

**TIEMPO INVERTIDO POR ATENCIÓN ODONTOLÓGICA E INCAPACIDAD EN
PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DE UNA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA**

FARITH GONZALEZ MARTINEZ

CINDY INSIGNARES ORDOÑEZ

CINDY ZULETA CONTRERAS

LUISA FERNANDA BARRIGA PERIÑAN

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

2015

**TIEMPO INVERTIDO POR ATENCIÓN ODONTOLÓGICA E INCAPACIDAD EN
PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DE UNA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA**

FARITH DAMIAN GONZALEZ MARTINEZ

Odontólogo de la universidad de Cartagena, Magister en salud pública.
Especialista en métodos y técnicas de investigación social. Docente de la Facultad
de odontología de la universidad de Cartagena.

CINDY INSIGNARES ORDOÑEZ

CINDY ZULETA CONTRERAS

Estudiantes de pregrado, décimo semestre. Facultad de Odontología Universidad
de Cartagena.

LUISA FERNANDA BARRIGA PERIÑAN

Odontóloga Universidad de Cartagena.

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

2015

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Cartagena de Indias D.T Y C. Junio 2015

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios en primera instancia por brindarnos la sabiduría necesaria hasta este punto de nuestras vidas, donde estamos a pocos pasos de finalizar un nuevo ciclo, ya que sin la ayuda de él y de su infinita misericordia no hubiese sido posible.

Agradecemos también a nuestras familias por su apoyo durante este proceso y formación, por su amor infinito que día a día nos motiva para finalizar con total éxito y alcanzar este nuevo triunfo.

DEDICATORIA

Dedicado a aquellas personas que estuvieron acompañándonos y apoyándonos en todo este proceso, como lo fue nuestra familia.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| RESUMEN | |
| INTRODUCCION | |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 16 |
| 2. JUSTIFICACION | 20 |
| 3. OBJETIVOS | 24 |
| 3.1 Objetivo General | 24 |
| 3.2 Objetivos Especificos | 24 |
| 4. MARCO TEORICO | 25 |
| 5. METODOLOGIA | 38 |
| 5.1 Tipo de estudio | 38 |
| 5.2 Población | 38 |
| 5.3 Selección de la muestra | 38 |
| 5.3.1 Criterios de inclusión | 38 |
| 5.3.2 Criterios de exclusión | 39 |
| 5.4 Variables | 39 |
| 5.5 Procedimientos y técnicas | 43 |
| 5.5.1 Recolección y procesamiento de la información | 44 |
| 5.5.2 Análisis estadístico | 45 |
| 5.6 Consideraciones éticas | 45 |
| 6.RESULTADOS | 47 |
| 7. DISCUSION | 58 |
| 8. CONCLUSION | 69 |
| 9. RECOMENDACIONES | 70 |
| 10. BIBLIOGRAFIA | 71 |
| ANEXOS | 76 |

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Descripción de variables

39

LISTA DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Características socio-demográficas de la muestra de estudio, Cartagena 2015. | 46 |
| Tabla 2. Variables de consulta odontológica. | 48 |
| Tabla 3. Estadísticos descriptivos | 49 |
| Tabla 4. Comparación de medias entre las variables diagnóstico y número de procedimiento. | 51 |
| Tabla 5. Comparación de medias entre la variable incapacidad en días y respecto a la categoría edad | 52 |
| Tabla 6. Comparación de medias entre número de procedimientos y estrato | 53 |
| Tabla 7. Comparación del régimen de salud con respecto al número de procedimientos realizados. | 54 |
| Tabla 8. Tabulación cruzada entre la variable régimen de salud y número de procedimientos realizados. | 54 |
| Tabla 9. Comparación de medias entre la variable ocupación y el número de procedimientos. | 55 |
| Tabla 10. Tabulación cruzada entre la variable motivo de consulta y número de procedimientos. | 56 |
| Tabla 11. Comparación de medias entre las variables tipo de procedimiento, número de procedimiento, citas al año e incapacidad subsecuente. | 57 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Grafico 1. Comparación de número de citas e incapacidad subsecuente en días con respecto a la variable diagnósticos. | 50 |
| Grafico 2. Comparación del tiempo de incapacidad en días con respecto a la categoría de edades. | 51 |
| Grafico 3. Comparación del número de procedimiento con respecto a la variable estrato. | 52 |
| Grafico 5. Comparación de la ocupación con respecto a la variable número de procedimiento realizado. | 55 |
| Grafico 6. Comparación del motivo de consulta con respecto a las variables motivos de consulta, numero de procedimiento, citas al año e incapacidad en días. | 56 |
| Grafico 7. Comparación del tipo de procedimiento, numero de procedimiento, citas al año en incapacidad subsecuente. | 57 |

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Ficha de verificación

77

RESUMEN

Objetivo. Analizar la relación existente entre el tiempo invertido por el paciente en la consulta odontológica con variables relacionadas con la atención (motivo de consulta, tipo de diagnóstico, tipo de procedimiento, clínica de atención e incapacidad subsecuente en la facultad de odontología de la universidad de Cartagena.

Métodos. El presente estudio es de tipo observacional descriptivo de corte transversal, cuya finalidad es establecer la relación entre el número de citas durante la consulta odontológica, tratamiento recibido, y la incapacidad temporal generada por el mismo, que permita definir el impacto en la productividad en pacientes de la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena. La procedencia de los sujetos seleccionados fue a través de un muestreo no probabilístico en este caso un muestreo consecutivo, el tamaño de la muestra fue de 200 sujetos. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la T student para comparar las medias de los tiempos y la Chi 2 para la asociación entre las variables categóricas.

Resultados. Se observaron diferencias estadísticas entre las medias de tiempo total en días perdidos entre los procedimientos de endodoncia y resina, con respecto a exodoncia y rehabilitación, siendo estos dos últimos los que generan mayor gasto en tiempo (1.6 y 1.5 días respectivamente).

Conclusiones. A partir de este estudio se obtuvo información que contribuye a la caracterización de la atención de los servicios de la salud de las facultades de odontología a partir del análisis de variables categorizadas en tiempo, encontrando variaciones significativas entre el número de citas, el procedimiento realizado y la clínica de atención que podrían estar relacionadas bien sea por factores organizacionales o del nivel académico de los estudiantes.

Palabras clave. *salud bucal, ausencia por enfermedad, atención odontológica.*
(DECS)

INTRODUCCIÓN

Visualizar el concepto de salud de una forma integral, exige a los profesionales de la salud y los pacientes el conocimiento de las implicaciones de la enfermedad bucal sobre su calidad de vida, fundamentalmente los efectos negativos en la dinámica familiar y el desempeño laboral. El estudio de la salud oral de ha medido de forma tradicional, basada en la patología del tejido, incluyendo una amplia gama de enfermedades crónicas y agudas, sin tener presente en la mayoría de los casos las condiciones y tiempo específico durante y posterior al tratamiento odontológico que incapacitan al paciente y generan detrimento en su productividad.

La Ley General de la Seguridad Social en Colombia y el artículo 2° de la Ley 776 de 2002, definen la Incapacidad Temporal como la situación en la que un trabajador, por causa de enfermedad o accidente, se encuentra imposibilitado para el desempeño de su trabajo y recibe asistencia sanitaria por parte de la Seguridad Social, con una duración máxima de 12 meses prorrogables por otros seis, cuando se presume que durante ellos pueda ser dado de alta médica por curación mejoría.

Entre las manifestaciones patológicas, el dolor es considerado la principal causa de consulta en los servicios de salud, (75 a 80%) y el mayor motivo de absentismo, licencias médicas, jubilaciones precoces, indemnizaciones laborales y reducción de la productividad.

El dolor oral es el predictor más fuerte sobre la pérdida de tiempo laboral y se asocia con mayor tiempo perdido. Ramraj (2012) informó que aquellas personas con ingresos más bajos y sin seguro tenían 2 veces más de probabilidades de tener necesidades de tratamiento quirúrgico, que es a menudo precedida de dolor. Consistente con el hallazgo de Quiñonez et al. (2010) donde las personas con que habían asistido a consulta de urgencia debido a dolor oral, eran más propensos a informar de un día de incapacidad por problema dental.

Los principales motivos de absentismo, por orden de prevalencia, fueron: exodoncias; cirugía para implantes; gingivitis y la enfermedad periodontal; extracción de dientes impactados; trastornos de la encía edéntula; pulpitis; absceso periapical.

Investigaciones anteriores en esta área ha demostrado que, como "indicadores socio-dentales", el uso del tiempo perdido en el trabajo, la escuela o las actividades normales, se entienden en términos de función deteriorada que conduce en última instancia a la potencial pérdida de productividad. La pérdida de tiempo también se cuantifica fácilmente, y cuando se combina con la información de salarios, puede ayudar a estimar el impacto económico de las enfermedades bucodentales en la sociedad.

Los años de vida ajustados por discapacidad -AVISA- estiman la carga de la enfermedad, de acuerdo a las distintas causas o problemas de salud consideradas, en años vividos con discapacidad más los perdidos por muerte

prematura. Un AVISA correspondería a un año de vida sana perdido y la medición de la carga de enfermedad por este indicador significaría la brecha existente entre la situación actual de salud de una población y la ideal en la que cada miembro de esa población podría alcanzar la vejez libre de enfermedad y discapacidad.

Por todo lo anterior, el reconocimiento de estos hallazgos, permite asumir medidas eficaces desde el análisis del caso hasta la atención clínica derivada de un plan de tratamiento adaptado a la condición general del paciente que disminuyan los tiempos de recuperación y /o eviten la aparición del evento a partir de acciones específicas de promoción y prevención de la enfermedad, aportando entre otras cosas a la productividad socioeconómica del país.

El presente estudio es de tipo observacional descriptivo de corte transversal, cuya finalidad es establecer la relación entre el número de citas durante la consulta odontológica, tratamiento recibido y la incapacidad temporal generada por el mismo, que permita definir el impacto en la productividad en pacientes de la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena. La procedencia de los sujetos seleccionados fue a través de un muestreo no probabilístico en este caso un muestreo consecutivo, el tamaño de la muestra fue de 200 sujetos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel internacional muchas facultades de odontología confluyen en la metodología de enseñanza y practica para los estudiantes de la profesión con el modelo docencia servicio, enfocado en la adquisición de las competencias necesarias en el proceso formativo a la vez que se otorga una posibilidad a la población menos favorecida de acceder a tratamientos odontológicos de todo tipo que en otras circunstancias estarían fuera de su alcance entre otras cosas por los costos de la atención particular, y no solo que accedan sino que los mismos cumplan estándares de eficacia, eficiencia, y oportunidad en los servicios ofrecidos¹.

No es objeto de desconocimiento, el hecho que un profesional en formación, no posee las mismas destrezas para diagnosticar y ejecutar un procedimiento clínico, como lo haría un odontólogo que ha finalizado su academia y además posee experiencia en el campo, este hecho podría vincularse a priori como un posible factor que aumente los tiempos de atención y genere una condición postoperatoria que aumentara los tiempos de incapacidad, de igual forma una consulta podría verse innecesariamente extendida debido a la carga estudiantil y dinámica de los docentes para valorar cada paso en el desarrollo del tratamiento².

¹ DONABEDIAN, Alex. A founder of quality assessment encounters a troubled system firsthand. Interview by Fitzhugh Mullan. En: Health Aff (Millwood). 2001. Vol. 20, N. 2, p.137-41.

