

Caracterización de la morbilidad, las necesidades de tratamiento y la oferta de servicios de salud oral de una empresa social del estado en Cali, Valle del Cauca, Colombia

Characterization about morbidity, treatment and offer in oral health at city services of health in Cali, Colombia

Herney A. RENGIFO¹

1. Odontólogo, Magister en Salud Pública, Candidato a Magister en Epidemiología, Profesor Escuela de Odontología Universidad del Valle, Grupo de Investigación Pacífico Siglo XXI. Fundación CEGES.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar, en cuanto a la demanda atendida, la prestación del servicio de odontología el estado de salud Bucal, la necesidad de atención y la oferta en una Empresa Social de Estado del Municipio de Cali.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio Observacional – descriptivo transversal, en un momento determinado y de manera retrospectiva, se evaluaron las acciones ejecutadas durante un año por los servicios de salud Oral en una red de salud. Se incluyeron 669 pacientes que ingresaron a los servicios de odontología. Adicionalmente se caracterizó la oferta de servicios de cada institución.

Resultados: La mediana de edad fue de 22 años (± 14). El 91.9% (336) de la población presentaban al menos un diagnóstico de enfermedad bucal, el promedio de dientes cariados fue de 5.7 (± 3.7) dientes perdidos fue de 2.5 (± 5) dientes obturados de 2.1 (± 3.4). El promedio en días para iniciar tratamiento fue de 18 días (± 32). El promedio de días de “tiempo total de trabajo” fue alrededor de 45.3 días.

Conclusiones: El 91.9% (336) de la población presentaban al menos un diagnóstico de enfermedad bucal. El 85.3% de la población tuvo su última atención hace más de 6 meses, perdiendo el seguimiento a riesgo que se debería de presentar. Al caracterizar la población que no regreso al servicio se encontró que eran los más enfermos y los que mayor necesidades en todas las áreas de atención presentaban.

Palabras Claves: Necesidades en salud oral, demanda en salud, enfermedades orales.

SUMMARY

Objective: To characterize a service of oral health under the attended demand, the state of bucal health, necessity of attention and the offer of Cali's health services.

Materials and Methods: An observational, descriptive study was performed to assessed an evaluation of quality of dental services, the actions of a period of time (12 months) the services of Oral health in a net of health. 669 patients were included. Additionally the offer of services of the institution was characterized.

Results: The medium of age was of 22 years (± 14). 91.9% (336) of the population presented at least one diagnose of bucal illness, the average of tooth decay was of 5.7 (± 3.7), tooth lost was of 2.5 (± 5), tooth

fixed of 2.1 teeth (± 3.4). The average in days to begin treatment was of 18 days (± 32). The average of days of total time of work was around 45.3 days, the average of the appointments was of 2.9 (± 2.1).

Conclusions: I found that 91.9% (336) of population showed injuries. When characterizing the population that doesn't return to the service it was found that they were the sickest and those that more necessities in all the areas of attention presented.

Key words: Necessities in oral health, it demands in health, oral illnesses.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su filial la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre las enfermedades más prevalentes en el mundo se encuentra la caries dental y las periodontopatías, patologías que afectan a la población en forma diferente y que varían de un país a otro en frecuencia o gravedad (1). Por otro lado, en las estadísticas sanitarias, a través de los años, se observa que las enfermedades de tejidos dentales y parodontales se han mantenido como una de las principales causas de consulta a los servicios de salud, lo que ha llevado a contemplar los problemas de salud bucal como un eje de gran influencia y relevancia social en las instituciones sanitarias.

Recibido para publicación: Agosto 15 de 2008.

Aceptado para publicación: Diciembre 5 de 2008.

Correspondencia:

H. A Rengifo, Universidad del Valle.

(e-mail: hrengifo@gmail.com)

Dentro de los servicios sanitarios se visualiza gran parte de las necesidades en salud, definidas éstas como los cuadros patológicos por los cuales se enferman, incapacitan, invalidan o mueren los individuos (2,3). De aquí surge la importancia de conocer la demanda de salud expresada como la percepción de una necesidad de atención en el campo de la salud para ayudar a prevenir, diagnosticar, tratar y controlar el desarrollo y las consecuencias de un cuadro patológico presente en un momento dado y, aún rehabilitar alguna situación que se haya originado en un quebrantado de la salud, sobre todo si esta necesidad responde a factores físicos ligados al ciclo de vida. Según la percepción individual de “necesidad”, los individuos van a acceder al sistema de salud de acuerdo a su presupuesto y a la disponibilidad de infraestructura y van a utilizarlo según su grado de aversión al riesgo (4).

