioso llegando hasta un absceso dental, inflamación, hemorragia o accidente (fractura de una prótesis, fractura de un diente o pérdida de un diente por traumatismo). Problemas generados con las prótesis o aparatos.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Análisis estadístico, Demanda del servicio de odontología del primer semestre del año 2013.
2. República de Colombia. Ministerio de salud. Estudio nacional de salud bucal ENSAB III. Tomado de SIVIGILA, informe ejecutivo semanal N^o 8 del 2000, oficina de epidemiología.
3. Secretaría Distrital De Salud Bogotá. (enero – diciembre, 2007). Boletín de estadísticas No 7.
4. Aday, L., Y Andersen, R. (1974). Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica: En investigaciones sobre servicios de salud, Una antología, publicación científica No. 534, Washington, OPS 1990, p. 604-613.
5. Penchansky, R., y Thomas, W. (1981). The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction: Medical care, vol. XIX, No 2, p. 127-140.
6. Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad: En investigaciones sobre servicios de salud, Una antología, publicación científica No. 534, Washington, OPS, 1990, p. 929-943.
7. Arredondo, A., y Meléndez, V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis: Salud Pública, México; 34: 36-49.
8. Eslava, J., et al. (noviembre, 1999). Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población del régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel III del SISBEN de 14 localidades del Distrito. Bogotá: Protocolo y principales hallazgos. Pontificia Universidad Javeriana, CENDEX.
9. Millman, M. (1993). Access to Health care in America, Committee on monitoring access to personal health care services: Institute of Medicine.
10. COLOMBIA. CONGRESO NACIONAL DE LA REPUBLICA. Constitución política de Colombia de 1991

11. COLOMBIA, CONGRESO NACIONAL DE LA REPUBLICA. Ley 100 (23, diciembre, 1993) por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C. 1993. No 41148. P. 1-168
12. COLOMBIA, CONGRESO NACIONAL DE LA REPUBLICA. Ley 1122 (9, enero, 2007) por la cual se realizan ciertas modificaciones al sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C. 2007
13. Andersen, R., Mccutcheon, A., Aday, L., Chiu, G., y Bell, R. (1983). Exploring dimensions of access to Medical Care: Health services research 18:1, spring.
14. Shengelia, B., Murray, C., y Adams, O. (2003). Beyond access and utilization: Defining and measuring health system coverage: Murray CJL, Evans DB, editors. Health systems performance assessment. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 221-234.
15. Savedoff, W. (enero de 2009). Universal access to health care services in Latin America and the Caribbean: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Working paper 667.
16. Stanton, Mw., y Rutherford, Mk. (2003). Dental care: Improving access and quality. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. Research in Action Issue #13. AHRQ Pub. No. 03-0040.
17. Sohn, W., Ismail, A., Amaya, A., y Lepkowski, J. (2007). Determinants of dental care visits among low-income African-American children: Jada, 138(3):309-18.
18. Gehshan, S., y Sneyder, A. (Julio 2008). Improving children's access to dental care in Medicaid and SCHIP: Kaiser Commission on Medicaid.
19. Pizarro, V, *et al.*, (2001). Socioeconomic inequalities in the oral health of seniors: tesis de Doctorado, Fondo de investigación sanitaria.
20. Franco, A. *et al.*, (2006). Caries dental en escolares de 5 a 13 años de las instituciones educativas oficiales de Medellín: Observatorio Nacional de Salud Bucal.
21. Eslava, J., *et al.* (noviembre, 1999). Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población del régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel III del SISBEN

de 14 localidades del Distrito. Bogotá: Protocolo y principales hallazgos. Pontificia Universidad Javeriana, CENDEX.