² LANG, Jhon. Percepción del paciente que asiste a las clínicas de la facultad de odontología de la universidad de san Carlos de Guatemala, acerca del servicio y atención odontológica, otorgados por los

La literatura evidencia la situación en las universidades que desarrollan este programa, donde la necesidad de autoevaluar la calidad de sus servicios en materia de satisfacción les permite valorar entre muchas variables los tiempos percibidos para la realización de un tratamiento odontológico en la academia, dando resultados de conformidad distintos entre una y otra población, enfatizando los complejos de la temática y la necesidad de ahondar en los factores que determinan o influyen en dicha satisfacción³

Entre los factores reportados con porcentajes bajos de percepción de la calidad y motivos de deserción se encuentran relación tiempo tratamiento, cambio periódico de estudiantes, incompatibilidad horaria, costos no calculados a los que se suman gastos por causa de la extensión de los tiempos programados, múltiples historias clínicas y eventos estudiantiles⁴.

La evaluación de la oportunidad en la atención es un indicador del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), por tanto todas las acciones encaminadas a mejorar el servicio son de importancia en el desarrollo de

estudiantes, personal docente y administrativo. En: Universidad de San Carlos Guatemala. 2004. Vol.15, N.º2, p. 29-44.

³ JENKINSON, Crispin; COULTER, Ann; BRUSTER, Sam; RICHARDS, Nancy; CHANDOLA, Tom. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. En: Qual Saf Health Care. 2002. Vol.11, N.º.4, p.335-9.

⁴ BUCCHI, Cristina. SEPULVEDA, Constanza. MONSALVE, María José. BUSTOS, Luis. Descripción de la Satisfacción Usaria de Pacientes que Reciben Atención de Urgencia Dental en Cinco Establecimientos de Atención Primaria de Salud. En: Int. J. Odontostomat.2012. Vol.6, N.º.3, p.275-280.

fortalezas y mejoramiento de la actividad formativa y de atención en las facultades afines, (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad)⁵.

Brindar servicios que generen satisfacción en los pacientes se convierte en un desafío para los estudiantes, los cuales dependen de la adherencia de los mismos al tratamiento, la aceptación de las necesidades creadas por el clínico, diferentes al motivo de consulta, el cumplimiento de las citas y compromisos de cuidado para su finalización exitosa; y por otro lado la institución quien debe exigirse en calidad, debido a que el hecho de acudir el paciente a la facultad y su prestigio, garantiza su programa⁶⁷.

Pero debido a que los estudios de satisfacción proponen un análisis a partir de la experiencia particular del paciente, aportando a la temática mediante cuestionarios estructurados y estandarizados, es preciso aun valorar a profundidad el tiempo invertido en la consulta odontológica en la facultad, desde lo objetivo, estudiando los vacíos en el conocimiento con respecto al tiempo en concreto que tarda el estudiante desde la atención hasta la finalización del procedimiento y si el mismo

⁵ Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En: Decreto 1011/ 2006 del 3 de Abril. N°.2, p.120

⁶ PEÑARANDA, Pablo. Paciente difícil en Odontología. Elaboración de un modelo de atributos para identificarlo. En: Acta odontológica Venezolana. 1989. Vol. 27.N°.3, p.46-54.

⁷ PEÑARANDA, Pablo. Importancia de la Psicología en odontología. En: Acta odontológica Venezolana. 1990. Vol. 28.N°3, p.39-47.

requiere incapacidad, cuantos días de incapacidad se están generando, que criterio se está utilizando para determinarlos⁸.

Debido a que este tipo de estudios pueden verse influenciados por características propias del sujeto de estudios, experiencias previas y aun el estrato socioeconómico dado que un paciente de escasos recursos que difícilmente accede a odontología rehabilitadora podría percibir como excelente la atención que no tiene posibilidad de comparar, surge la pregunta acerca de **¿Cuánto es el tiempo invertido por el paciente a partir de la cuantificación del número de citas, con respecto al motivo de consulta, tipo de procedimiento, clínica de atención e incapacidad subsecuente en la consulta odontológica en la Facultad de odontología de la Universidad de Cartagena?**

⁸ CAÑÓN, Jhair; ALVAREZ, Elena; GÉNOVA, Robin. La medida de la magnitud de los problemas de salud en el ámbito internacional: los estudios de carga de enfermedad. En: Revista de Administración Sanitaria 2001. Vol.5.Nº.1, p.59-84

2. JUSTIFICACIÓN

Las instituciones con la misión de forjar profesionales en salud, prestan servicios a la comunidad en condiciones diferentes a otras entidades; la satisfacción al recibir dicha atención se relaciona con la aceptación que experimenta el usuario y depende de variables internas y externas⁹, López y cols, plantean la existencia de una creciente tendencia en la población a desarrollar el concepto de ciudadanía en salud (derecho a la salud, equidad e integralidad), lo que permite un mayor número de personas informadas, atentas a reclamar con mayor criterio lo que se le ofrece en materia de calidad en estas instituciones¹⁰.

Lo anterior conlleva a permanecer en constante autoevaluación de la prestación de los servicios que garanticen la satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta¹¹.

La academia propende la formación de profesionales competentes e íntegros, cuya excelencia se vea reflejada en el aporte a la salud de la población, teniendo en cuenta sus necesidades, sin embargo esto no puede estar desligado de los

⁹LÓPEZ-SOTO, Olga Patricia; DEL PILAR CEREZO-CORREA, Maria del Pilar; PAZ- DELGADO, Alba Lucia. Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos. En: Revista Gerencia Política en Salud. 2010. Vol. 9. N°2, p. 124-136.

¹⁰LÓPEZ, Jairo Esteban; PILATAXI-SÁNCHEZ, Stefanía. Determinants of dental care satisfaction in a group of patients attending the Adult Clinic of the Faculty of Dentistry, Universidad de Antioquia. En: Revista Gerencia Política en Salud, Bogotá (Colombia), 2012. Vol. 15. N°2, p. 209-225.

¹¹ LÓPEZ Jairo [et al]. Encuesta de satisfacción a los pacientes que acuden al servicio de primeras visitas y de Integrada de Adultos de la Clínica odontológica Universitaria de la Facultad de odontología de la Universidad de Barcelona. En: Avances en Odontoestomatología. 2002. Vol. 18. N°3, p.143-51.

factores sociales que rodean al paciente atendido, el cual no solo posee intereses en materia de salud sino que a su vez tiene compromisos de índole familiar y laboral que deben acoplarse a los ritmos de atención en la facultad de odontología, lo que obliga en muchos casos al abandono de los tratamientos, al descuido y deterioro progresivo de su condición bucal, por verse obligado a priorizar otras circunstancias que pueden generar inconvenientes mayores tales como las ausencias laborales, por permisos frecuentes para acudir a las consultas que generalmente son el horarios de trabajo¹².

Para codificar clínicamente las causas de IT, se toman como base los Códigos CIE, acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (correspondiente a la versión en español de la terminología inglesa ICD, siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), que determinan la clasificación y codificación de las enfermedades, signos, síntomas, hallazgos anormales, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad¹³.

Teniendo en cuenta el índice epidemiológico AVISA, para estimar la carga de la enfermedad varias investigaciones han caracterizado el tiempo perdido debido a mortalidad y morbilidad y los costos que el mismo genera.

¹² GOURSAND, Daniela ; PAIVA, Saul; ZARZAR, Patricia [et al]. Measuring Parental-Caregiver Perceptions of Child Oral Health-Related Quality of Life: Psychometric Properties of the Brazilian Version of the P-CPQ. En: Braz Dent J. 2009. Vol. 20. N° 2, p. 169- 174.

¹³ VICENTE-HERRERO, María Teófila; TERRADILLOS-GARCÍA María Jesús. Headache impact on disability in Spain. En: CES Salud Pública. 2014; Vol.12, N°. 5, p.38-49.

Las cifras que reflejan la pérdida de tiempo debido a la consulta médica u odontológica son significativas si se expresan en términos poblacionales. De Macedo y CG, Queluz, DP¹⁴ motivados al interés de las empresas en optimizar su rentabilidad, a partir de la competitividad económica, reportan en un estudio realizado en Brasil la pérdida de tiempo de trabajo correspondiente a 7.098,5 horas de trabajo y 887,3 días de trabajo teniendo en cuenta la jornada laboral de 8 horas. Con una asociación estadísticamente significativa entre la duración de la ausencia y la causa¹⁵¹⁶.

Alrededor 40 millones de horas son perdidas anualmente debido a problemas de índole dental en Canadá con la subsecuente perdida potencial de productividad en aproximadamente 1 billón de dólares, comparándose esta pérdida a la experiencias de incapacidad debido a afecciones musculoesqueleticas¹⁷.

¹⁴GOMES DE MACEDO, Cristina; DAGMAR DE QUELUZ, Paula. Quality of life and self-perceived oral health among workers from a furniture industry. En: Brazilian Journal of Oral Sciences. 2011 Vol.10, N°.4, p. 226-232.

¹⁵BERGNER Martin [et al]. The Sickness Impact Profile: validation of a health status measure. En: Medical Care Research and Review 1976. Vol.14, N°2, p.57-67.

¹⁶ GUERRA, Pam. [et al]. Impact of oral health conditions on the quality of life of workers. En: Ciencia & Saúde Coletiva. 2014. Vol.19, N°2, p. 4777-4786.

¹⁷ REISINE Susan. Dental Health and Public Policy: The Social Impact of Dental Disease. En: American Journal of Public Health 1985. Vol. 75, N°1, p. 1-10.

La literatura reporta la inconformidad del paciente con respecto a los tiempos de atención, pero también la consideración de los mismos justificándolo debido al ambiente académico en el que se encuentran, valorando costo beneficio,¹⁸

Pero aun si el paciente no percibe las esperas y las múltiples consultas como un problema, si es deber de las facultades analizar cuanto tiempo en realidad debería invertir un paciente de acuerdo a su tratamiento, desde la ética y el respeto por el mismo, dado que acude por la necesidad de mejorar su calidad de vida, es inadecuado exigir sacrificios innecesarios, no relacionados con la verdadera carga de la enfermedad, en tiempo productivo, importantes para el paciente e indirectamente aportando de forma negativa a las condiciones socioeconómicas del país.

¹⁸ AGUDELO Andres; VALENCIA Luz Yanneth; OULLON Eliana; BETANCUR Luis Guillermo; RESTREPO Lina. Satisfaction and associated factors in students who use the dental services of the health care institution ips universitaria+(medellín). En: Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia .2010. Vol. 19, N.º 2, p.85-89.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación existente entre el tiempo gastado por el paciente en la consulta odontológica con variables relacionadas con la atención (motivo de consulta, tipo de diagnóstico, tipo de procedimiento, clínica de atención e incapacidad subsecuente en la facultad de odontología de la universidad de Cartagena.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las variables sociodemográficas de los pacientes atendidos en las clínicas de pregrado sexto y séptimo semestre de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena.
- Identificar los diagnósticos reportados en las historias clínicas entre los años 2013 y 2014 y caracterizarlos de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades CIE-10.
- Cuantificar el tiempo a partir del número de citas por cada procedimiento, diagnóstico CIE, tipo de consulta e incapacidad subsecuente.
- Estimar la presencia de relación entre el número de citas, las diferentes variables de consulta y sociodemográficas.