Moncada O, (2) conceptualizó en 1977 a la demanda real o efectiva de servicios de salud bucal como la expresión concreta de lo que podría llamarse “necesidad social”. De ahí el gran valor que existe al conocer la demanda de un servicio de salud no solo como algo administrativo sino como un medio para comprender la realidad social. Sumado a ello que no existe indicadores entorno a los servicios de salud oral que den lineamientos generales para la planificación de estos servicios.

Ahora bien, se conoce que el perfil de morbilidad bucal es altamente variable según la edad, la raza, el nivel socioeconómico, los estilos de vida, el desarrollo de los servicios de la región o país y los hábitos culturales, entre otras circunstancias (5). En la morbilidad bucal se relacionan múltiples factores tanto en su etiología como en su desarrollo, puesto que las enfermedades bucales son de tipo multifactorial combinan factores biológicos y factores relacionados con los servicios (6).

Con fundamento en lo brevemente expuesto respecto a la morbilidad bucal como conjunto de necesidades inmersas dentro de un

contexto de demanda general en salud, se puede llegar a establecer que los servicios de salud para que sean verdaderamente eficientes no deben responder a esquemas homogéneos y frente a circunstancias heterogéneas deben identificar las opciones más adecuadas para satisfacer las demandas sectoriales; por tanto tienen que responder a las realidades mediante la inclusión de diversos aspectos.

Dentro de este contexto este estudio buscó caracterizar la prestación de un servicio de salud oral bajo la demanda atendida en cuanto a 1. estado de salud Bucal, 2. necesidad de atención en la población que acudió a los servicios y 3. la oferta de servicios de salud bucal en una Empresa Social de Estado del Municipio de Cali. Se debe resaltar que este es el primer estudio publicado que muestra estos indicadores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal mediante el cual se evaluaron en un momento determinado y de manera retrospectiva, las acciones odontológicas consignadas en las historias clínicas correspondientes a un periodo de doce (12) meses de atención a pacientes de todas las edades atendidos en los servicios de salud oral de una red de salud.

Para el 2004 la Red de salud estudiada cubría el sur, oeste y centro de la ciudad de Cali, con una población de aproximadamente de 589.417 habitantes en el área de influencia (es decir, aproximadamente el 30% de la población de la ciudad).

En la investigación se incluyeron ocho (8) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSS) distribuidas en un (1) centro Hospitalario, tres (3) Centros de salud y cuatro (4) Puestos de Salud; de las IPSS tres (3) pertenecían a la zona rural del municipio. Se seleccionaron estas IPSS debido a que en la caracterización inicial de los servicios de salud bucal con base al análisis de los registros y estadísticas de la institución, fueron las que presentaron mayor volumen

de consulta inicial y porque cada una de ella representa un centro de referencia.

Se incluyeron todos los pacientes nuevos que ingresaron a los servicios de odontología de las ocho IPSS seleccionadas en un mes determinado, se evaluaron los registros estadísticos de la Red y se escogió un total de 669 pacientes, con los cuales se hizo un censo de revisión de estas historias. Se buscó la aproximación a índices odontológicos como COP-D, (cariados, obturados, perdidos) COP-S, (cariados, obturados, perdidos por superficies) registrados por medio del odontograma. Adicionalmente se caracterizó la oferta de servicios de la institución en general y de cada IPS seleccionada, mediante la descripción de la capacidad física instalada en términos de número de consultorios, listado de equipos y su estado. También, con fundamento en el empleo de los instrumentos del proceso de habilitación utilizados por la Secretaría Departamental de Salud para llevar el registro inicial, se realizó una visita de observación a cada una de las IPS. En ellas se observó la estructura orgánica del talento humano, según las diferentes modalidades de vinculación laboral o comercial.

En el estudio se indagó por el comportamiento de variables en tres áreas o categorías: sociodemográficas, de demanda atendida y de oferta. La información recolectada fue analizada en el programa estadístico Stata Versión 9.0. Se realizó análisis univariable por el uso de técnicas de estadística descriptiva para determinar la distribución de las variables, análisis bivariable mediante el empleo de tablas de contingencia, pruebas Chi² y Fischer, según el caso y su distribución en número y normalidad. Este estudio siguió las recomendaciones del comité de ética humana de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle y de la Red de salud.

