

**CARACTERÍSTICAS DE PRESTACIÓN Y ATENCIÓN DEL SERVICIO
ODONTOLÓGICO EN LA E.P.S. SALUDCOOP - CAMPOALEGRE (HUILA)
DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2001**

CESAR FABIAN RODRÍGUEZ REAL

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA**

NEIVA

2003

**CARACTERÍSTICAS DE PRESTACIÓN Y ATENCIÓN DEL SERVICIO
ODONTOLÓGICO EN LA E.P.S. SALUDCOOP - CAMPOALEGRE (HUILA)
DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2001**

CESAR FABIAN RODRÍGUEZ REAL

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA**

NEIVA

2003

**CARACTERÍSTICAS DE PRESTACIÓN Y ATENCIÓN DEL SERVICIO
ODONTOLÓGICO EN LA E.P.S. SALUDCOOP - CAMPOALEGRE (HUILA)
DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2001**

CESAR FABIAN RODRÍGUEZ REAL

**Tesis para optar el título de Especialista en
Epidemiología**

**Directora
DOLLY CASTRO**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA**

NEIVA

2003

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	14
2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	17
2.1 FORMULACION DEL PROBLEMA	20
3. JUSTIFICACIÓN	21
4. OBJETIVOS	23
4.1. OBJETIVO GENERAL	23
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	23
5. MARCO TEORICO	24
5.1. DEMANDA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BUCAL	24
5.2 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	26
5.3 CARACTERISTICAS DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	27
5.4 CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN DEL SERVICIO	27
6. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	35

7. CONSIDERACIONES ETICAS	42
8. DISEÑO METODOLOGICO	43
8.1 TIPO DE ESTUDIO	43
8.2 UBICACIÓN ESPACIAL	44
8.3 POBLACION	47
8.4 MUESTRA	47
8.5 MUESTREO	47
8.6 TÉCNICAS DE RECOLECCION E INSTRUMENTOS	48
8.7 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN	48
8.7.1 Personal encargado de las encuestas	49
8.8 PLAN DE TABULACION DE LA INFORMACIÓN	50
8.8.1 Criterios de selección de las encuestas	51
8.8.1.1 Criterios de inclusión de las encuestas	51
8.8.1.2 Criterios de exclusión de las encuestas	52
8.8.3. Verificación de la información	52
8.9 PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	53
9. RESULTADOS	54
9.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	54
9.2 CARACTERISTICAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	58

9.3 CARACTERISTICAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DEL SERVICIO	59
10. DISCUSIÓN	66
11. CONCLUSIONES	74
12. RECOMENDACIONES	79
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Figura 1: Morbilidad Oral, Municipio de Campoalegre, 1996 -2001.	20
Figura 2: Distribución del municipio de Campoalegre por Veredas.	45
Figura 3: Distribución del Municipio de Campoalegre por Barrios.	46
Figura 4: Distribución porcentual de la Frecuencia por grupo De edad. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.	54
Figura 5: Distribución porcentual de la Frecuencia de Sexo. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.	55

Figura 6: Distribución porcentual de la Frecuencia de Escolaridad. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.	56
Figura 7: Distribución porcentual por zona de residencia. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.	57
Figura 8: Distribución porcentual de las preferencias por el Sexo del profesional. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.	58
Figura 9: Distribución porcentual de la atención en los últimos Seis meses. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.	59
Figura 10: Distribución porcentual de las Causas de consulta. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.	60

Figura 11: Distribución porcentual de las causas de no consulta E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.	61
Figura 12: Distribución porcentual de las Alternativas cuando no se consulta. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.	62
Figura 13: Distribución porcentual de los Motivos por los cuales se vuelve a consultar. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.	63
Figura 14: Distribución porcentual de la Actividad considerada más importante. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.	64
Figura 15: Distribución porcentual de la Expectativa que se tiene de la consulta. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.	65

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Muestra de Variables diseñada por Escala de Medición y Categoría. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.	35