4. MARCO TEORICO

Uno de los mayores desafíos que tiene y tendrá siempre el sector salud, es el de alcanzar más y mejores niveles de calidad de los servicios, un tema de preocupación de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), entre ellas las de servicios odontológicos. La calidad es un factor fundamental de posicionamiento y de competitividad; la creciente tendencia a desarrollar el concepto de ciudadanía en salud (derecho a la salud, equidad e integralidad), permite tener personas más informadas y con mayor criterio para reclamar lo que por derecho les está dado. Estas instituciones dependen en gran medida de sus usuarios, por lo que se hace importante el conocimiento de sus necesidades actuales y futuras, cumplir con sus requerimientos y tratar de superar sus expectativas. Entre sus propósitos se encuentra lograr servicios más confiables a un costo razonable, así como con una mejor imagen de la organización; en el mismo sentido, además del óptimo nivel profesional exigido para brindar la mejor calidad, es urgente mejorar la accesibilidad, la continuidad, la eficiencia, la eficacia y la oportunidad en el servicio.¹⁹

La institución pública Universitaria de Cartagena, lleva 31 años en el sector de Zaragocilla En la ciudad de Cartagena, brindándole atención a la población en general, a través de las prácticas clínicas realizadas por los estudiantes. A pesar

¹⁹ LOPEZ Jairo, [et al]. Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. En: Revista Gerencia. Política. Salud, Bogotá (Colombia), 2013, Vol. 6, N°.2, p. 209-225.

del tiempo que la institución lleva interactuando con la comunidad, se desconocía el grado de satisfacción de los pacientes respecto a la calidad de atención brindada por los estudiantes. En 2006 Blanco E., et al, realizaron un estudio donde se evaluó la percepción de los habitantes de Zaragocilla acerca de la atención prestada por la institución de una Universidad pública que brinda atención odontológica en la ciudad de Cartagena, en la cual se obtuvo como resultado que el 64% no utiliza los servicios prestados por la entidad, de esta manera no se hallaron resultados respecto a la satisfacción de los pacientes, consignados en este estudio que permitan confrontarlos con el presente estudio. Actualmente no se conocen investigaciones previas que determinen el manejo de los tratamientos realizados en la institución, los cuales demuestren eficiencia en los estudiantes, además de arrojar algún resultado que indique la percepción de satisfacción por parte de los pacientes. El objeto de este estudio fue determinar el grado de satisfacción de pacientes respecto a la calidad de atención brindada por estudiantes en una institución pública universitaria de la ciudad de Cartagena, con el fin de encontrar posibles aspectos que favorezcan la calidad de atención brindada, contribuyendo a mejorar la relación odontólogo-paciente.²⁰

Por tal motivo, el alto grado de satisfacción manifestado por los pacientes es indicativo de la buena gestión y organización existente dentro de la institución, de esta forma, la aceptación que manifiestan los pacientes es tal que afirmaron que

²⁰ BETIN Adriana, [et al]. Satisfacción de los pacientes respecto a calidad de la atención odontológica en una institución pública universitaria de la ciudad de Cartagena. En: Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2009, Vol. 6, N°.2, p.95-101.

regresarían a la institución y recibirían nuevamente tratamiento. Desde esta perspectiva, es claro que existe conformidad en los costos respecto a la capacidad de pago de la mayoría de los pacientes y en relación con otras instituciones que ofrecen el mismo servicio. Para futuros estudios se recomienda realizar seguimientos longitudinales amplios que mantenga en permanente evaluación el servicio prestado y de esta forma, se tenga en cuenta la satisfacción de los pacientes en pro de la detección de posibles fallas y mejoramiento de las mismas. Por último, se sugiere realizar clasificación socioeconómica de los pacientes previa a la prestación del servicio con el fin de beneficiar a la población menos favorecida.²¹

Las instituciones formadoras de recursos humanos en salud prestan servicios a la comunidad en condiciones diferentes a otros servicios de salud; la satisfacción al recibir dicha atención se relaciona con la aceptación que experimenta el usuario y depende de variables internas y externas.²²

Teniendo en cuenta lo anterior se dice que hay varios factores que van a depender de que un paciente se encuentre satisfecho o no, con la atención prestada ya sea por el tiempo gastado o por el tratamiento realizado. Debido a esto se puede encontrar pacientes que, continúan con el tratamiento, Otros terminados, algunos

²¹ Obíd, P.102

²² Obíd, P. 103

que cancelan el tratamiento y otros simplemente sin terminar. Lo cual genera un grado de insatisfacción en estos sujetos.²³

Una de las variables relacionadas con la satisfacción es el tiempo transcurrido para la realización de su tratamiento, asunto que puede depender de disponibilidad horaria de los pacientes y del servicio, costo y calidad del tratamiento, y expectativa del paciente.²⁴

Dentro de otros factores importantes se encuentran los eventos que dificultan el desarrollo del tratamiento como es el caso de una inadecuada organización de la institución como lo son la historia clínica, la alta rotación de estudiantes, o por la culminación del periodo académico, o por alteraciones de otra índole que afectan el normal desarrollo del tratamiento.²⁵

La calidad se relaciona con las instituciones y por otro lado en los factores inherentes al usuario. Uno de estos factores es determinar el nivel de percepción que un usuario tiene sobre un servicio de salud, esto es lo que se conoce como **%satisfacción del usuario+**. La prestación de servicios de salud no se puede

²³ LOPEZ, Jairo, [et al]. Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. En: Revista Gerencia. Política. Salud, Bogotá (Colombia), 2013, Vol. 6, N°.2, p.209.

²⁴ LOPEZ, Jairo, [et al]. Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. En: Revista Gerencia. Política. Salud, Bogotá (Colombia), 2013, Vol. 6, N°.2, p.209-225.

²⁵ LOPEZ, Jairo, [et al]. Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. En: Revista Gerencia. Política. Salud, Bogotá (Colombia), 2013, Vol. 6, N°.2, p.230.

comparar con otros servicios que ofrecen otras entidades ya que no es un producto físico, es intangible, se basa en interacciones humanas y solo deja sensaciones agradables (positivas) o desagradables (negativas) que se traducen en sentimientos de satisfacción o insatisfacción.²⁶

En las ciencias de la salud, sobre todo en odontología, el dolor y malestar son a menudo las causas por las cuales el paciente acude a exigir un tratamiento urgente. Esto origina en el individuo un estado de desequilibrio provocando una alteración del control del paciente., Además de la sensación de sentirse abrumado. El análisis de las conductas de los pacientes ha tenido un auge creciente en los últimos años en cuanto a los términos actitud, conducta y contexto donde se mueve el paciente así como los cambios conductuales que en ellos se producen (Melamed,1983).,ya que son muchas las personas que presentan actitudes desfavorables ante el tratamiento odontológico general , y entre las posibles causas podemos citar : tipo de patología bucal, modo de vida, comunidad que lo rodea, desinformación en relación a salud bucal, entre otros. (Collet,1969).Por lo tanto en la presente investigación se han definido términos a utilizar tales como fobia, miedo, ansiedad, stress etc., para conocer la forma como los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología perciben el tratamiento protésico general y como todos estos factores influyen en el cuadro subjetivo del paciente.. Resulta indispensable conocer los aspectos que rodean la atención

²⁶ AGUDELO Andres. [et al]. Satisfacción y factores asociados en estudiantes usuarios del servicio odontológico de la institución prestadora de servicios de salud %ps universitaria+ (Medellín). En: revista facultad de odontología de la Universidad de Antioquia, 2007. Vol. 19, N°. 2, p .13-23.

odontológica general, en nuestro caso, en los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, para incidir especialmente en aquellos que gravitan en forma negativa a fin de prevenirlos y controlarlos , ya que se presentan fallas y obstáculos que desvirtúan el sistema de atención, permitiéndonos obtener una visión interna del paciente, explorando e indagando sus percepciones y valores , configurando la subjetividad del mismo en cuanto a la necesidad protésica del paciente.²⁷

En tal sentido, el anterior trabajo tuvo como objetivos:

1. Determinar la actitud de los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología de la UCV en relación con el tratamiento protésico.
2. Conocer su principal motivo de consulta.
3. Conocer los factores que intervienen las necesidades protésicas del paciente.
4. Describir las sensaciones del paciente durante el tratamiento
5. Conocer las causas del fracaso en prótesis anteriores
6. Identificar los posibles factores de deserción.

En este estudio participaron (60) sesenta pacientes (48 hembras y 12 varones) de la Facultad de Odontología de la UCV. Que aceptaron someterse a encuestas

²⁷ Obíd. P. 24

antes y después del tratamiento e instalación de las prótesis removibles, para conocer su actitud ante el tratamiento protésico; con edades comprendidas entre 18 y 70 años de edad con promedio de 42.6 años. El tratamiento realizado a estos pacientes fue el que rutinariamente se realiza en las salas clínicas de la Facultad Odontología de la UCV.²⁸

Estos pacientes fueron restaurados con prótesis parciales removibles con estructura metálica de aleación de cromo-cobalto, bases metálicas y metal acrílica y dientes de acrílico. Se aplicaron los principios de diseño de la prótesis parcial removible según Mc. Givney y col, (1992) y Kratochvil (1990).²⁹

Los pacientes fueron entrenados en un programa de higiene bucal el cual consistió en controles de placa dental mediante la tinción de los dientes con solución detectora y técnica de cepillado (Bass, 1954), uso de cepillos interproximales e hilo dental. El trabajo se realizó de la siguiente manera:

a. En el examen inicial se realizó la primera encuesta y allí se registraron los datos socioeconómicos del paciente, motivo de consulta, antecedentes protésicos y motivación a la realización de las prótesis. También se evaluaron los temores y desagradados del paciente durante el tratamiento.

²⁸ Obíd. P.25

²⁹ Obíd. P. 26-27

b. Luego de la instalación de las prótesis removibles se realizó la segunda encuesta y se conoció el estado anímico del paciente durante el tratamiento, molestias, desagradados, temores y satisfacción con el tratamiento realizado.

c. Se recolectaron todos los datos antes citados en hojas de recolección y se le aplicó un método estadístico descriptivo a través de los objetivos específicos y Traducidos luego en cuadros y tablas estadísticas. Se definieron las variables a utilizar tales como actitud, miedo, ansiedad, stress de acuerdo a diferentes autores.³⁰

Actitud: según Dorsh (1976) es definida como una disposición psíquica y nerviosa organizada por la experiencia y cuya influencia es dinámica y orientadora del entorno del individuo.

Miedo: es una reacción íntegra ante un peligro desconocido y su fuente se localiza en el consciente. Puede a veces crear cambios profundos y temporales hasta llegar a producir restricción de la acción. Denota una amenaza real o activa, breve, y con facilidad se identifica el estímulo que la produce, los cambios fisiológicos desaparecen tan pronto es retirado el estímulo que los produce. (Rubin y col, 1988), (Weiner y col, 1988), (Epstein, 1988).

³⁰ ARRIGHI, Perla. Actitud del paciente frente al tratamiento protésico que acude a la facultad de odontología de la universidad central de Venezuela. En: Acta odontológica venezolana. 1998, Vol. 36, N°.2, p.3.

Fobia: es un estado corporal subjetivo desagradable que actúa como reacción de alerta ante un hecho inminente. Es un miedo irracional ante una cosa o actividad que desencadena la conducta de evitación. (Sokol y col, 1988), (Goldman, 1984).

Ansiedad: es una reacción ante un peligro desconocido y su fuente se localiza en el inconsciente. Crea malestar difuso, y aprehensión intensa con sudoración, palpitación etc. Y no desaparece tan pronto al retirar el estímulo.(Weiner y col, 1988), (Rubin y col, 1988).

Stress o tensión: es determinante en la conducta humana, y se desencadena por tensiones de vida o trabajo. , que pueden alterar las respuestas en el individuo. (Hendrix, 1986)³¹.

Los resultados fueron obtenidos en dos etapas ,la primera durante el inicio del tratamiento , con la historia clínica, tartrectomía e higiene y la segunda etapa con la finalización del tratamiento protésico (fase de post instalación).Se seleccionaron las causas más comunes por las que el paciente acude a recibir tratamiento, su nivel educativo, sexo y edad, actitud frente al tratamiento protésico, temores, desagradados, molestias sufridas durante el tratamiento, y satisfacción con el tratamiento realizado.³²

Consideramos oportuno señalar que la deserción fue del 13,3% (8 pacientes) debido a:

³¹ ibíd, P.4-5

³² ibíd, P. 6

3 pacientes señalaron pérdida excesiva de tiempo

2 pacientes señalaron incomodidad de horario

2 pacientes señalaron miedo al dolor

1 paciente fue remitido al post grado por la complejidad del caso.³³

Los hallazgos obtenidos en este estudio fueron los siguientes:

De los 60 pacientes encuestados (48 hembras y 12 varones) 13 acudieron por caries (21,6%), 2 acudieron por sangramiento de encías (3,3%), 1 acudió por movilidad dental (1,6%), 11 por dolor dental y/o articular (18,3%) , 5 por control dental (8,6%), y 28 por restauración protésica (46,6%). Predominando siempre las hembras sobre los varones, destacando que la restauración protésica fue la causa por la que mayormente acudieron a consulta.