RESULTADOS

Al realizar búsqueda activa tanto en archivos como en consultorios de las 669 historias clínicas que conformaron el

censo previo, se encontraron y evaluaron 422 historias, correspondiente al 63.1% del censo, 247 historias no fueron encontradas lo que correspondió a un déficit del 36.9%, localizado dentro de los archivos hospitalarios.

De la población evaluada el 63,3% (267) eran mujeres, 36.5% (154) eran hombres y hubo un 0,2% (1) sin dato que no se pudo determinar por no estar diligenciado. La mediana de edad fue de 22 años (± 14) con un mínimo de 2 y un máximo de 79 años. Respecto a la residencia el 77% (325) de la población residían en zona urbana, un 22,8% (96) en el área rural y un 0,2 (1) no se pudo establecer; en cuanto al nombre del barrio, vereda o corregimiento de residencia se identificó el 53,3%. La distribución por ocupación se describe en la figura 1. En Seguridad Social en Salud, se encontró que el 63.5% (268) pertenecían al Régimen Subsidiado, el 32.7% (138) eran Población Pobre Vulnerable no asegurada (Vinculados) el 3.32% (14) eran particulares y un 0.47% (2) sin dato.

El 91.9% (336) de la población presentaban al menos un diagnóstico de enfermedad bucal, el 6.8% (29) presentaban diagnóstico de sano, en el 1,3% no se estableció el estado por no estar diligenciamiento este ítem en la historia clínica. El 71.3% (301) de los pacientes se les reportó normalidad en la Articulación Témpero-mandibular (ATM) igualmente para Tejidos blandos el 72.7% (307) presentaban normalidad al momento del examen clínico inicial.

Al valorar el diagnóstico registrado se encontró que cerca del 35.3% (149) no presentaban diagnóstico principal, solo un 25% (104) de las historias presentaban diagnóstico secundario. Se completó el diagnóstico principal de 144 de las 149 historias clínicas que no presentaban, con lo cual se pudo establecer que el diagnóstico principal más frecuente fue caries con un 79.6% (336) (Tabla 1) dentro de las historias clínicas que presentaron diagnóstico secundario, el diagnóstico más frecuente fue el de Gingivitis con un 16,1% (68). En

Distribucion segun Ocupacion



Figura 1. Distribucion porcentual de la ocupacion de la poblacion.

el análisis por rangos de edades en cuanto a gingivitis se observó que las personas que más presentaban este diagnóstico fueron los adolescentes (11 a 20 años) con un 40% (10) seguido por los niños de 2 a 10 años con un 20% (5) estas diferencias por grupos de edades fueron estadísticamente significativas (Pearson $\chi^2 = 61.63 / Pr = 0.005$).

En cuanto al estado dental en la población general se encontró que el promedio de dientes cariados en la población fue de 5.7 (± 3.7) el de dientes perdidos fue de 2.5 (± 5) el de dientes obturados (con cualquier material) en toda la población fue de 2.1 dientes (± 3.4) Se encontró una prevalencia de caries a los 12 y 55 años del 100%, en mujeres con una prevalencia del 91,2% (241) y los de la zona rural con un 95,21%. Con relación a la historia de caries y al índice COP se encontró en la población en general un COP de 9.58, en niños de 4.97 y a los 12 años de 5.6, se categorizó por rangos de edad según el III estudio nacional de salud bucal presentados en la Tabla 2.

Necesidades en área de atención Operatoria

Se encontró un total de 3.455 superficies cariadas totales (superficies principales +

superficies adicionales con caries) y 2.106 superficies principales con caries. El promedio del total de superficies cariadas fue de 9.41 (± 6.8) El promedio de superficies principales cariadas fue de 5.7 (± 3.7) y el promedio de superficies adicionales cariadas fue de 5.1 (± 5.2) Se observó que los dientes con mayor número de superficies principales con caries fueron los primeros molares (el primer molar superior derecho fue el que más se presentaba con caries (7.4%) los dientes que presentaron menos superficies principales con caries fueron los incisivos inferiores (el diente con menos caries fue el incisivo lateral inferior izquierdo (0.5%) igualmente los dientes que más presentaron superficies adicionales cariadas fueron los incisivos centrales superiores (el mayor fue el incisivo central superior derecho con un 10%) y el que menos superficies adicionales con caries presentó fue el tercer molar superior derecho.