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1: Encuesta sobre la utilización del servicio odontológico en la E.P.S Saludcoop del Municipio de Campoalegre en el 2001 (Noviembre y Diciembre).	82
Anexo 2: Diez primeras causas de morbilidad oral por Consulta externa Departamento del Huila año 2001.	85
Anexo 3: Diez primeras causas de morbilidad oral por consulta externa municipio de Campoalegre Año 2001	86

INTRODUCCIÓN

A través de la historia hemos conocido que la consulta odontológica y todo lo que conlleva a ésta no es del agrado de la población y que cada día son más las causas de deserción de consulta odontológica; a pesar de que en Colombia con la Ley 100 de 1993 surgió el compromiso de mejorar muchos aspectos como el acceso a sitios distantes de las cabeceras municipales donde anteriormente no se prestaban servicios de salud o éstos servicios no hacían parte de los mínimos necesarios y que por ende se reflejaba en las coberturas de los mismos, se ha tratado de concientizar a todos los grupos poblacionales de la necesidad e importancia de la utilización del servicio odontológico a tiempo o preventivamente; a su vez en el mundo se han hecho múltiples intentos por mejorar la tecnología y han aumentado los planes de salud pública, social y preventiva encaminados a mejorar la salud oral; no obstante todo lo anteriormente realizado, Colombia sigue mostrando niveles altísimos de no consulta odontológica y a su vez de complicaciones de tipo abscesos, celulitis y meningitis que desencadenan en tratamientos complicados, dolorosos, en algunos casos con pérdida de una o varias piezas dentales y en patologías más severas de tipo facial o cerebral principalmente por no consultar a tiempo ante un problema de origen oral.

Por otra parte, las enfermedades de los dientes y tejidos de sostén, han representado la primera causa de morbilidad entre los niños de 5 – 14 años y se encuentra entre las diez primeras causas de consulta de las instituciones de salud de la población afiliada a Saludcoop E.P.S. (Campoalegre) y entre la población en general lo que ha llevado a que la institución haya dedicado grandes esfuerzos a mejorar la salud oral de sus afiliados promoviendo la fluorización tópica, la educación sobre el adecuado cepillado dental y la importancia de la salud bucal.

Estas referencias y el interés de conocer las opiniones y teorías de la población para determinar los procedimientos y corregir los patrones que estén influenciando negativamente en las razones de no consulta de los afiliados, han llevado a iniciar el presente estudio el cual se basa en el análisis de la información recolectada a través de una serie de encuestas aplicadas a los usuarios de la institución en un periodo y sitio determinado donde con ello se buscó establecer de manera certera los conceptos, opiniones y respuestas de todo lo relacionado con las causas que llevan a la gente a acudir a una cita odontológica así como las causas que los llevan a no asistir a la consulta; en este estudio se aplicaran todas las herramientas para que el proyecto sirva de base para posteriores investigaciones y/o la aplicación de la misma. Dicho estudio permite también en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, identificar y orientar la prestación del servicio de odontología así como de las necesidades identificadas en las representaciones, conocimientos

y prácticas que en este sentido ejerce la población con respecto a la salud bucal, con el fin de orientar tanto las acciones de promoción y prevención como las de rehabilitación.

El presente documento contiene la descripción de los aspectos metodológicos del Estudio como son la muestra, los componentes de la encuesta y el procesamiento de la información, los cuales pueden ser consultados ampliamente en el análisis de la información.

Posteriormente, se presentan los resultados de la encuesta donde se lograron determinar las principales causas de consulta odontológica y a su vez los motivos por los cuales los usuarios no consultan en etapas iniciales de la enfermedad o de manera preventiva.

Finalmente se ponen a disposición algunos documentos anexos que complementan la información sobre los resultados obtenidos a través del estudio.