Debido a lo anteriormente expuesto se comenta que no solo es relevante el motivo de consulta por el que acude el paciente, o la enfermedad que más se presenta en la consulta odontológica o el grado de satisfacción de acuerdo al tratamiento realizado, si no el tipo de discapacidad que estas generan en el paciente, por eso es importante conocer el concepto de AVP que tiene como fin obtener los resultado de la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) con los años de vida perdidos por discapacidad (AVD). Los AVP han sido

³³ *Ibid*, P. 7-8

utilizados, en los últimos años en el Perú, para determinar prioridades sanitarias, por lo que no encierra ninguna limitación técnica para su cálculo. En cambio, la estimación de los AVD si tiene cierta dificultad técnica por la falta de datos epidemiológicos y por la deficiente calidad de los mismos.³⁴

Se define carga de enfermedad a la medida de pérdidas de salud que para una población representan las consecuencias mortales y no mortales de las diferentes enfermedades y lesiones. La carga de enfermedad atribuible a una enfermedad concreta se mide por un lado con su frecuencia y, por otro lado, a partir de las consecuencias mortales y discapacitantes que origine. Y esto se puede evidenciar entre otras cosas en término de tiempo de incapacidad a consecuencia de la enfermedad en cuestión, agravándose el resultado innecesariamente por inadecuadas políticas en las instituciones prestadoras en servicio de salud que optimicen estos tiempos desde que el paciente acude a la consulta.³⁵

La carga de enfermedad dependerá de los determinantes más distales y de las situaciones de riesgo más próximas, así como de los resultados de las intervenciones realizadas en cualquiera de los niveles. Las intervenciones deberán

³⁴RUBINSTEIN Adolfo, [et al]. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. En: Revista Panamericana de Salud Pública. 2010, Vol 27, N°.4, p. 237. 45.

³⁵ VELÁSQUEZ, Aníbal. Guía metodológica para las estimaciones epidemiológicas del estudio de carga de enfermedad. En: PRAES PERU.2006, Volº. 15, N°. 2, p. 1-72.

repercutir en una reducción de la frecuencia de la enfermedad o una reducción de la discapacidad y/o prematuridad de las muertes.³⁶

Mientras que la frecuencia de una enfermedad puede medirse con criterios objetivos (incidencia, prevalencia), la valoración de las pérdidas funcionales, desventajas sociales y mortalidad prematura responde a criterios más imprecisos que dependen de preferencias individuales o sociales.³⁷

Por estas razones, las estimaciones de Carga de Enfermedad se basan tanto en aspectos objetivos como en valoraciones o preferencias que deberían estar respaldadas por un cierto grado de acuerdo o consenso social.

Hechas estas salvedades, los estudios de carga de enfermedad pueden servir para:

Medir y comparar la salud de poblaciones o grupos sociales

Conocer la evolución de la salud de una población o la magnitud de un problema de salud a través del tiempo

Medir y comparar la importancia de los diferentes problemas de salud de una población en un momento dado

³⁶ Ibid, P. 75

³⁷ Ibid., P. 76

Medir los resultados de las intervenciones sanitarias que se realizan frente a un problema de salud concreto

Utilizar estos resultados como un instrumento más para la definición de prioridades en salud y orientar la asignación de recursos.³⁸

³⁸ RUBINSTEIN, Adolfo, [et al]. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. En: revista panamá salud pública. 2010. Vol. 15, N° 2, p. 237-245.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Observacional descriptivo de corte transversal

5.2. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por N= 1500 historias clínicas guardadas en archivo.

5.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Muestra: corresponde al censo de historias clínicas de pacientes atendidos en sexto y séptimo semestre de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena.

Muestreo: no probabilístico por criterio, de forma consecutiva hasta completar la población objeto de estudio.

5.3.1. Criterios de inclusión.

- Historias clínicas de pacientes atendidos por los estudiantes de pregrado de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena.
- Historias clínicas correctamente diligenciadas y que incluyeran datos personales y la información del número de citas y el tiempo de incapacidad de acuerdo al procedimiento.

5.3.2. Criterios de exclusión.

- Menores de edad.
- Pacientes con discapacidad, cuya condición pudiera influir en un aumento del tiempo por consulta.

5.4. VARIABLES.

Cuadro 1. Descripción de variables.

| Variables | Definición | Escala de Medición | Índice e Indicadores |
|------------------------|---|---------------------------|---|
| Sexo (Paciente) | Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer | Nominal | Femenino y masculino |
| Edad | Edad cronológica de cada individuo | Razón | Años cumplidos Adolescente: 1 Adulto joven: 2 Adulto maduro: 3 Adulto mayor:4 |
| Procedencia | Lugar del cual proviene el paciente, en relación | Nominal | Rural |

Continuación cuadro 1. Descripción de variables.

| Variables | Definición | Escala de Medición | Índice e Indicadores |
|-------------------------------|--|---------------------------|--|
| | temporal con la consulta. | | Urbano |
| Regimen de salud | Régimen según la ley de seguridad social en salud de Colombia al cual pertenece el sujeto de estudio. | Nominal | Subsidiado Contributivo |
| Ocupación | Ejecución de tareas que implican un esfuerzo físico o mental con el objetivo de general bienes y servicios para atender las necesidades humanas. | Nominal | Ama de casa Independiente empleado estudiante pensionado |
| Estrato socioeconómico | Nivel categórico socioeconómico al que pertenece el sujeto. | Ordinal | 1,2,3,4,5 |
| Motivo de consulta | Motivo el por cual el paciente acude al servicios odontológico de la facultad. | Nominal | 0: inconformidad estética 1: inconformidad funcional 2: dolor 3: trauma 4: gingivorragia 5: resto radicular 6: cavidad en órgano dentario 7: movilidad dental 8: fractura dental |
| | Referente a el tipo de | Nominal | 0: clínica pura 1: clínica de |

Continuación cuadro 1. Descripción de variables.

| Variables | Definición | Escala de Medición | Índice e Indicadores |
|--------------------------------|---|---------------------------|--|
| Clinica de atención | consulta, o clínica de pregrado donde el paciente es atendido de acuerdo a su motivo. | | urgencia 2: Clínica integral del adulto 3: Clínica restauradora I 4: Clínica restauradora II 5: Clínica del adulto especial 6: Postgrado |
| Procedimiento realizado | Referente al tipo de intervención realizada de acuerdo a su motivo de consulta. | Nominal | 0: exodoncia 1: endodoncia 2: resina/amalgama 3: rehabilitación 4: raspado/alisado 5: intervención quirúrgica |
| Cita por año | Numero entero de citas vinculadas al procedimiento especificado. | cuantitativa discreta | # de citas |
| Tiempo de incapacidad | Tiempo otorgado de acuerdo a criterios | Cuantitativa continua | Tiempo en minutos, horas y |

Continuación cuadro 1. Descripción de variables.

| Variables | Definición | Escala de Medición | Índice e Indicadores |
|-------------------|---|---------------------|----------------------|
| | diagnósticos y de juicio del profesional para la recuperación del paciente, antes que pueda continuar sus actividades laborales. | | días. |
| Enfermedad | La Clasificación internacional de enfermedades, con la su código, teniendo en cuenta signos, síntomas, hallazgos anormales, entre otras causas externas de daños y/o enfermedad. ¹ | cualitativa nominal | CIE- 10 |

5.5 PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS DE RECOLECCIÓN.

La investigación cumplió con lo exigido por la norma 8430 de 1993 del Ministerio de Protección Social de Colombia. Para obtener la información de las variables de interés se procedió a una evaluación rigurosa de las historias clínicas de sexto y séptimo semestre, en los cuales se desarrollan citas de atención para procedimientos específicos, con un ritmo de recambio menor, a los encontrados en las clínicas integrales donde el estudiante puede desarrollar múltiples consultas en el horario especificado para ello, esto con la finalidad de poder guiar la investigación de acuerdo al número de citas reportado, debido a que no se cuenta con un registro en tiempo real. Se revisaron un total de 200 historias clínicas comprendidas entre los años 2013 y 2014, de las cuales fueron extraídas la información respectiva para las variables sociodemográficas donde incluyen la edad categórica (4 categorías por ciclo de vida), sexo, procedencia, régimen, estrato y ocupación, las variables de consulta: motivo de consulta, diagnóstico (de acuerdo al cie10), clínica de atención y procedimiento realizado. Por último y a partir de la información anterior se extraen las variables de número de citas en días, tiempo de incapacidad en días y el tiempo total en días, los cuales nos permiten valorar de forma aproximada la eficiencia y la oportunidad de la atención por parte de la institución a los pacientes.

El instrumento de recolección de información constaba de un formato o ficha de verificación con el número de la historia clínicas, datos sociodemográficos, edad, sexo, teléfono, procedencia, régimen de salud al que pertenece, ocupación, motivo

análisis se tuvieron en cuenta las distribuciones de frecuencia incluyendo media con intervalos de confianza del 95% y desviación estándar de cada variable cuantitativa y parámetros descriptivos para las variables cualitativas. Se estimaron las diferencias de medias con los estadísticos H de Kruskal Wallis para las variables numéricas para más de dos muestras debido a que no se cumplieron los supuestos para un análisis paramétrico, estimados con el test de Shapiro Wilks y Levene, por otro lado U de Mann Withney para dos muestras independientes con intervalos de confianza del 95%, posteriormente se realizó una comparación de medias entre las variables sociodemográficas y de consulta (categóricas) con respecto a las variables de tiempo, evidenciándose a partir de las diferencias significativas entre un subgrupo y otro para intervalos distintos.

5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Protección Social de Colombia y la Declaración de Helsinki para investigación en humanos de la Asociación Médica Mundial modificada en Edimburgo en el año 2000, este estudio se considera sin riesgo, por lo que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio y la información recolectada es de carácter confidencial por lo que no se dará a conocer la identidad de los participantes respetando así su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar. La recolección de los datos fue realizada custodiando la intimidad del paciente y sus diagnósticos.

6. RESULTADOS

La muestra final estuvo conformada por 200 encuestas, pertenecientes a una distribución de pacientes con un promedio de edad de 41,35 años, con DE=1.1. En las tablas siguientes se observan las características socio-demográficas de los sujetos de estudio y en gráficos algunas variables para su mejor visualización.

Tabla 1. Características socio-demográficas de la muestra de estudio, Cartagena 2015.

| VARIABLE | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Edad cat. | | |
| 18-32 | 12 | 6 |
| 33-48 | 80 | 40 |
| 49-64 | 96 | 48 |
| ≥65 | 12 | 6 |
| Sexo | | |
| Masculino | 89 | 55,5 |
| Femenino | 11 | 44,5 |
| Estrato social | | |
| 1 | 56 | 28 |
| 2 | 84 | 242 |
| 3 | 44 | 22 |
| 4 | 15 | 7,5 |
| Régimen de salud | | |
| Contributivo | 69 | 34,5 |
| Subsidiado | 131 | 65,5 |
| Ocupación | | |
| Ama de casa | 65 | 32,5 |
| Estudiante | 35 | 17,5 |
| Independiente | 52 | 26 |
| Empleado | 46 | 23 |
| Pensionado | 2 | 1 |
| Procedencia | | |
| Urbana | 192 | 96 |
| Rural | 8 | 4 |
| Total | 200 | 100 |

El 48% de pacientes con la categoría de edad entre 41-65 años de edad, de acuerdo al ciclo vital, con predominio del sexo femenino (55,5%), y procedencia urbana (96%), el estrato de mayor prevalencia corresponde al 2 (42.5%), al régimen contributivo pertenecen el 65% de la población estudiada, con predominio de ocupación como ama de casa (32%) y empleado (26%).