Necesidades en área de atención en Cirugía

La proporción de dientes para extraer fue del 27%; el promedio de dientes que necesitaban extraerse (exodoncia indicada) en toda la población fue de 0.5 (± 1.1) y con un total de 228 dientes para extraer. La

Tabla 1. Diagnósticos Presentados Red de Salud Cali

Dx	Frecuencia	Porcentaje
Caries	336	79,62
Gingivitis	25	5,92
Otro	17	4,03
Periodontitis	2	0,47
Pulpitis	8	1,9
Sano	29	6,87
Sin dato	5	1,18
Totales	422	100

Tabla 2. Diagnósticos Presentados Red de Salud Cali

Edad	Clasificación	COP-D
15 a 19	Adolescentes	6,43
20 a 34	Jóvenes	11,33
35 a 44	Adultos	14,54
55 y mas	Adultos mayores	22,23
Población General		9,58

proporción para extracción de molares fue de 11% (47/409) para premolares de 5.3% (22/409) para incisivos de 3.6% (15/409) y para temporales de 11% (49/409). Los dientes más ausentes fueron los primeros molares.

Necesidades en área de atención en Endodoncia

Se encontró que 7 de cada 100 personas requerían tratamiento de endodoncia (7.5%) (32/422) el promedio de dientes que necesitaban endodoncia en toda la población es de 0.8 (\pm 0.3) En el análisis por categoría de edad se encontró que la población de 21 a 30 años es la población que presentó más necesidad de tratamiento de endodoncia con un 31.2% (10) seguido de la población de 31 a 40 años con un 25% (8). Por tipo específico de diente se observa que los dientes que más endodoncia requieren son los incisivos. La proporción de dientes unirradiculares para endodoncia fue de 2.85%, la proporción de pacientes

con necesidad de endodoncia unirradicular indicada es de 37% (12/32) la proporción de dientes Birradiculares para endodoncias fue de 1.6%, la proporción de pacientes con necesidad de endodoncia birradicular indicada es de 21% (7/32) la proporción de dientes Multirradiculares fue de 2.1%, la proporción de pacientes con necesidad de endodoncia multirradicular indicada es de 28% (9/32) la proporción de dientes temporales fue de 1.42%, la proporción de pacientes con necesidad de endodoncia temporales indicada es de 18% (6/32).

Necesidades en área de atención en Prevención - Sellantes

La proporción de necesidad de sellantes en la población fue de 23% (97/422), con un promedio de 1.2 (\pm 2.8). En el análisis por categoría de edad se encontró que la población de 2 a 10 años es la población que presentó más necesidad de tratamiento de sellantes con un 58.7% (57) con un 36% (35) en el grupo de edad de 11 a 20 años, un 4.2% (4) para los de 21 a 30 años, y un 1.03% (1) para los de 31 a 40 años ($P=$ 0.001).

Indicadores de Oportunidad - Tiempos de Tratamientos

Tiempo desde el día de apertura de historia clínica hasta el día en que inicio el tratamiento

El promedio en días para iniciar tratamiento después de haberse realizado el examen clínico fue de 18 días (\pm 32) con una mediana de 5 días, un mínimo de un día y un máximo de 226 días. El 25.8% (109) de la población inició tratamiento el mismo día del examen inicial, el 22.2% (94) lo iniciaron dentro de los primeros 8 días, Al agrupar por meses el 66.3% (280) de la población inicio tratamiento dentro del primer mes.

Tiempo desde el día de la apertura de historia hasta el día que termino tratamiento

Este análisis se realizó solo con los 113 pacientes que terminaron tratamiento durante

el periodo evaluado (12 meses). El promedio en días en la población del estudio desde la apertura hasta el fin de tratamiento para los pacientes que terminaron fue de 57.1 días (\pm 60) con una mediana de 39 días, el 8.8% (10) terminaron en un día, El 43.3% (49) lo hizo durante el primer mes y el 56,7% termino en un tiempo superior a un mes.

Tiempo desde el día de inicio de tratamiento hasta el día que termino tratamiento

El promedio en días desde el inicio del tratamiento hasta el fin de tratamiento para los pacientes que terminaron fue de 50.2 días (\pm 57.6) con una mediana de 28 días, el máximo de meses para terminar un tratamiento fue de 7 meses después de haber iniciado tratamiento.

Tiempo total de trabajo

El promedio de días en que un paciente esta en tratamiento en la institución antes de perderse o de terminar tratamiento fue alrededor de 45.3 días (\pm 62.9) con una mediana de 19 días, un mínimo de un día y un máximo de 374 días (más de un año). El 28.4% (120) de la población estuvo en tratamiento un día.

Numero de Citas

El promedio de citas de la población (independientemente de si el paciente termino, continua o se perdido durante el periodo de evaluación) fue de 2.9 citas (\pm 2.1) con una mediana de 2 citas, un mínimo de una cita y un máximo de 15 citas.