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Históricamente, la situación de salud oral se ha cuantificado con base en indicadores de morbilidad que describen la frecuencia de las patologías en algunos casos y/o la severidad en otros. Estos indicadores contruidos desde la mirada científica, si bien se han interpretado en relación con variables como edad, el sexo, y la condición socioeconómica entre otras, son limitados para estudiar las particularidades o características propias de los diversos grupos culturales y sociales.

Los aspectos relacionados con las representaciones, conocimientos y prácticas en salud bucal han sido poco analizados en el país, de igual manera no se cuenta con estudios a nivel departamental, municipal o institucional que obedezcan a éste fin. A nivel de Colombia, en la encuesta de demanda de servicios odontológicos (Estudio Nacional de Salud de 1977 – 80), una de las realizadas a nivel nacional, se indagó por la percepción que tienen las personas en relación con la enfermedad bucal y la necesidad de atención odontológica que requieren; se concluyó que la gran mayoría de personas perciben que necesitan en primer lugar exodoncias y obturaciones, seguidas de prótesis y en una proporción menor de tratamientos periodontales para

recuperar la salud bucal, en especial en las personas de menores ingresos y menor educación, lo cual se corrobora con las estadísticas reportadas por las instituciones asistenciales.

Por otra parte, el último estudio de la Federación Odontológica Colombiana (Revista de Salud Bucal – FOC – 1998), determinó que no han disminuido las enormes estadísticas de deserción odontológica comparado con las reportadas antes del año 1993, así como las posteriores a este año, lo que nos indica que el objetivo de la Ley 100 no ha tenido impacto en la salud oral de la población Colombiana principalmente por fallas en el sistema original, por errores en el funcionamiento operativo como tal y por circunstancias identificadas durante el proceso que no se tenían previstas.

Aunque no se han encontrado investigaciones específicas previas acerca de este tema, si se ha notado abiertamente a través de los años el interés para determinar el origen de la deserción; la primera causa que se ha establecido es el temor a la Fresa (Pieza de mano de alta velocidad), por esta razón se ha tratado de disminuir el sonido con silenciadores incorporados a las mismas o evitarlo mediante la utilización del Rayo Láser, mecanismo que no ha tenido acogida debido al aumento de costos para los tratamientos y de numerosos casos reportados de daños a nivel pulpar y periodontal (Panamerican Journal of Public Health, Vol. 10, No 2. Agosto 2001). En segundo lugar, tenemos que a nivel mundial se ha intentado globalizar el servicio y tratar de llegar a sitios de

difícil acceso donde anteriormente la población no podía contar con ningún tipo de servicio de salud, de esta manera los servicios odontológicos no fueron ajenos a esta situación.

La pluriculturalidad del país lleva a que los pobladores respondan de diversas maneras a su cotidianidad: religión, arte, salud, enfermedad, entre otras, rompiendo con las formas institucionales homogenizantes preestablecidas. Por tanto, abordar el problema de la salud bucal exige la posibilidad de encontrar desde los sujetos una explicación a los diferentes aspectos que interactúan en el proceso de salud-enfermedad bucal; esto se convierte en una necesidad básica de encontrar las razones por las cuales la población no consulta o no lo hace de manera preventiva o en un tiempo inicial para no desencadenar consecuencias de riesgo para la morbilidad oral.

Los resultados de la encuesta de representaciones y prácticas sirven de marco de interpretación a los hallazgos referentes al comportamiento de la demanda y utilización de servicios de salud oral por parte de la población afiliada a Saludcoop E.P.S.

2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La morbilidad oral a través de los tiempos ha sido un problema que ha afectado casi toda la población y que genera consecuencias, en la mayoría de los casos irreversibles, ya que con la simple identificación de un proceso carioso, el tratamiento a seguir es el retiro de la superficie con caries destruyendo parte de la morfología y función del diente o dientes involucrados, esto en los casos más “simples” teniendo en cuenta que la complicación de lo anteriormente descrito puede ocasionar lo que conocemos como “tratamientos de conductos” (Endodoncias), donde aparte de perder una porción de diente este involucra también su vitalidad o en otros casos termina en la extracción de piezas dentales (Exodoncias), y en casos severos infecciones del tipo Abscesos, Celulitis, Osteomielitis, Cáncer Oral, Atrofias; Disfunciones Maxilares o Deformaciones faciales severas (Protocolos de Diagnostico y Tratamiento Odontológicos. Medellín. Antioquia. 1997).