Con respecto a las variables de consulta, la inconformidad estética presenta una mayor frecuencia (43%), seguido de dolor en el 19.5% de los pacientes, los diagnósticos de acuerdo al código CIE-10 con mayor porcentaje fueron en primer lugar caries dental (40.5%), enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales (16%), y resto radicular (14%). Las clínicas puras presentan una afluencia mayor de pacientes entre los sujetos medidos (57%), por otro lado el procedimiento realizado más frecuente en este grupo corresponde a operatorias (40.5%), seguido de exodoncia (31%).

Tabla 2. Variables de consulta odontológica

| VARIABLE | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|-------------------|-------------------|
| Motivo de consulta | | |
| Inconformidad estética | 86 | 43 |
| Inconformidad funcional | 29 | 14,5 |
| Dolor | 39 | 19,5 |
| Trauma | 9 | 4,5 |
| Gingivorragia | 19 | 9,5 |
| Resto radicular | 8 | 4 |
| Cavidad en órgano dentario | 9 | 4,5 |
| Movilidad dental | 1 | 0,5 |
| Clínica de atención | | |
| Clínica pura | 114 | 57 |
| Clínica de restauradora | 81 | 40 |
| Clínica de restauradora II | 5 | 2,5 |
| Procedimiento realizado | | |
| Exodoncia | 62 | 31 |
| Endodoncia | 33 | 16 |
| Resina/amalgama | 81 | 40,5 |
| Rehabilitación | 5 | 2,5 |
| Raspado / alisado | 19 | 9,5 |
| Diagnósticos | | |
| Caries dental | 81 | 40,5 |
| Caries de cemento | 13 | 6,5 |
| Periodontitis crónica | 12 | 6 |
| Enf. De la pulpa y los tejidos periapicales | 32 | 16 |
| Otras enf. Especificadas de los tejidos duros del diente | 4 | 2 |
| Absceso periapical con fistula | 6 | 3 |
| Gingivitis y enfermedad periodontal | 19 | 9,5 |
| Raíz dental retenida | 28 | 14 |
| Anodoncia | 5 | 2,5 |
| Total | 200 | 100 |

En los gráficos y tablas siguientes se observan las medias en tiempo estimadas para cada variable cuantitativa discreta (número de procedimientos, número de citas), tiempo de incapacidad en días, con un nivel de confianza del 95%.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos

| VARIABLE | MEDIA | ERROR ESTÁNDAR | INTERVALOS DE CONFIANZA DEL 95% | |
|----------------------------------|--------------|-----------------------|--|-----------|
| Número de Procedimientos | 2,51 | 0,1401704 | 2,23359 | 2,78641 |
| Número de citas asistidas al año | 2,105 | 0,1195464 | 1,86926 | 2,34074 |
| Tiempo incapacidad en horas | 10,32 | 1,366464 | 7,625392 | 13,01461 |
| Tiempo incapacidad por días | 0,43 | 0,056936 | 0,3177247 | 0,5422753 |

Se concluye una estimación del tiempo total por incapacidad de 86 días anuales para la muestra, multiplicándolo la media de 0.43 días por el número de la población se estima unos 645 días perdidos por enfermedad bucal en los pacientes que asistieron ese semestre a la facultad por atención odontológica, discriminados de la siguiente manera: un promedio de dos a tres procedimientos, durante dos citas, con 0.43 días por incapacidad subsecuente.

Para el análisis bivariado se utilizaron las variables cuantitativas con cada variable categórica, comparando medias e intervalo de confianza entre ellas. Se observó

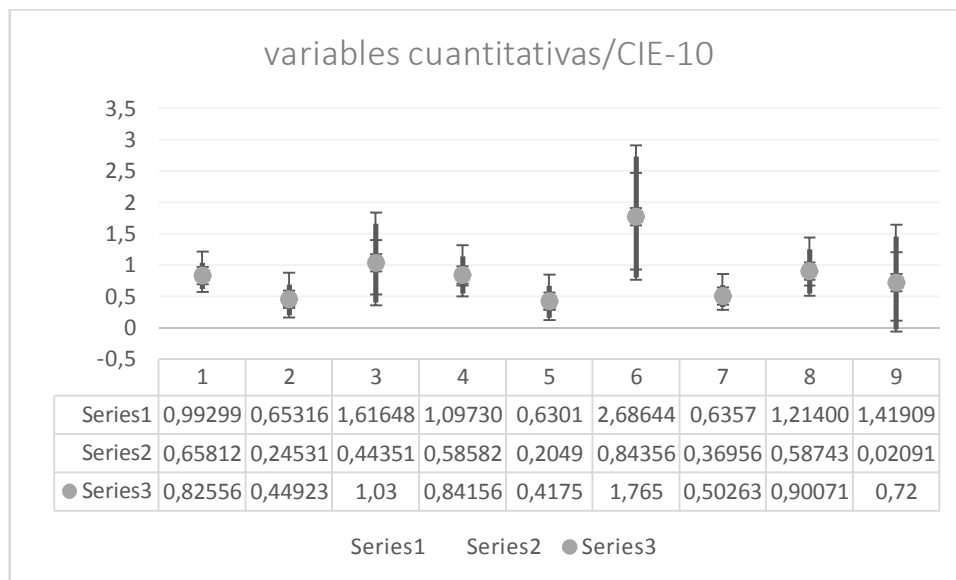
a su vez diferencias significativas entre las medias de tiempo por motivo de consulta entre resto radicular, cavidad en órgano dentario y movilidad dental.

Prueba de hipótesis:

H0= No existen diferencias estadísticas entre los grupos

H1= Existen diferencias estadísticas entre los grupos. $p < 0.05$

Grafico 1. Comparación de número de citas e incapacidad subsecuente en días con respecto a la variable diagnósticos.



No existen diferencias significativas entre los tipos de diagnósticos y el número de procedimientos, citas e incapacidad dado.

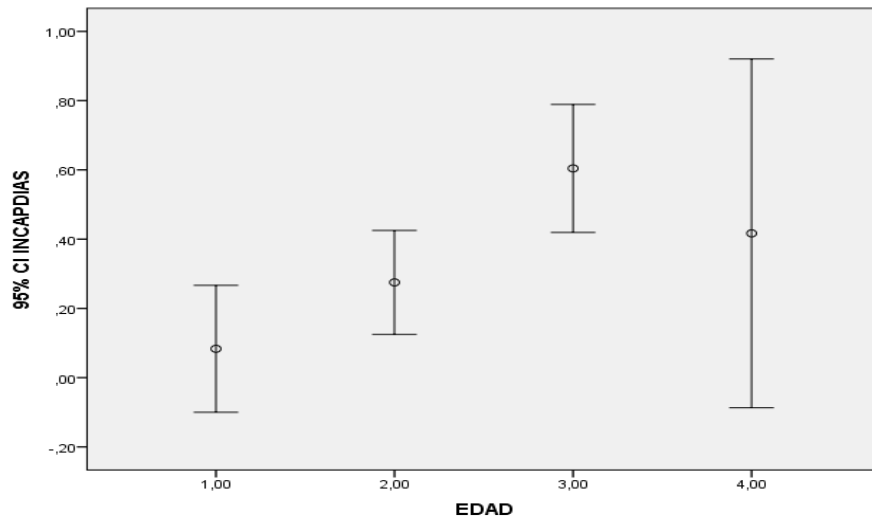
Tabla 4. comparación de medias entre las variables diagnóstico y numero de procedimiento

| | NUMERO DE PROCEDIMIENTO | CITAS POR AÑO | INCAPACIDAD POR DIAS |
|-----------------|-------------------------|---------------|----------------------|
| Chi-cuadrado | 12,044 | 8,374 | 13,514 |
| gl | 8 | 8 | 8 |
| Sig. asintótica | ,149 | ,398 | ,095 |

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: CIE_10

Grafico 2. Comparación del tiempo de incapacidad en días con respecto a la categoría de edades.



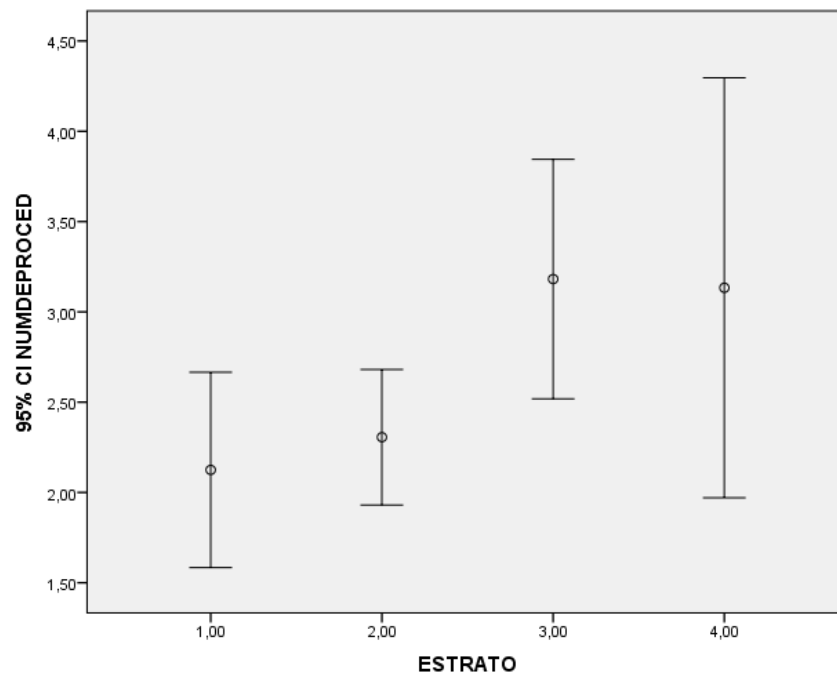
Existen diferencias entre el tiempo de incapacidad en días de acuerdo a las categorías de edades, con un valor de $p=0.025$, las medias mayores de incapacidad se encuentran en el grupo adulto maduro.

Tabla 5. Comparación de medias entre la variable incapacidad en días y respecto a la categoría edad

| | NUMERO DE PROCEDIMIENTOS | CITAS AL AÑO | INCAPACIDAD DIAS |
|-----------------|-----------------------------|-----------------|---------------------|
| Chi-cuadrado | 5,949 | 3,624 | 9,365 |
| gl | 3 | 3 | 3 |
| Sig. asintótica | ,114 | ,305 | ,025 |

a. Prueba de Kruskal Wallis
b. Variable de agrupación: EDAD

Grafico 3. Comparación del número de procedimiento con respecto a la variable estrato.



Existe diferencia estadísticamente significativa entre el número de procedimientos y el estrato con un valor de $p=0.002$, los estratos tres y cuatro presentan un mayor número de procedimientos.

Tabla 6. Comparación de medias entre número de procedimientos y estrato

| | NUMERO DE PROCEDIMIENTO | CITAS POR AÑO | INCAPACIDAD POR DIAS |
|------------------------------------|-------------------------|---------------|----------------------|
| Chi-cuadrado | 14,429 | 7,348 | 4,261 |
| gl | 3 | 3 | 3 |
| Sig. asintótica | ,002 | ,062 | ,235 |
| a. Prueba de Kruskal Wallis | | | |
| b. Variable de agrupación: ESTRATO | | | |

Se evidencian diferencias significativas entre los distintos Regímenes de salud y el número de procedimientos realizado con un valor de $p=0.001$, siendo mayor en el régimen subsidiado.

Tabla 7. Comparación del régimen de salud con respecto al número de procedimientos realizados.