Oferta de servicios Odontológicos con base a Infraestructura, y Talento Humano

Descripción Talento Humano de la Red de Salud

En el periodo evaluado hubo 46 personas en la prestación directa del servicio de Odontología, de las cuales 28 eran odontólogos(as) 11 auxiliares de consultorio y 7 higienistas orales, el 15 % del talento humano eran hombres, en cuanto a tipo de contrato, el 30% era a termino indefinido (personal nombrado) el 70% a termino fijo

(Contrato prestación de servicios por Cooperativa) El análisis de Tiempo laboral de talento humano por día, mes se describe en la Tabla 3. Al analizar la relación (Razón) de odontólogos se observa una relación de 143 horas por mil habitantes año y menos de un odontólogo (0.12) por mil habitantes. Al analizar la relación de Higienistas se observó una relación de 52 horas por mil habitantes año y menos de una Higienista (0.03) por mil habitantes.

Se evaluó la Intensidad de Uso y con ella el grado de utilización del servicio y se observó un grado de utilización para la población total de 2.9, para el régimen subsidiado de 2.77 y para la población pobre sin seguridad social de 2.96, igualmente se evaluó la Extensión de uso del servicio donde se obtuvo un índice para los Subsidiados de 0.0034 y para la población sin seguro de 0.00089.

La continuidad de tratamiento se evaluó con el porcentaje de pacientes que terminaron tratamiento en general y en cada área; los indicadores de continuidad son muy similares, excepto en endodoncia y cirugía que son inferiores para la población sin seguro (Tabla 4) La eficacia del servicio se calculó en 8.6 comparando los tratamientos terminados, pacientes terminados y controlados en una sola cita.

DISCUSION

Al encontrar que el 37% de las historias clínicas buscadas durante la etapa de recolección de información no se hallaron, se muestra con ello falencias en cuanto a la custodia de historias en este periodo, estando en contravía con lo establecido por la legislación (7,8) Adicionalmente alrededor del 35% de las historias se encontraron incompletas en algún ítem llevando a afectar la calidad del registro y a su vez la calidad en el servicio al perder elementos propios de la historia como la integralidad o secuencialidad.

A nivel sociodemográfico se encontraron similitudes con lo que se presenta en la

Tabla 3. Relación de horas en Talento Humano Red de Salud Cali. Estimadas en el tiempo de evaluación

ITEM	DIA	MES	Tiempo evaluado
Horas Odontólogo	137	2.740	30.140
Horas Especialista	12	240	2.640
Horas OSS	64	1.280	14.080
Horas Coordinación	4	80	880
Horas Higiene Oral	56	1.120	12.320
Horas Auxiliar de Consultorio	88	1.760	19.360
Total horas de personal	297	5.940	65.340

Tabla 4. Indicadores de Continuidad de tratamiento – Porcentaje de pacientes que terminaron en cada área

Área - RGSSS	Población Total	Subsidiado	P. Vulnerable
Población	26.7	26.4	28.9
Operatoria	27	27	28
Endodoncia	16	22	8
Cirugía	26	28	23

literatura en cuanto a que la asistencia a servicios de salud en general esta marcada por las mujeres (9,10) a nivel de servicios de salud bucal se encontró similitud con los resultados reportados para Colombia donde la mayor utilización de servicios es por parte de las mujeres frente a los hombres (3) y para la región similar a los porcentajes reportados por Corchuelo en 1996 (11) donde para Cali la proporción de población femenina atendida fue de 62.7%, y en este estudio fue de 63.3%.

En residencia el comportamiento es similar a estudios previos para Cali y el Valle (11) donde la proporción de asistencia provenientes de la zona urbana oscila entre el 70 al 90% y para este estudio se encontró una proporción del 77%.

En cuanto a la edad se observa que a diferencia de lo reportado por Anderson & Aday en 1978, por Alberts et al en 1997, y por Cesar & Tanaka en Brasil en 1996 citados por Krasnik (9) donde la población

mayoritaria que asiste a la consulta son los grupos extremos (niños y adultos mayores) en este estudio la población que mayoritariamente asistió fue la joven (mediana 22 años) ligada posiblemente al subsidio de salud, ocupación “estudiantes” y “amas de casa”, llevando a pensar que las mujeres inician sus actividades de hogar en edades tempranas, trayendo consigo la responsabilidad de la salud y el bienestar del hogar.