22. Glenn Flores^{1,2*} and Hua Lin¹. Trends in racial/ethnic disparities in medical and oral health, access to care, and use of services in US children: has anything changed over the years?. Flores and Lin International Journal for Equity in Health 2013, Flores and Lin International Journal for Equity in Health 2013
23. Donna Shelley, Stefanie Russell, Nina S. Parikh, and Marianne Fahs. Ethnic Disparities in Self-Reported Oral Health Status and Access to Care among Older Adults in NYC. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 88, No. 4 doi:10.1007/s11524-011-9555-8.
24. Emily Jones, MPP, Leiyu Shi, DrPH, MBA, Arthur Seiji Hayashi, MD, MPH, Ravi Sharma, PhD, Charles Daly, MHA, and Quyen Ngo-Metzger, MD, MPH. Access to Oral Health Care: The Role of Federally Qualified Health Centers in Addressing Disparities and Expanding Access. American Journal of Public Health | March 2013, Vol 103, No. 3
25. Herney A. Rengifo-Reina y Jairo Corchuelo-Ojeda. Inequidades en la Atención Odontológica en una Red de Salud en Cali, Colombia. Rev. salud pública. 11 (4): 526-537, 2009.
26. Sônia Cristina Lima Chaves, Felipe Fagundes Soares 1 Thais Regis Aranha Rossi 1 Maria Cristina Teixeira Cangussu. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):3115-3124, 2012
27. Jill Jones, MS, Helene Bednarsh, RDH, MPHd Alan Gambrell, MPubAffe Carol R. Tobias, MMHSf. Increasing Access to Oral Health Care for People Living with HIV/AIDS in Rural Oregon. Public Health Reports / 2012 Supplement 2 / Volume 127.
28. Martine C. Lévesque, MSc, Christophe Bedos, PhD. Social Values, Regulatory Tensions and Professional Practices with Underprivileged Populations: The Case of Quebec's Oral Healthcare System. HEALTHCARE POLICY Vol.7 No.1, 2011.
29. Andrés Alonso Agudelo Suárez, Eliana Martínez Herrera. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 8 (16): 91-105, enero-junio de 2009.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Aday, L., Y Andersen, R. (1974). Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica: En investigaciones sobre servicios de salud, Una antología, publicación científica No. 534, Washington, OPS 1990, p. 604-613.
2. Análisis estadístico, Demanda del servicio de odontología del primer semestre del año 2013.
3. Andersen, R., Mccutcheon, A., Aday, L., Chiu, G., y Bell, R. (1983). Exploring dimensions of access to Medical Care: Health services research 18:1, spring.
4. Andrés Alonso Agudelo Suárez, Eliana Martínez Herrera. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 8 (16): 91-105, enero-junio de 2009.
5. Arredondo, A., y Meléndez, V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis: Salud Pública, México; 34: 36-49.
6. COLOMBIA, CONGRESO NACIONAL DE LA REPUBLICA. Constitución política de Colombia de 1991
7. COLOMBIA, CONGRESO NACIONAL DE LA REPUBLICA. Ley 100 (23, diciembre, 1993) por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C. 1993. No 41148. P. 1-168
8. COLOMBIA, CONGRESO NACIONAL DE LA REPUBLICA. Ley 1122 (9, enero, 2007) por la cual se realizan ciertas modificaciones al sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C. 2007
9. Donna Shelley, Stefanie Russell, Nina S. Parikh, and Marianne Fahs. Ethnic Disparities in Self-Reported Oral Health Status and Access to Care among Older Adults in NYC. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 88, No. 4 doi:10.1007/s11524-011-9555-8.

10. Emily Jones, MPP, Leiyu Shi, DrPH, MBA, Arthur Seiji Hayashi, MD, MPH, Ravi Sharma, PhD, Charles Daly, MHA, and Quyen Ngo-Metzger, MD, MPH. Access to Oral Health Care: The Role of Federally Qualified Health Centers in Addressing Disparities and Expanding Access. *American Journal of Public Health* | March 2013, Vol 103, No. 3
11. Eslava, J., et al. (noviembre, 1999). Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población del régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel III del SISBEN de 14 localidades del Distrito. Bogotá: Protocolo y principales hallazgos. Pontificia Universidad Javeriana, CENDEX.
12. Eslava, J., et al. (noviembre, 1999). Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población del régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel III del SISBEN de 14 localidades del Distrito. Bogotá: Protocolo y principales hallazgos. Pontificia Universidad Javeriana, CENDEX.
13. Franco, A. et al., (2006). Caries dental en escolares de 5 a 13 años de las instituciones educativas oficiales de Medellín: Observatorio Nacional de Salud Bucal.
14. Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad: En investigaciones sobre servicios de salud, Una antología, publicación científica No. 534, Washington, OPS, 1990, p. 929-943.
15. Gehshan, S., y Sneyder, A. (Julio 2008). Improving children's access to dental care in Medicaid and SCHIP: Kaiser Commission on Medicaid.
16. Glenn Flores^{1,2*} and Hua Lin¹. Trends in racial/ethnic disparities in medical and oral health, access to care, and use of services in US children: has anything changed over the years?. Flores and Lin *International Journal for Equity in Health* 2013, Flores and Lin *International Journal for Equity in Health* 2013
17. Herney A. Rengifo-Reina y Jairo Corchuelo-Ojeda. Inequidades en la Atención Odontológica en una Red de Salud en Cali, Colombia. *Rev. salud pública*. 11 (4): 526-537, 2009.
18. Jill Jones, MS, Helene Bednarsh, RDH, MPHd Alan Gambrell, MPubAffe Carol R. Tobias, MMHSf. Increasing Access to Oral Health Care for People Living with HIV/AIDS in Rural Oregon. *Public Health Reports / 2012 Supplement 2 / Volume 127*.