Estadísticamente, con respecto a la morbilidad oral por consulta externa del Departamento del Huila (Información suministrada a través de la Secretaría de Salud Departamental- Registros del 2001), teniendo como fuente los RIPs remitidos por las instituciones públicas y privadas a éste organismo, se encuentra que el total de casos de patologías orales que se presentaron durante este año fue ron de 27.712 con una tasa de 29.5 x 1.000 habitantes.

Dentro de las diez primeras causas por las que más consultan los Huilenses, continúa cobrando gran importancia la caries dental, obteniendo una tasa de 14.9 por 1.000 habitantes; de otra parte el grupo más afectado por los problemas dentales es la población de 15 a 44 años, seguido por los menores de un año y en tercer lugar los niños entre 5 y 14 años (Anexo 2).

Teniendo en cuenta la ausencia de información sobre morbilidad oral que se presenta en la EPS Saludcoop – Campoalegre, fue imposible obtener datos estadísticos con el fin de analizar la Morbilidad Oral, por lo anterior se tomó como base la información suministrada por el Departamento de Planeación de la Secretaría de Salud Departamental; a continuación se analiza la morbilidad oral por consulta externa reportada para el año 2001 en el municipio:

Dentro de las diez primeras causas de morbilidad por consulta externa para el municipio de Campoalegre se establecen los Abscesos periapicales con una tasa de 13.5 x 1.000 habitantes, siendo el grupo más afectado el de 15 a 44 años, seguido por los de 5 a 14 años.

Como segunda causa se presenta las caries dentarias con una tasa de 6.1 x 1000 habitantes, la cual si comparamos con años anteriores empieza a disminuir considerablemente, lo que nos indica que las acciones de Promoción

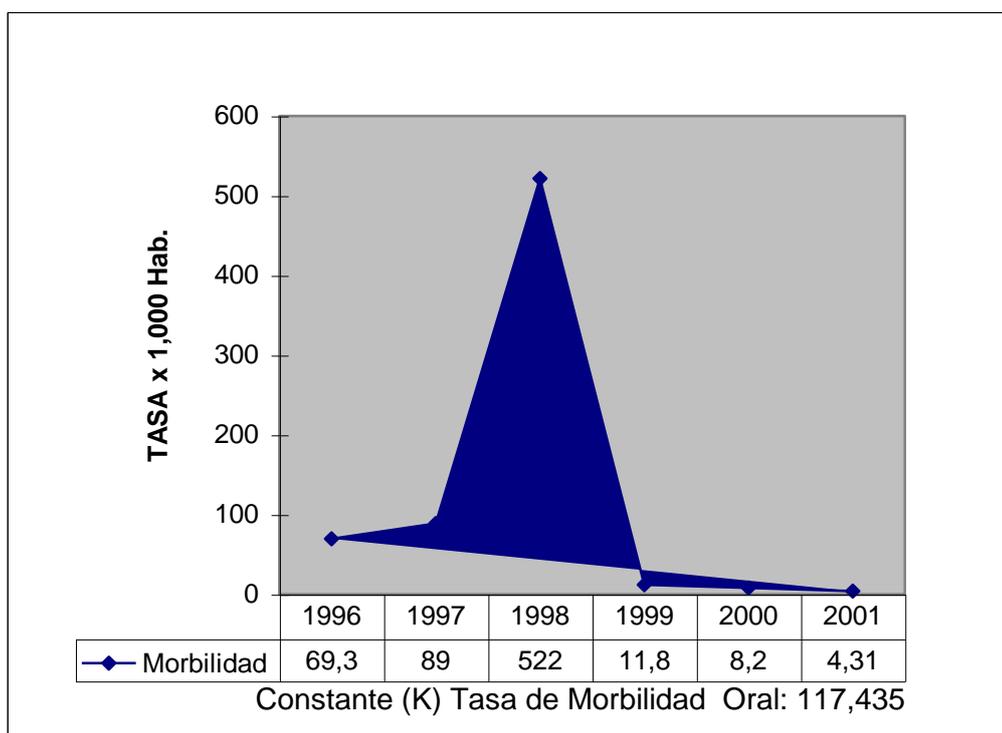
y Prevención realizadas están generando cierto impacto en la población, sin embargo es importante analizar como entran a cobrar importancia las patologías relacionadas con abscesos y gingivitis. De ésta manera se hace necesaria diseñar políticas y esfuerzos que nos direccionen en este sentido (Anexo 3).