En cuanto al estado de salud bucal de la población se observa que casi la totalidad presentaba alguna enfermedad bucal (91.9% (336)) reflejando el mal estado en que llegan a los servicios de salud y que ligado a la media de edad (22 años - población joven) indican que los programas de prevención y promoción de la institución o del municipio, no presentan relevancia en cuanto al impacto en el resultado de salud bucal de esta población en edades previas, recordando que las enfermedades bucales mas prevalentes son crónicas y necesitan de un periodicidad para su manifestación.

El diagnóstico principal registrado y primera causa de consulta fue la caries (80%) similar a lo reportado en el tercer informe de la OMS (12) y OPS (13) con una prevalencia de caries en niños que oscila entre el 60 al 90% y a nivel local se encuentran similitudes con lo encontrado por Corchuelo para Cali en 1996 (11) con un porcentaje del 70% en caries. En el análisis de diligenciamiento de historias se encontró un sub-registro en diagnóstico donde cerca del 25% de la caries es Sub-diagnosticada.

Al analizar el promedio de dientes cariados (5,2) se encontró superior tanto para el reportado para la región por la OPS (13) donde el promedio fue 4,4 dientes, como para el reportado por Corchuelo (11) para Bugalagrande, Restrepo y Cali en 1997 con un promedio de 4 dientes. La mediana de dientes perdidos fue 3 dientes por persona, lo que indican las grandes necesidades en tratamiento dental y rehabilitación estomatognática que existen, lo que a su vez se refleja como problema en Salud Pública porque evidencia el deterioro del sistema estomatognático así como lo relacionado al bienestar "Well-being" y la calidad de vida.

En el estudio se buscó una aproximación al indicador Cariados Obturados y Perdidos ligado a la cotidianidad de la consulta odontológica en un servicio. El COP-D presenta tendencias superiores por rangos de edad a las reportadas por el ENSAB III (14) alcanzando el mayor a los 55 y más años con un COP-D de 22.3, aunque el COP global está por debajo del reportado nacionalmente en el mismo estudio (14) La historia de caries en la población permanece por encima del 84%, similar al reportado por el ENSAB III para Cali con un 86.6%, lo que establece similares características en la población.

Al analizar las necesidades de tratamiento según cada área de odontología se estableció el mayor peso en operatoria, lo que indica que los procesos de educación preventiva no están siendo tan efectivos como se esperaba y el servicio está llevando su

esfuerzo a la realización de actividades de intervención, contrario a los que debería de ser con actividades ligadas a la detección temprana y atención precoz, según el modelo y los parámetros nacionales (15) de salud.

En la literatura no se encontró información en lo relacionado con las áreas de atención odontológicas (operatoria, cirugía y endodoncia) que muestren el comportamiento de ellas y a su vez sirvan de línea de base para la comparación con la información encontrada en este estudio. Dentro de las necesidades por áreas se denota gran proporción de personas con necesidad de tratamiento tanto en operatoria, cirugía y endodoncia lo que muestra la progresión crónica de la enfermedad, el estado avanzado en el que los pacientes que la presentan llegan al servicio, la celeridad con que debe hacerse la atención bucal para con ello limitar el avance de la enfermedad tanto en severidad como en cantidad (extensión) y a su vez, para no aumentar los costos en la rehabilitación.

El análisis va ligado no tanto a la necesidad presentada sino a la escasa oferta brindada por el servicio y a los limitantes que se aprecian dentro de los diferentes planes de atención (15) según la afiliación o no al sistema de salud, lo que lleva al profesional a reorientar el tratamiento (hacia extracciones) según la capacidad económica del paciente y otros factores que a su vez funcionan como barreras de acceso a una atención de calidad.

Es preocupante, como el porcentaje de pacientes terminados en la institución después de un año de haber asistido a consulta por primera vez fue del 26.7%, muy por debajo de lo reportado para Cali (16) que estaba alrededor del 48% e incluso del Valle que reporta en 40% (16) y lo indicado por Corchuelo (17) antes de 1993 con 36% y 89%, lo que indica que hay verdaderas falencias en el seguimiento y en la adherencia al tratamiento odontológico por parte de los pacientes y que posiblemente solo estén asistiendo por actividades odontológicas

puntuales, sin reconocer en la salud bucal una parte fundamental en la salud integral que involucra no solo lo funcional sino lo estético y nutricional.

Al analizar que el 65.4% de los pacientes no regresaron a consulta es importante resaltar: primero la probabilidad más alta de perderse se da en el primer mes después de entrar al servicio, que es el periodo durante el cual la educación en salud bucal es el eje fundamental de la atención, lo cual no se evidenció en este estudio ya que la proporción de personas educadas era bajo (23.7%) comparado con el ideal que da la legislación (18).