19. Martine C. Lévesque, MSc, Christophe Bedos, PhD. Social Values, Regulatory Tensions and Professional Practices with Underprivileged Populations: The Case of Quebec's Oral Healthcare System. *HEALTHCARE POLICY Vol.7 No.1, 2011*.
20. Mejía, A., Sánchez, A., y Tamayo, J. (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia: *Rev. salud pública (Bogotá)*; 9(1): 26-38.
21. Millman, M. (1993). Access to Health care in America, Committee on monitoring access to personal health care services: Institute of Medicine.
22. Penchansky, R., y Thomas, W. (1981). The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction: *Medical care*, vol. XIX, No 2, p. 127-140.
23. Pizarro, V, *et al.*, (2001). Socioeconomic inequalities in the oral health of seniors: tesis de Doctorado, Fondo de investigación sanitaria.
24. República de Colombia. Ministerio de salud. Estudio nacional de salud bucal ENSAB III. Tomado de SIVIGILA, informe ejecutivo semanal N^o 8 del 2000, oficina de epidemiología.
25. Roberts-Thompson, KF y Stewart, JF (2003). Access to dental care by young South Australian Adults. *Australian Dental Journal*, 48: (3): 169-174.
26. Savedoff, W. (enero de 2009). Universal access to health care services in Latin America and the Caribbean: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Working paper 667.
27. Secretaría Distrital De Salud Bogotá. (enero – diciembre, 2007). Boletín de estadísticas No 7.
28. Sohn, W., Ismail, A., Amaya, A., y Lepkowski, J. (2007). Determinants of dental care visits among low-income African-American children: *Jada*, 138(3):309-18.
29. Sônia Cristina Lima Chaves, Felipe Fagundes Soares 1 Thais Regis Aranha Rossi 1 Maria Cristina Teixeira Cangussu. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):3115-3124, 2012

30. Schneider MC, Castillo C, Bacallao J, Loyola E, Mujica O. Métodos de medición de las desigualdades de salud (Parte I) Organización Panamericana de la Salud: Boletín Epidemiológico/OPS2004; 4:25.
31. Shengelia, B., Murray, C., y Adams, O. (2003). Beyond access and utilization: Defining and measuring health system coverage: Murray CJL, Evans DB, editors. Health systems performance assessment. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 221-234.
32. Spencer, AJ. (2009). Trends in access to dental care among Australian children. Dental statistics and research series Number 51, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra
33. Stanton, Mw., y Rutherford, Mk. (2003). Dental care: Improving access and quality. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. Research in Action Issue #13. AHRQ Pub. No. 03-0040.
34. Vargas, C. y Ronzio, C. (November 2002). Relationship between children's dental needs and care utilization: United States 1988-1994. American Journal of Public Health, Vol.92, No 11.
35. Vega, R., y Carrillo, J. (diciembre de 2006). APS y acceso universal a los servicios de salud, en las condiciones del SGSSS en Colombia: Rev. Gerencia y políticas de salud No 11.
36. Velandia, F., Ardón, N., Cárdenas, J., Jara, M. y Almanza, N. (noviembre 2001). Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia: Revista Gerencia y Políticas de Salud, 48-73.
37. Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health: Oxford Journals Medicine, Health promotion international, volume 6, number 3, pp 217-228.

ANEXOS

1.1 ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

EDAD _____ SEXO _____

OCUPACION _____

ESTADO CIVIL _____

GRADO DE ESCOLARIDAD _____

PROCEDENCIA _____

• BARRERAS DE ACCESO RELACIONADAS CON LA OFERTA

1. Ha utilizado alguna vez el servicio de consulta que le brinda la IPS?(si su respuesta es NO pase a la pregunta 7)
 - a) SI
 - b) NO

2. Periodo de tiempo en que se le asigno la primera cita en la IPS?
 - a) Menor a 3 días
 - b) Entre 3 y 7 días
 - c) Entre 7 y 14 días
 - d) Más de 14 días

3. Una vez iniciado un tratamiento odontológico en la IPS este ha sido terminado?
 - a) SI
 - b) NO

4. Cuanto tiempo demoro en tratamiento odontológico?
 - a) Entre 2 y 4 semanas
 - b) Entre 1 y 2 meses
 - c) Entre 2 y 3 meses
 - d) Más de 3 meses

5. Número de veces que ha usado el servicio odontológico de la IPS?
 - a) De 1 a 4 veces
 - b) De 5 a 9 veces
 - c) De 10 a mas veces

6. Como considera usted la calidad del servicio odontológico que le brinda la IPS?
 - a) Buena
 - b) Regular

- c) Mala
7. No asiste a consulta odontológica en la IPS porque ha recibido malos tratos a la hora de la consulta?
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
8. No asiste a consulta odontológica en la IPS porque ha tenido retrasos a la hora del cumplimiento de sus citas asignadas?
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
9. No asiste a consulta odontológica en la IPS porque tiene que hacer muchos trámites para la asignación de sus citas?
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
10. Considera que los horarios que la IPS ofrece para las citas odontológicas le favorecen para cumplir sus citas?
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
11. Cuando fue la última vez que asistió a una consulta odontológica en la IPS?
- a) Menos de 6 meses
 - b) Entre 6 y 12 meses
 - c) Más de 12 meses
 - d) Nunca
12. Piensa que la sede a la que asiste cuenta con una infraestructura completa?
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 13.