Es de resaltar que dentro de éstas causas los grupos considerablemente más afectados para todas las patologías es la población entre 5 a 14, y de 15 a 44 años de edad.

De acuerdo con la tendencia de morbilidad oral analizada para el municipio durante el periodo de 1996 a 2001 (Ver Figura 1), se encuentra la presencia de periodos inestables, esto se observa claramente hacia 1998, debido este pico a la ingerencia que el Comité de Cafeteros del Huila tuvo directamente en la localidad donde se realizaron actividades tanto preventivas como de rehabilitación, en este sentido, se tuvo un aumento considerable en la canalización y uso de los servicios de odontología en el municipio, reflejados ellos en la demanda de ocupación para éstos, sin embargo a partir de 1999 se observa que la morbilidad debida a patologías orales, empieza a disminuir proporcionalmente, los resultados de éste análisis dan cuenta del impacto que han tenido los planes y programas de educación, prevención y atención en salud bucal que se han ofrecido en los últimos años, incluyendo las acciones

realizadas a través del Comité de Cafeteros, donde se produce una notable demanda inducida hacia los servicios odontológicos en el municipio.

Figura 1: Morbilidad Oral Municipio de Campoalegre – 1996 - 2001.



2.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

Cuales son las características sociodemográficas, de prestación y atención del servicio odontológico en la E.P.S. Saludcoop Campoalegre (Huila) durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2001.

3. JUSTIFICACIÓN

El incumplimiento de la intención inicial de la Ley 100 de 1993 la cual buscaba encaminar todas las actividades de salud como preventivas, ampliar la cobertura para toda la población (Universalidad), que fuera de la misma forma y en la cual todos deberían participar (Equidad y Obligatoriedad) (Manual de Legislación en Salud y Seguridad Social – 1997); sumado al aumento de la morbilidad oral en todos los aspectos por la no utilización del servicio odontológico y la deficiente actividad higiénica hace que los casos de caries activa, gingivitis, periodontitis, lesiones pulpares y periodontales así como las patologías infecciosas, microbianas y atróficas en cualquiera de sus formas, vayan creciendo desmedidamente hasta llegar a extremos que puedan afectar la socialización de la persona o la vida misma; en este sentido cobra importancia la identificación y análisis de las posibles causas y aspectos relacionados con los pensamientos y opiniones de los afiliados acerca del porque no se consulta al odontólogo o los motivos por los cuales no se hace de manera preventiva, cuales son sus miedos, expectativas y en general todas aquellas características que nos permitan conocer los errores existentes en el sistema de salud para mejorar en estos aspectos beneficiando a la población para que pueda tener un mejor servicio odontológico que responda a sus expectativas.