En el análisis de adherencia al tratamiento odontológico es importante mencionar que cerca del 30% de los pacientes se pierden después de la primera cita, solo se les realiza el examen clínico y la evaluación, no continúan con el tratamiento lo cual sugiere que deben realizarse intervenciones más largas y complejas dirigidas a aprovechar la primera cita como día clave, en el que se puede realizar no solo el examen clínico sino iniciar con procedimientos de educación en salud bucal en la misma cita y darle la importancia de la clasificación del riesgo con índices como el de placa bacteriana, que le indique al paciente su estado real en cuanto a higiene y hábitos saludables.

En lo valorado en el análisis primario de los datos se encontró que para la institución un 19% de los pacientes fueron terminados y controlados, en el análisis de posterior del estudio solo el 7% (de este 19%) fueron en realidad pacientes terminados y controlados, lo que además de mostrar inconvenientes en la estructura del servicio y en la secuencialidad en el tratamiento ligada al riesgo establecido originariamente al momento del examen clínico, muestra la ausencia de la integralidad en el equipo de salud bucal con acción participativa de la auxiliar en salud oral o la higienista oral, ya que solo el 42% de los pacientes catalogados por la institución como terminados y controlados recibieron educación en salud.

En el análisis en área de educación en salud oral (detección temprana y atención precoz) lo más preocupante fue que la población infantil fue la que menos recibió educación, lo que es significativo cuando esta relación se compara con la de los demás grupos étnicos ($P=0.000$) Igualmente es importante resaltar que solo al 0.6% (3) es decir a menos de un paciente se le calculó el Índice de Placa Bacteriano (IPB) y según la norma técnica para la atención preventiva bucal (18) todos los pacientes deben tener, al menos, un IPB de 15% para iniciar tratamiento odontológico, estas tendencias de poca atención en las áreas preventivas es similar a lo reportado por Acosta según el cual la asistencia a consultas preventivas es menor en población sin afiliación comparada con la Subsidiada (19).

La institución presentó una relación de 0.12 odontólogos por cada mil habitantes, lo que al compararlo con los indicadores de personal para el país en el año 2000 (20) sigue por debajo ya que el indicador nacional es de 0.78 por mil habitantes y muy por debajo al compararlo con los indicadores de Latinoamérica donde es de 5.0 odontólogos por 10.000 habitantes (6) se podrían utilizar el indicador de un odontólogo por cada 4000 habitantes según lo descrito por Álvarez (21) y en este sentido la Red también se queda corta con la oferta ya que aporta menos de un odontólogo por cada diez mil habitantes, igual que esta por debajo de la oferta brindada por una ciudad capital como Bogotá (22) la cual presenta una relación de 1.3 odontólogos por 5.000 habitantes.

Se evaluó la intensidad de uso y con ella el grado de utilización del servicio (unidades de servicios prestados a cada usuario) y se observó un grado de utilización para la población total de 2.9, lo cual muestra, en términos generales, que es un índice bajo (1.5 - 2.5) incluso por debajo de lo calculado para Manizales en el año de 1997 ciudad que mostró una intensidad de uso de 3.0 con incrementos sucesivos desde el inicio de la ley 100 (1993) lo que indica que se estaría casi similar a como estaba la misma ciudad

en 1995 (23) pero similar a lo reportado para Cali con una intensidad de uso de 1.5 (11). La continuidad de tratamiento muestra un porcentaje muy similar con valores bajos por debajo del 50%, y similar a la reportada por Corchuelo (17, es decir, entre 51.8% y 85.4%.

CONCLUSIONES

En las instituciones estudiadas existen condiciones de salud bucal inadecuadas, con altas prevalencias de enfermedad, en donde el 91.9% (336) de la población presentaban al menos un diagnóstico de enfermedad bucal, con patologías dentro de las cuales la caries fue la enfermedad más prevalente con un 80% y en segunda instancia se registró la gingivitis con un 22%

El promedio de citas atendidas para la población (independientemente de si el paciente terminó el tratamiento, continúa en el proceso o se perdió durante el periodo de evaluación) fue de 2.9 citas, dentro de las cuales el 85.3% de la población tuvo su última atención hace más de 6 meses, por lo cual perdió la oportunidad de cobertura al riesgo que se pudiera presentar.