14. El consultorio odontológico que tiene la sede a la que asiste se encuentra limpio y en buenas condiciones cuando va a ser atendido por el odontólogo?
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Neutral
 - Desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

• **BARRERAS DE ACCESO DE TIPO GEOGRAFICO**

1. Presenta dificultad para trasladarse hasta la IPS para cumplir con sus citas asignadas?
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Neutral
 - Desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

2. Tiempo de viaje en minutos que gasta usted para llegar a cumplir su cita en la IPS?
 - De 0-60 minutos
 - De 61-90 minutos
 - Mas de 90 minutos

3. Siente que gasta mucho tiempo en trasladarse hasta la IPS?
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Neutral
 - Desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

4. Para su traslado a la IPS que medio de transporte utiliza?
 - Moto
 - Bus
 - Carro
 - Taxi
 - No utiliza

5. Sabe usted que la IPS cuenta con tres sedes ubicadas en la zona sur oriental de la Ciudad de Cartagena?
 - SI
 - NO

6. En la sede a la que asiste además de brindarle los servicios médicos, le brindan los servicios de odontología? (En caso negativo ir a la siguiente pregunta)
 - SI
 - NO

7. Considera usted que la sede a la que asiste a cumplir sus citas está lejos de su vivienda?
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

8. Alguna vez le ha tocado trasladarse a un lugar distinto a la IPS para realizar un tratamiento odontológico? (En caso afirmativo ir a la siguiente pregunta)
 - a) SI
 - b) NO

9. Considera que gasta mucho tiempo para este traslado?
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

• **BARRERAS DE ACCESO DE TIPO ECONOMICO**

1. Le supone algún costo el traslado hasta la IPS para sus citas?
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

2. Sus ingresos son suficientes para acceder a los servicios que le brinda la IPS?
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

3. Considera que gasta mucho dinero en el medio de transporte que utiliza para cumplir su cita en la IPS?
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

4. No asiste a la IPS porque debe hacer algún pago para la prestación del servicio?
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo

- c) Neutral
- d) Desacuerdo
- e) Totalmente en desacuerdo

• **BARRERAS DE ACCESO DE TIPO CULTURAL**

1. Tiene conocimiento de los servicios que le ofrece la IPS?
 - a) SI
 - b) NO

2. Asistir a las citas odontológicas le parece una pérdida de tiempo?
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

3. Piensa que tiene problemas de salud oral?
 - a) SI
 - b) NO

4. Que tan grave cree que es su problema de salud oral?
 - a) Bueno
 - b) Regular
 - c) Malo
 - d) Pésimo
 - e) No tengo problemas de salud oral

5. No asiste a consulta odontológica porque le dan miedo las agujas?
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

6. No asiste a consulta odontológica porque le da miedo el sonido del instrumental utilizado en la consulta?
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

7. No asiste a consulta odontológica porque no le gusta que le saquen dientes?
 - a) Totalmente de acuerdo

- b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
8. No asiste a consulta odontológica porque le da pena que le vean la boca?
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
9. No asiste a consulta odontológica porque no le gusta el trato del odontólogo que lo atiende?
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

• **BARRERAS DE ACCESO DE TIPO SOCIAL**

1. No asiste a consulta odontológica porque tiene mucho trabajo?
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
2. No asiste a consulta odontológica por problemas familiares?
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
3. No asiste a consulta odontológica porque no le queda suficiente tiempo?
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Neutral
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
 - f)

1.2 ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Laura Hernández y Patricia Tavera, de la Universidad De Cartagena. La meta de este estudio es Establecer las barreras que afronta la población de estrato socioeconómico bajo que asiste a consulta odontológica en la IPS COPRESALUD que se encuentran vinculados a la EPS-S COOSALUD, para acceder a los servicios de salud oral en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del año 2014

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez finalizadas las encuestas y la investigación estas se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Laura Hernández y Patricia Tavera. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es Establecer las barreras que afronta la población de estrato socioeconómico bajo que asiste a consulta odontológica en la IPS COPRESALUD que se encuentran vinculados a la EPS-S COOSALUD, para acceder a los servicios de salud oral en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del año 2014

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Laura Hernández y Patricia Tavera los teléfonos 3003787604 y 3008492155.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Laura Hernández y Patricia Tavera. A los teléfonos anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(en letras de imprenta)