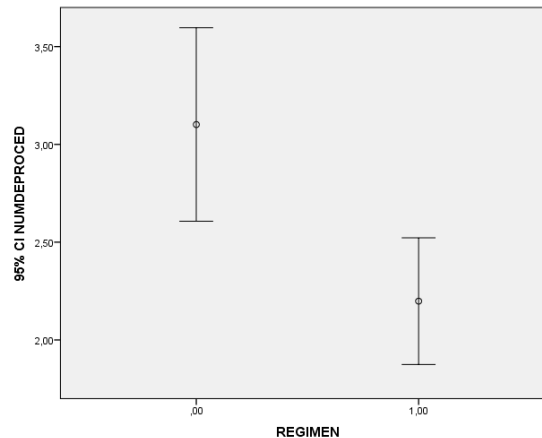
| | | Tabla cruzada | | | | | | | | | | | |
|---------|------|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | NUMERO DE PROCEDIMIENTO | | | | | | | | | | Total | |
| | | 1,00 | 2,00 | 3,00 | 4,00 | 5,00 | 6,00 | 7,00 | 8,00 | 9,00 | 10,00 | | |
| REGIMEN | ,00 | Recuento | 18 | 12 | 17 | 10 | 4 | 0 | 5 | 2 | 0 | 1 | 69 |
| | | % dentro de | | | | | | | | | | | |
| | | NUMERO DE | 19,4% | 40,0% | 58,6% | 52,6% | 30,8% | 0,0% | 83,3% | 50,0% | 0,0% | 50,0% | 34,5% |
| | | PROCEDIMIENTO | | | | | | | | | | | |
| | 1,00 | Recuento | 75 | 18 | 12 | 9 | 9 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 131 |
| | | % dentro de | | | | | | | | | | | |
| | | NUMERO DE | 80,6% | 60,0% | 41,4% | 47,4% | 69,2% | 100,0% | 16,7% | 50,0% | 100,0% | 50,0% | 65,5% |
| | | PROCEDIMIENTO | | | | | | | | | | | |
| Total | | Recuento | 93 | 30 | 29 | 19 | 13 | 3 | 6 | 4 | 1 | 2 | 200 |
| | | % dentro de | | | | | | | | | | | |
| | | NUMERO DE | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | PROCEDIMIENTO | | | | | | | | | | | |

Tabla 8. Tabulación cruzada entre la variable régimen de salud y número de procedimientos realizados

| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|--------------------------------------|--------|----|---------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson ^a | 29,229 | 9 | ,001 |
| Razón de verosimilitud | 30,555 | 9 | ,000 |
| Asociación lineal por lineal | 9,378 | 1 | ,002 |
| N de casos válidos | 200 | | |

a. 11 casillas (55,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,35.

Grafico 5. Comparación de la ocupación con respecto a la variable número de procedimiento realizado.



Se observan diferencias estadísticas entre el tipo de ocupación y número de procedimientos realizado con un valor de $p=0.014$

Tabla 9. Comparación de medias entre la variable ocupación y el número de procedimientos

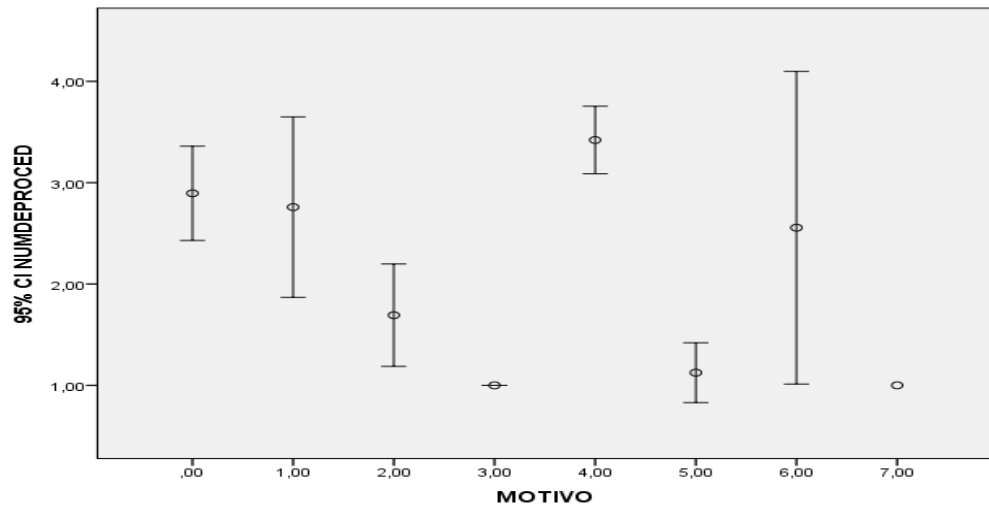
| | NUMERO DE PROCEDIMIENTO | CITAS POR AÑO | INCAPACIDAD POR DIAS |
|--------------------------------------|-------------------------|---------------|----------------------|
| Chi-cuadrado | 12,483 | 9,194 | 11,816 |
| gl | 4 | 4 | 4 |
| Sig. asintótica | ,014 | ,056 | ,019 |
| a. Prueba de Kruskal Wallis | | | |
| b. Variable de agrupación: OCUPACION | | | |

También existen diferencias significativas entre el motivo de consulta y el número de procedimientos, citas al año e incapacidad en días.

Tabla 10. Tabulación cruzada entre la variable motivo de consulta y número de procedimientos

| | NUMERO DE PROCEDIMIENTO | CITAS POR AÑO | INCAPACIDAD DIAS |
|-----------------|----------------------------|------------------|---------------------|
| Chi-cuadrado | 39,158 | 39,381 | 26,856 |
| gl | 5 | 5 | 5 |
| Sig. asintótica | ,000 | ,000 | ,000 |

Grafico 6. Comparación del motivo de consulta con respecto a las variables motivos de consulta, numero de procedimiento, citas al año e incapacidad en días.



Existen diferencias entre los tipos de procedimientos y el número de procedimientos, citas al año e incapacidad subsecuente.

Tabla 11. Comparación de medias entre las variables tipo de procedimiento, numero de procedimiento, citas al año en incapacidad subsecuente.

| | NUMERO DE PROCEDIMIENTO | CITAS POR AÑO | INCAPACIDAD DIAS |
|--|----------------------------|------------------|---------------------|
| Chi-cuadrado | 96,866 | 98,776 | 134,294 |
| gl | 4 | 4 | 4 |
| Sig. asintótica | ,000 | ,000 | ,000 |
| a. Prueba de Kruskal Wallis | | | |
| b. Variable de agrupación: PROCEDIMIENTO | | | |

7. DISCUSIÓN

Este trabajo tuvo como objetivo principal la cuantificación del tiempo perdido por el paciente debido a la enfermedad de origen bucal que presenta y la incapacidad subsecuente, los resultados de esta investigación deben ser analizados cuidadosamente debido a el tipo de muestreo utilizado que puede poner en riesgo la aleatoriedad y la representatividad de los estratos en la muestra y por ende generar resultados sesgados, sin embargo los hallazgos obtenidos, propenden un aporte importante para la caracterización de la atención por parte de la institución, a partir de datos concretos derivados del procedimiento y secuelas en sí, estas estimaciones contribuyen a uno de los objetivos de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena y otras instituciones afines como es la evaluación y mejoramiento de los servicios de salud lo cual implica un proceso de Identificación de diferentes variables contribuyentes y las acciones necesarias para satisfacer en cierta medida las expectativas de los usuarios y con ello la superación constante en materia de calidad de los servicios³⁹.

El impacto en tiempo perdido que puede generar la enfermedad bucal toma valores de importancia epidemiológica cuando es medido en sumatoria de los casos poblacionales, en el caso de esta investigación se estima un total de 475 días perdidos para la población aproximada de 1500 pacientes anuales de la

³⁹ HURTADO, Sandra; VÁSQUEZ, Fernando. Estudio del nivel de satisfacción de los usuarios del servicio odontológico de una IPS del régimen contributivo de Cali, Junio - Agosto 2010. En: Revista Estomatología y salud. 2012, Vol. 20, Nº.1, p. 8-15.

facultad, producto de las mediciones directas de cada variable cuantitativa, en la literatura se reportan índices formales que realizan mediciones a partir de diferentes parámetros para la estimación de años perdidos ajustados por muerte prematura y morbilidad, teniendo en cuenta información de la frecuencia de las enfermedades, el grado de discapacidad (física, psíquica o social) que cada estadio de la enfermedad supone, su duración media y su edad de inicio., para lo cual se obtiene la carga de la enfermedad total y atribuible en años de vida perdidos en la población, con software especializados como DISMOD⁴⁰. Sin suponer dificultad a excepción del cálculo de AVD, que presenta complicaciones técnicas por la falta de datos epidemiológicos y la deficiente calidad de los mismos⁴¹, es por ello que en esta investigación se utilizaron datos locales como preámbulo a investigaciones posteriores con otras variables.

Los estudios en salud donde se han utilizado índices epidemiológicos, en el caso de Chile, estiman no solo el tiempo perdido en años sino a su vez lo utilizan como un indicador del desempeño profesional medido en la reducción del tiempo debido a la eficacia del diagnóstico, la eficiencia en el desarrollo del tratamiento y la implementación adecuada de los protocolos para incapacidad reflejando la brecha íntima entre las condiciones del paciente y todas las acciones en materia de salud pública que puedan realizarse en prevención y curación, evidenciando un

⁴⁰ MURRAY, Bruce; WIESE, Jean. Satisfaction with care and utilization of dental services at neighborhood health center. En: J Pub Health Dent. 1975. Vol.35, N°. 2, p. 170-176.

⁴¹VELÁSQUEZ, Aníbal. Guía metodológica para las estimaciones epidemiológicas del estudio de carga de enfermedad. En: PRAES PERU.2006, Vol. 15, N°.2, p. 1-72.

promedio de 28.236 para caries dental, semejante al obtenido por cáncer de cuello uterino 28.921, y superior cáncer de mama en la mujer 22.253 y la tuberculosis 9.447. del cual pudieran ser evitados por expansión de la cobertura incluyendo la fluoración del agua, (95%), y el mejoramiento de los tratamientos (26%), concluyendo entonces que la prevención y el tratamiento eficaz pueden reducir casi el total de los avisa, un aporte en costo-efectividad de \$776.969.650,8 pesos colombiano, evitado en el caso del tratamiento de las caries dentales⁴².

Como reporta Vicente, Herrera y cols en 2014, en una investigación de repercusiones de la incapacidad en España, Los estudios de carga de la enfermedad deben tomar como referencia la clasificación CIE, utilizada en este trabajo, de tal manera que lo obtenido en la muestra debido al amplio rango de grupos y subgrupos accesibles en la codificación CIE, permite realizar aproximaciones clínicas y epidemiológicas de mayor precisión, facilitando la obtención de valoraciones más certeras del impacto de estas patologías y la programación de actuaciones más eficaces con base a los resultados obtenidos⁴³.

Se evidencia en el estudio una mayor prevalencia de sujetos en ciclo vital adulto maduro (55.5%), ocupación ama de casa (32%) y empleado (26%), con un

⁴² ARREDONDO, Armando. La Incorporación del Análisis Económico al Sector Salud en Países Latinoamericanos. Cuad. Méd. Soc. XXXIII. En: Ministerio de salud. 1999. Vol. 12, N°.2, p.40-45.