Al caracterizar la población que no regresó al servicio por diferentes razones, no se encontraron diferencias en cuanto a lo sociodemográfico, pero sí en cuanto a necesidades en salud bucal y en atención recibida, por lo que se concluye que los que se fueron del servicio eran los más enfermos y presentaban más necesidades en todas las áreas de atención como operatoria, cirugía y endodoncia. Y también los que menos atención en actividades de prevención y promoción recibieron, como educación en salud bucal, complicando aún más el desarrollo de la enfermedad en cuanto a severidad y extensión de la misma.

AGRADECIMIENTOS

El autor agradece a la Red de Salud de la ciudad de Santiago de Cali por permitir la realización de la investigación en sus sedes.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. El Desafío Permanente De Un Sistema De Atención Bucodental Adaptado a Las Necesidades., Boca Sana Vida Sana. Ginebra, (OMS, documento DMS 94.4) 1994
2. Pabon H. Evaluación de los Servicios de Salud. Segunda edición. Salud Comunità, Universidad del Valle: Cali.
3. Gómez L, Tovar H, Agudelo C. Utilización de Servicios de Salud y Perfiles Epidemiológicos como Parámetros de Adecuación del Plan Obligatorio de Salud en Colombia. Rev Salud Pública 2003; 5 (3): 246-262.
4. Miguel Madueño Dávila. Perú, Estudio de demanda de servicios de salud (Documento 1) Abt Associates Inc. Socios para la reforma del sector salud Abt
5. Organización Mundial De La Salud. Salud Bucodental Para Todos Por Medio de Sistemas Alternativos De Atención Bucodental.: Boca Sana Vida Sana. Ginebra, 1994 (OMS, documento DMS 94.3).
6. OMS. World Health Statistics 2006 and the World Health Report, 2006 Edition.
7. Republica de Colombia, Ministerio de Salud, Resolución 1995 de 1999, Santa fe de Bogotá.
8. Republica de Colombia, Ministerio de salud, Resolución 1715 de 2005, Santa fe de Bogotá
9. Krasnik A, Sawitz A, Keiding N, Hansen E. Determinants of general practice Utilization in Denmark. Danish Medical Bulletin 1997; 44:542-546.
10. Sassi R, Beria J. Health services utilization: a systematic review of related factors. Cad Saude Pública 2001; 17(4):819-832.
11. Corchuelo J. Registro único de evaluación, un instrumento de gestión para las entidades que administran y prestan servicios de odontología en el nuevo marco legal 1996, documento de manejo interno de la Secretaria de Salud Municipal de Santiago de Cali.
12. Petersen P. The World Oral Health Report 2003 Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of

- the WHO Global Oral Health Programme, World Health Organization 2003.
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Informe de Salud Oral 16 de Julio de 1997.
 14. Republica de Colombia, Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III, II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas ENFREC II. 1999. Santa fe de Bogota.
 15. Republica de Colombia, Ministerio de Salud, Manual de procedimientos "Mapipos", Santa fe de Bogota.
 16. Corchuelo J. Factores Críticos detectados por la Universidad del Valle en el análisis de la Oferta y Demanda de los servicios de Odontología de las Empresas Sociales del estado de la Secretaria de Salud Departamental del Valle, VIII encuentro de Investigación ACFO Cartagena 1997.
 17. Corchuelo J. Comparación entre registro de citas para un servicio y para el usuario. (Tesis de grado para Optar titulo de Maestría en Administración en salud). Universidad del Valle, 1993.
 18. Republica de Colombia, Ministerio de Salud, Norma técnica para la atención preventiva en Salud Bucal, Resolución 412 -2000 Santa fe de Bogota
 19. Acosta O, Ramirez M, Cañón C. La Viabilidad del Sistema de Salud que dicen los estudios. Fundación Corona Universidad del Rosario; 2005.
 20. OPS. Indicadores de Recursos y Cobertura de Servicios de Salud, por Subregión de las Américas, 1980 y 1997 Fuente de datos básicos: Base de Datos Regional de Mortalidad de OPS. Análisis y cómputo por el Programa Especial de Análisis de Salud, OPS.
 21. Álvarez F. Calidad y Auditoria en Salud, Primera edición. Ecoe ediciones: Bogota; 2003
 22. Ternera P. El financiamiento de la Salud Oral en el sistema de aseguramiento en Colombia: análisis y perspectivas. Observatorio Nacional de Salud Bucal. Universidad de Antioquia. Colombia; 2007.
 23. Vélez L, Pérez N. Oferta y demanda de servicios de salud en Manizales. Primer semestre 1995 al primer semestre. Colombia Médica 1997; 31(2):64-70.