De esta manera, una vez conocido el o los factores que inciden en el estudio se podrán implementar estrategias de promoción enfatizando sobre las causas de la no consulta, actividades de información para despejar dudas y vincular la mayor cantidad de población dentro del objetivo del estudio, lo mismo que presentarlo a otras sedes de la institución para que cada vez puedan ser aplicadas de una manera más amplia y así ayudar a disminuir gradualmente la morbilidad oral beneficiando la población tanto del municipio como del Departamento, ya que podrá ser utilizado como un programa piloto.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características sociodemográficas, de prestación y atención del servicio odontológico en la E.P.S. Saludcoop Campoalegre (Huila) durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2001.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir las características sociodemográficas que afectan a los usuarios de Saludcoop E.P.S al acceder al servicio de odontología.

Identificar las características inherentes al servicio odontológico en Saludcoop E.P.S que intervengan como determinantes en la parte operativa del mismo.

Determinar las representaciones sociales de la atención del servicio odontológico teniendo en cuenta los conceptos, opiniones y expectativas que tienen los usuarios sujetos a estudio.

5. MARCO TEORICO

5.1 DEMANDA Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Se define la demanda de servicios de salud oral como “la solicitud de atención odontológica a instituciones o personas que la ofrezcan” . Esta demanda efectiva, o real, es condicionada por factores de necesidad, de predisposición y de capacidad” .

La demanda real o efectiva de servicios de salud oral constituye la expresión concreta de lo que podría llamarse “necesidad social” , ya que ésta también en su volumen y composición es un efecto de las variables que la condicionan.

La necesidad social que se observa en una comunidad, en un momento dado, no corresponde ni al tamaño ni en calidad a aquella que se calcula con base técnica y profesional; en este último caso se habla de necesidad biológica y su confrontación con la primera permite enfoques éticos y humanos más apropiados para analizar la demanda.¹

Las representaciones sociales se entienden como la construcción social de la realidad, esto es cómo los sujetos sociales interpretan o conciben al mundo, lo cual necesariamente está traspuesto por los mitos y creencias culturales, estéticas, éticas; donde lo económico y lo social determinan en un momento dado su situación.²

Elas se reflejan en la forma como los pobladores explican y afrontan el proceso Salud – Enfermedad oral, de tal manera que lo que abordan las instituciones y específicamente los profesionales de la salud en la interacción con el paciente, está relacionado directamente con sus representaciones e igualmente con sus prácticas.³

Las prácticas tanto de prevención como de tratamiento están en estrecha relación con la percepción que se tiene de las causas de la enfermedad, ésta es abordada de manera general, por ejemplo, así como se reza una muela para que pase el dolor, de igual forma se reza el estómago, el hígado o cualquier otro órgano. De otra parte, cuando se asume la enfermedad como castigo de Dios, el tratamiento y la prevención tiene un alto componente religioso; se ofrecen "novenas" y se "reza"

1 . Ministerio de Salud. Estudio de Morbilidad Oral. Tomo VII. Bogotá, Colombia. 1999

2. Servicio Seccional de Salud Pública. Estudio de conocimientos básicos en Salud Oral. Valle del Cauca. 1985.

3. Benjamín Erazo. Historia Natural de la Enfermedad.

para espiar la culpa y por tanto obtener la curación. Lo que hace que el sitio de curación sea un templo. Sin embargo, el acudir a la curación de carácter religiosa, tiene la connotación de incapacidad de la medicina alopática para resolver problemas de salud, lo que se traduce en romerías, peregrinaciones, misas de sanación, con la convicción de que la fe mueve montañas.⁴

En el contexto teórico para el presente estudio se tuvo como fuente principal los resultados obtenidos a través del III Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB III, siendo éste en el que por primera vez, el Ministerio de Salud en 1997 inicia un proceso en el que se logra establecer de manera certera los conocimientos y prácticas de la población frente a la salud bucal y sus determinantes; motivo por el cual es la única fuente que se tiene con respecto a las percepciones de la población frente a su salud bucal.