⁴³ VICENTE-HERRERO, María Teofila; TERRADILLOS-GARCÍA, María Jesús; RAMÍREZ-IÑIGUEZ DE LA TORRE, María Victoria; CAPDEVILA-GARCÍA Luisa M.; LÓPEZ-GONZÁLEZ Ángel Arturo. Repercusión de las cefaleas sobre la incapacidad laboral en España. En: CES Salud Pública. 2014. Vol. 5, N°.1, p.38-49.

promedio de edad de 41.35 años, semejante a la distribución encontrada en otros estudios poblacionales⁴⁴

El motivo de consulta más frecuente fue inconformidad estética (43%), seguido de dolor (19.5%), esto se relaciona con otros estudios como el que reporta Loaiza Vela⁴⁵ en 2009, aplicado a estudiantes de quinto de secundaria se concluye que las malposiciones dentarias, así como la inconformidad estética son los principales motivos de los niveles de autoestima promedio, bajo y muy bajo, que afectan a los jóvenes directamente en su calidad de vida puesto que influyen en su seguridad para desarrollarse en el entorno⁴⁶.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce la caries como una de las patologías con mayor prevalencia⁴⁷, en esta investigación, Los diagnósticos más frecuentes fueron caries dental (40.5%) y enfermedades de la pulpa y tejidos apicales (16%), con un 40.3% de procedimientos por operatorias y 31% para exodoncia, esto se relaciona al porcentaje de sujetos con caries y secuelas por su

⁴⁴ SAAD MAHROUS, Mohamed; HIFNAWY, Tamer. Patient satisfaction from dental services provided by the College of Dentistry, Taibah University, Saudi Arabia En: Journal of Taibah University Medical Sciences.2012 Vol. 7, N°. 2, p. 104-109.

⁴⁵ LOAIZA, Víctor. Influencia de las alteraciones estéticas dentales en la autoestima de los estudiantes del quinto año de secundaria de las instituciones educativas estatales de Pampa Inalámbrica, distrito de Ilo. En: Ciencia y Desarrollo.2014. Vol.11, N°.2, p.59-65.

⁴⁶ DE LA FUENTE-HERNÁNDEZ, Javier, [et al]. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. En: Revista Salud Pública de México 2008. Vol. 50, N°. 3, p. 235-40.

⁴⁷ GONZÁLEZ, Farith; SIERRA, Carmen. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. En: Salud Pública Mex. 2011. Vol. 53, N°. 3, p. 247-257.

avance en estudios con marco muestral semejante donde se revela un 47, 6% de frecuencia relativa⁴⁸⁴⁹.

Se observaron diferencias estadísticas entre las medias de tiempo total en días perdidos entre los procedimientos de endodoncia y resina, con respecto a exodoncia y rehabilitación, siendo estos dos últimos los que generan mayor gasto en tiempo (1.6 y 1.5 días respectivamente), esto es posible debido a que los procedimientos de rehabilitación evidenciado en este estudio, tienden a poseer un mayor número de citas y los procedimientos de cirugía mayores días de incapacidad. Por otra parte existe diferencia en las medias de tiempo total para las clínicas de restauradora I en sexto semestre y II en séptimo semestre, se podría suponer que en un semestre superior el tiempo total sea menor sin embargo es menor en la primera clínica, lo que posiblemente se deba a una carga menor en materia de exigencia en requisitos.

De la fuente en 2010 reporta una estimación del costo de atención a partir de la sumatoria de los costos directos (material dental) e indirectos (barreras de protección) por diente y por tratamiento, de acuerdo con los precios establecidos para la atención de pacientes en la Facultad de Odontología de \$27.832.685 (pesos mexicanos); no obstante, para el número de dientes perdidos (101.802) el

⁴⁸ AGREDA, Morelia [et al.]. Relación entre estrato socio-económico y la presencia de caries dental en primeros molares inferiores en alumnos de la U.E. Eloy Paredes y U.E La Salle. En: Repositorio Institucional de la Universidad de los Andes. 2009. Vol. 8, N°. 15, p. 55- 61.

⁴⁹ CARRASCO, Milagros. Características socioeconómicas y salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas. En: Revista Kiru. 2009. Vol. 6. N°. 2, p. 78- 83.

costo total estimado fue de \$77.878.530. Agravando la cifra debido a que por cada pérdida dental existen 1.088 dientes cariados⁵⁰. Por ello se resalta la importancia de intervenir en momentos tempranos de la historia natural de la enfermedad evitando llegar a etapas rehabilitadoras.

Para este estudio se estimó una media de 2 a 3 procedimientos, en dos citas con, 10.32 horas de incapacidad, traducido para la muestra una atención de 200 pacientes en 7.4 días. Estos valores pueden acercarnos a un análisis de la eficiencia de los internos, donde la realización de un estudio con mayor rigurosidad podría arrojar datos importantes con relación a la dinámica de atención en los estudiantes del pregrado de odontología.

Las mediciones de satisfacción en la atención derivadas de encuestas directas a los pacientes plantea un reto de complejidad, debido a las múltiples variables que para cada sujeto pueden modificar la percepción de calidad, algunos estudios muestran una menor satisfacción por parte de sujetos solteros, con mayor nivel educativo, el nivel educativo del clínico que lo atiende, asociando a los internos como estudiantes sin la preparación y experiencia suficiente⁵¹, en otros los sujetos afirman sentir conformidad con la calidad de la atención en general teniendo presente el entorno académico en el que son atendido, sin embargo porcentajes

⁵⁰ DE LA FUENTE-HERNÁNDEZ, Javier, [et al]. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. En: Revista Salud Pública de México 2008. Vol.50, N°.3, p. 235-40.

⁵¹ WEN-JEN, Chang; YEN-HSIANG, Chang. Patient satisfaction analysis: Identifying key drivers and enhancing service quality of dental care. En: Journal of Dental. 2013 Sciences. Vol. 8, N°.3, p. 239-247.

altos de inconformidad con los tiempos de espera y horarios de atención que no se corresponden a la accesibilidad de las jornadas laborales⁵² por lo tanto el análisis de aquellas variables controlables tales como los tiempos institucionales dedicados a los diferentes tipos de procedimientos deben ser optimizados, pensando en la reducción conveniente de tiempo perdido innecesario, desde el ámbito organizacional, hasta la formación de profesionales eficientes.

López y Cerezo afirman que aspectos de la atención odontológica asociados con el paciente pueden ser intervenidos, como la naturaleza de la interacción del paciente con el profesional y la estructura organizacional para la prestación de servicio. El mejoramiento en la entrega de los servicios odontológicos podría estar limitado por el grado en que las creencias y el nivel de ansiedad influyan en la satisfacción del paciente.

Para el tiempo total de acuerdo al motivo de consulta se encontraron diferencias en las medias para resto radicular y movilidad dental con respecto a cavidad en órgano dentario, siendo superior en esta última. Es probable que los restos radiculares que puede extraer un estudiante a este nivel posea movilidad dental, por ellos sus tiempos no difieran mucho, por otro lado se reafirma la rehabilitación como contribuyente a la mayor pérdida de tiempo total por consulta.

⁵² AGUDELO, Andrés. Satisfacción y factores asociados en estudiantes usuarios del servicio odontológico de la institución prestadora de servicios de salud %PS Universitaria+ (Medellín). En: Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2008 .Vol. 19, N°.2, p.13-20.

BUCCHI, C.; SEPULVEDA, C.; MONSALVES, en 2002 determinan. Que existe una tendencia de asociación estadísticamente significativa entre el horario de atención y la satisfacción usuaria ($p < 0,05$), y existen 2,4 veces más posibilidades de que el paciente este satisfecho si esta. De acuerdo con el horario de atención. Existe una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de espera y la satisfacción ($p < 0,05$), existiendo 6 veces más posibilidades de que el paciente este satisfecho si el tiempo de espera no excede lo que considere correcto. También se encontró. Asociación entre el tiempo durante el cual el paciente fue atendido y la satisfacción ($p < 0,05$), existiendo un 5,8 veces más posibilidades de que el paciente este satisfecho si considera que el tiempo de atención fue el adecuado⁵³.

Entre el tiempo con relación a la ocupación la media para los empleados es menor significativamente a las medias de tiempo perdido para los pensionados, en probable que puedan estar interviniendo algunas variables para este resultado, como es el caso de que los pacientes pensionados pueden poseer una mayor edad, por lo que requieren mayores cuidados, que los pacientes empleados presionen a los operadores a una mayor velocidad de trabajo debido a su condición laboral o sus condiciones bucales sean de mejor pronostico y esto a su vez reduzca los tiempos. Aunque el estudio revela que entre las edades no hay diferencia significativa, la tendencia es que las edades más jóvenes poseen una

⁵³ BUCCHI, Cristina, [et al]. Descripción de la satisfacción usuaria de pacientes que reciben atención de urgencia dental en cinco establecimientos de atención primaria de salud. En: International journal of odontostomatology. 2012, Vol. 6, Nº.3, p. 275-280.

media de tiempo total menor. Agudelo en 2008⁵⁴ reporta que El 90,8% de las personas se encontraban satisfechas con el tiempo de duración de la consulta pero observando diferencias por estrato ($p = 0,027$), siendo superior en estratos bajos, nuevamente podríamos estar evidenciando la influencia de las percepciones personales del paciente, como la percepción del trato, el ambiente entre otros⁵⁵ con respecto a la calidad de la atención en este caso las variables de tiempo perdido, para estimar satisfacción.

Es preciso generar esfuerzos sociales, administrativos y académicos que permitan equilibrar las necesidades y expectativas de los pacientes⁵⁶, con respecto a las necesidades de los estudiantes en formación donde es probable que no solo las competencias sino las condiciones psicológicas de los estudiantes afecten su rendimiento, logrando los objetivos de adquisición de las destrezas en el profesional, a través de los tratamientos propuestos para el paciente, que aun cuando se reporta ⁵⁷que la razón de mayor frecuencia para asistir a una facultad es la accesibilidad económica que acude a la consulta, no se debe abusar de las condiciones y contexto dado.

⁵⁴ *Ibid*, P.22-23

⁵⁵ DOXSEE, Frank. ; LORENCKI, Sam. Attracting and retaining dental school clinic patients. *En: J Dent Educ.*1978.Vol.15, N°. 2, p. 257. 259.

⁵⁶ CROSSLEY, Mary.; BLINKHORN, Andre; COX, Amy. What do our patients really want from us? Investigating patients perceptions of the validity of the Charternark criteria. *En: Br Dent J.* 2001. Vol. 14, N°4, p. 602. 606.

⁵⁷ MAYNARD, Kevin. Dental patients are largely satisfied with services. *En: Br Dent J.*2012. Vol. 2, N°3, p. 578.

Goedhart y colaboradores y Lathi y colaboradores⁵⁸ afirman que para un número significativo de pacientes el objetivo final de un tratamiento es ~~la~~ curación. El resto de las etapas del proceso que contribuyen al resultado parecen ser olvidadas. El paciente prefiere ver el resultado final para expresar su satisfacción, olvidando con frecuencia los esfuerzos relacionados con el diagnóstico oral clínico y radiológico, y todo el equipo de salud que participa en el proceso. Por otra parte Hurtado y cols manifiestan que Puede darse el caso de que la realidad de la atención en salud es excelente, pero el usuario no la percibe así. Divido en dos tipos de elementos cuya calidad es posible de evaluar: los aspectos técnicos; y los aspectos humano-ambientales o subjetivos (15-21). Los primeros se definen como la expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta, los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza y los otros son los que determinan preferencialmente la satisfacción del usuario⁵⁹. Es pertinente entonces la utilización de diferentes herramientas de evaluación debido a las limitaciones de los cuestionarios de satisfacción convencionales.

⁵⁸ GOEDHART, Hernan; EIJKMAN, Maj; TER HORST, Gail. Quality of dental care: the view of regular attenders. En: Community Dent Oral Epidemiol. 1996. Vol. 16, N°. 2, p. 28-31.

⁵⁹ HURTADO, Sandra; VÁSQUEZ, Fernando. Estudio del nivel de satisfacción de los usuarios del servicio odontológico de una IPS del régimen contributivo de Cali, Junio - Agosto 2010. En: Revista Estomatología y salud. 2012. Vol. 20, N°. 1, p. 8 -15.

8. CONCLUSIONES

A partir de este estudio se obtuvo información que contribuye a la caracterización de la atención de los servicios de la salud de las facultades de odontología a partir del análisis de variables categorizadas en tiempo, encontrando variaciones significativas entre el número de citas, el procedimiento realizado y la clínica de atención que podrían estar relacionadas bien sea por factores organizacionales o del nivel académico de los estudiantes. La propuesta enmarca en profundizar las variables que puedan estar contribuyendo a aumentar innecesariamente los tiempos de consulta en el marco de la garantía de calidad, la dignificación del paciente y el aporte al desarrollo de la economía del país.

9. RECOMENDACIONES

Se sugiere en próximas investigaciones una muestra de mayor tamaño, un muestreo estratificado, la recolección de un mayor número de datos y así un mejor análisis con múltiples variables, que nos permitan a través de un buen estadístico arrojar resultados fiables y con mayor amplitud.

10. BIBLIOGRAFIA

AGUDELO Andres. [et al]. Satisfacción y factores asociados en estudiantes usuarios del servicio odontológico de la institución prestadora de servicios de salud ~~de~~ ~~la~~ ~~universitaria~~ (Medellín). En: revista facultad de odontología de la Universidad de Antioquia, 2007. Vol. 19, N°. 2, p .13-23.

ÁLVAREZ Fernando. Instrumentos de auditoría médica. Bogotá. En. Ediciones ECOE.2006. Vol.1. N°.2, p. 15-45.

ARRIGHI Perla., Actitud del paciente frente al tratamiento protésico que acude a la facultad de odontología de la universidad central de Venezuela. En: Acta odontológica venezolana. 1998, Vol. 36, N°.2, p.3.

BETIN, Adriana [et al]. Satisfacción de los pacientes respecto a calidad de la atención odontológica en una institución pública universitaria de la ciudad de Cartagena. En: Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2009, vol. 6, N°.2, p.95-10.

MURRAY, Bruce; WIESE, Jean. Satisfaction with care and utilization of dental services at neighborhood health center. En: J Pub Health Dent.1975. vol. 35. N° 2. p. 170-176.

BERGNER Martin [et al]. The Sickness Impact Profile: validation of a health status measure. En: Medical Care Research and Review 1976. Vol.14. N°2. p.57-67.

BITZER, Martin [et al]. Satisfaction with dental care from the patients perspective . the Dental-ZAP-V1. En: Gesundheitswesen. 2012. VOL.1.Nº.2, p. 112-127.

BUCCHI, Cristina, [et al]. Descripción de la satisfacción usuaria de pacientes que reciben atención de urgencia dental en cinco establecimientos de atención primaria de salud. En: International journal of odontostomatology. 2012, Vol. 6, Nº.3, p. 275-280.

CAÑÓN Jhair, ÁLVAREZ Elena, GÉNOVA Robin. La medida de la magnitud de los problemas de salud en el ámbito internacional: los estudios de carga de enfermedad. En: Revista de Administración Sanitaria 2001. Vol. 5. Nº2, p.59-84.

DE LA FUENTE-HERNÁNDEZ, Javier [et al]. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. En: Revista Salud Pública de México 2008 vol.50.Nº3, p. 235-40.

DE LA FUENTE-HERNÁNDEZ, Javier; SUMANO-MORENO, Oscar; SIFUENTES-VALENZUELA, Maria Cristina; ZELOCUATECATL-AGUILAR, Alberto. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. En: Univ Odontol.2010.Vol.29. Nº.3, p.83-92.

DONABEDIAN, Alex. The quality of care. How can it be assessed? J Am Med Assoc Satisfaction with dental care among elderly Finnish men. En: Community Dent Oral Epidemiol.1998.Vol.26.Nº3, p.95-100.

DOXSEE, Frank; LORENCKI, Sam. Attracting and retaining dental school clinic patients. En: J Dent Educ.1978.vol. 42. N°.5, p. 257. 259.

GOMES DE MACEDO Cristina; DAGMAR DE QUELUZ Paula. Quality of life and self-perceived oral health among workers from a furniture industry. En: Brazilian Journal of Oral Sciences. 2011 vol. 10.N°. 4, p. 226-232.

GUERRA, Pam. [et al]. Impact of oral health conditions on the quality of life of workers. En: Ciencia & Saúde Coletiva. 2014. Vol 19. N°2, p. 4777-4786.

HINCAPIE, Alberto [et al]. Satisfacción de los usuarios frente a la calidad de la atención prestada en el programa de odontología integral del adolescente y ortodoncia. En: Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia).2004. Vol. 15.N°2, p. 5-11.

HANDELMAN, Stanley; FAN-HSU,Judy; PROSKIN, Howard. Patient satisfaction in four types of dental practices. En: The Journal of the American Dental Association. 1990. Vol.12. N°2. p.30.

HANDELMAN, Stanley [et al]. Patient satisfaction in a regular and after hours dental clinic. En: Special Care in Dentistry. 1996. Vol.16. N°2. p.94.

HOLT, Virgil; MCHUGH Kevin. Factors influencing patient loyalty to dentist and dental practice. En: British Dental Journal . 1997. Vol.18. N°2, p.70.

HURTADO Sandra, y VÁSQUEZ Fernando. Estudio del nivel de satisfacción de los usuarios del servicio odontológico de una IPS del régimen contributivo de Cali, Junio - Agosto 2010. En: Revista Estomatología y salud. 2012, Vol. 20, N°.1, p. 8-15.

ISHIKAWA, Kaoru. ¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa en Colombia. En: Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia). Vol.12.N°.1, p.22-35.

KUN-TSUNG Lee [et al]. Patient satisfaction with the quality of dental treatment provided by interns. En: Journal of Dental Sciences.2013.VOL.8.N°2, p.177-183.

LOPEZ, Jairo, [et al]. Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. En: Revista Gerencia. Política. Salud, Bogotá (Colombia), 2013, Vol. 6, N°.2, p.209-225.

LÓPEZ GARVÍ Antonio José. Estudio de la satisfacción del paciente en odontología mediante cuestionarios de salud: adaptación al español del cuestionario ~~%~~dental satisfaction questionnaire+. En: Avances en Odontoestomatología. 2001. Vol. 19. N°1, p. 150-155.

LÓPEZ, Jairo [et al]. Encuesta de satisfacción a los pacientes que acuden al servicio de primeras visitas y de Integrada de Adultos de la Clínica odontológica Universitaria de la Facultad de odontología de la Universidad de Barcelona. En: Avances en Odontoestomatología. 2002. Vol. 18. N°3, p. 143-51.

LÓPEZ SOTO, Olga Patricia; CEREZO-CORREA, María Del Pilar; PAZ-DELGADO, Alba Lucía. Relationship variables, with the satisfaction of patients of dental services. En: Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia). Vol.9.Nº.2, p.24-136.

LÓPEZ-PORTILLA, Jairo Esteban; PILATAXI-SÁNCHEZ, Stefanía. Determinants of dental care satisfaction in a group of patients attending the Adult Clinic of the Faculty of Dentistry, Universidad de Antioquia. En: Revista Gerencia Política en Salud, Bogotá (Colombia), 2012.Vol. 15. Nº2, p. 209-225.

LÓPEZ-SOTO, Olga Patricia; DEL PILAR CEREZO-CORREA, Maria del Pilar; PAZ- DELGADO, Alba Lucia. Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos. En: Revista Gerencia Política en Salud. 2010. Vol. 9. Nº2. p. 124-136.

MAYNARD, Kevin. Dental patients are largely satisfied with services. En: Br Dent J.2012.vol.12.nº.2. p. 578.

CROSSLEY, Michelle; BLINKHORN, Anthony; COX, Michael. What do our patients really want from us? Investigating patients' perceptions of the validity of the Charternark criteria .En: Br Dent J.2001.Vol. 15. Nº2, p. 602. 606.

SAAD MAHROUS, Mohamed; HIFNAWY, Tamer. Patient satisfaction from dental services provided by the College of Dentistry, Taibah University, Saudi Arabia En: Journal of Taibah University Medical Sciences.2012 Vol. 7. Nº 2, p. 104-109.

ORTEGA-MALDONADO, Miriam; MOTA-SANHUA, Vanesa, LÓPEZ-VIVANCO Juan Carlos. Estado de salud bucal en adolescentes de la ciudad de México. En: Revista Salud Pública (Bogotá). 2007. Vol. 9. N°.3, p.380

PENCHAS, Jonathan; PERETZ, Brian; BECKER, Adrian. The dilemma of treating severely decayed first permanent molars in children: to restore or to extract. En: ASDS J Dent Child. 1994. Vol. 61. N°3, p.199-205.

PEÑARANDA HERNANDEZ, Pablo. Importancia de la Psicología en odontología. En: Acta odontológica Venezolana. 1990. Vol. 15. N°2, p.39-47.

RUBINSTEIN, Adolfo [et al]. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. En: revista Panamá salud pública. 2010. Vol. 15. N° 2, p. 237-245.

RUBINSTEIN, Adolfo [et al]. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. En: Revista Panamericana de Salud Pública. 2010, Vol 27, N°.4, p. 237. 245.

FIRESTEIN, Stuart. Patient anxiety and dental practice. En: J Am Dent Assoc. 1976. Vol.15.N°2, p. 1180. 1187.

SITZIA, John; WORD, Neil. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. En: Soc Sci Med. 1997.Vol.45.N°3, p.1829- 43.

REISINE, Susan T. Dental Health and Public Policy: The Social Impact of Dental Disease. En: American Journal of Public Health 1985. Vol. 75. N°1, p. 1-10.

TARASCIO, Daphne; ROMERO, Yajaira. Evaluación de calidad de la atención odontológica de los servicios de salud adscritos a la corporación merideña de salud en municipio Libertador del Estado Mérida 2005. En: Acta odontológica venezolana.2007 Vol. 76. N°3, p. 5-10.

VELÁSQUEZ, Aníbal. Guía metodológica para las estimaciones epidemiológicas del estudio de carga de enfermedad. En: PRAES PERU.2006, Vol., 15. N°2, p. 1-72.

VICENTE-HERRERO, Maria Teofila, [et al]. Repercusión de las cefaleas sobre la incapacidad laboral en España. En: CES Salud Pública. 2014, Vol. 5, N°1, p. 38-49.

VICENTE-HERRERO, María Teófila; TERRADILLOS-GARCÍA, María Jesús. Headache impact on disability in Spain. En: CES Salud Pública. 2014. Vol. 5. N°2, p. 38-49.

WEN-JEN, Chang; YEN-HSIANG, Chang. Patient satisfaction analysis: Identifying key drivers and enhancing service quality of dental care. En: Journal of Denta.2013 Sciences. Vol.8. N°3, p. 239-247.

HUTCHINSON, Allen. Measures of need and outcome for primary health care. En:
Community Dent Oral Epidemiol.1998.Vol.26.N°3, p.95-100.

WEDAD, Yejjel; AWLIYA, Shneur . Patient satisfaction with the dental services
provided by the Dental College of King Saud University. En: Saudi Dent J.2003.vol.
15. N°.2, p. 11. 16.

ANEXOS

Anexo A

FICHA DE VERIFICACIÓN

Historia Clínica n°:

Edad del paciente: _____ Sexo: F M

Teléfono: _____

Procedencia: _____ Estrato: _____

Régimen Contributivo Régimen Subsidiado

Nombre de la EPS _____

Ocupación: _____ Empresa: _____

1. Motivo de consulta

2. Clínica Odontológica de atención

Clínica pura Clínica de Urgencia Clínica Integral del adulto

Clínica Restauradora I Clínica Restauradora II Clínica del Adulto Especial

Postgrado Cual Postgrado? _____

3. Procedimiento realizado

Exodoncia Endodoncia Resina/Amalgama

Rehabilitación Raspado/alisado Intervención quirúrgica

4. Tiempo estimado por procedimiento- Número de procedimientos

5. Citas asistidas al año

6. Tiempo de duración de la incapacidad

1- 3 días 4-7 días Más de 7 días