5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Durante el ENSAB III se estableció que la morbilidad sentida y la consulta es más frecuente en mujeres que en hombres, en la población de la zona urbana y en las

4. Ministerio de Salud. Bogotá Estudio de Representaciones Sociales, Ciudades de Bogotá, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga. Colombia. 1995,

personas de mayor nivel educativo. De igual manera la tendencia a una representación estética de la boca sana en términos de una dentadura blanca y/o pareja es mayor en mujeres que en hombres y en los jóvenes, e igualmente en la población de la zona urbana y en aquellas personas con mayor nivel educativo 5.

5.3 CARACTERISTICAS DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada se encuentra que a pesar de haberse efectuado investigaciones de índole nacional lideradas por el Ministerio de Salud, la Federación Dental Internacional y ASCOFAME, no se ha evaluado la representación que implica el sexo del profesional (Odontólogo), al momento de escoger la atención odontológica.

5.4 CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN DEL SERVICIO

En Colombia, el primer estudio sobre la prevalencia de la morbilidad oral y representaciones sociales fue la Investigación Nacional de Morbilidad Oral (3),

5. Ibid. Pág. 57. Ministerio de Salud. 1999. Estudio Nacional de Morbilidad Oral (ENSAB III).

realizada entre 1965 y 1966 por el Ministerio de Salud y ASCOFAME. En esta investigación se evaluó la frecuencia, severidad, causas y consecuencias de los problemas de salud oral, los factores de índole social y económicos asociados a esta problemática, la disponibilidad de los servicios de atención con el fin de contribuir a una mejor planificación de las acciones de salud oral, adelantar futuras investigaciones y posibilitar el ajuste de programas asistenciales y de formación de recurso humano. Para ello se tomó una muestra representativa de la población colombiana no institucionalizada de cinco años de edad y más, con excepción de los entonces llamados Territorios Nacionales de baja densidad poblacional. 6

El estudio mostró que los niños de 5 a 14 años presentaban en promedio 5 dientes con historia de caries y que en general, la población adulta colombiana de mediados de los sesenta, no tenía acceso a la asistencia odontológica, encontrándose que en promedio del total de dientes con historia de caries sólo el 6.7% había sido tratado.7

Entre 1997 y 1980 se adelantó el Estudio Nacional de Salud que incluyó el II Estudio de Morbilidad Oral, que describió el comportamiento de las patologías

6. Ministerio de Salud - ASCOFAME. Boletín informativo, Bogotá, Colombia.

7. Ministerio de Salud. Investigación Nacional de Morbilidad Oral (3). Bogotá, Colombia. 1965 – 1966.

orales en la población colombiana, comparó los resultados con los obtenidos en la investigación Nacional de Morbilidad Oral 1965 – 66 y abordó temáticamente las transformaciones sufridas en la estructura de morbilidad oral, en los 15 años transcurridos entre los dos estudios. Durante éste, y mediante una muestra similar al primer estudio, se evaluaron en los mayores de cinco años, además de la caries y la enfermedad periodontal, otras patologías como anomalías dentofaciales, lesiones de tejidos blandos, opacidades e hipoplasias, con el fin de obtener el perfil de morbilidad oral mas completo de la población. En este estudio se encontró que el 96.7% de la población presentó historia de caries con un promedio de dientes afectados de 12.7, en comparación al hallazgo del anterior estudio que fue de 15.4; el 94.7% de la población presentó enfermedad periodontal en cualquiera de sus fases contra un 88.7% del anterior estudio y las demás condiciones se presentaron en proporciones bajas. En general, se observó una mejoría en la

severidad de la enfermedad aunque una mayor proporción de personas afectadas.⁸

Durante la Asamblea Mundial de la Salud realizada en 1979, donde se aprobaron las metas de salud para todos en el año 2000, el servicio de Salud Bucodental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Dental Internacional (FDI) recomendaron las metas concretas en salud bucodental tomando como base

8. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud. Bogotá. Colombia. 1997 y 1980

la clasificación dada para Colombia, considerándose el país con índice alto de caries, es decir con una magnitud del problema de caries dental de importancia en salud pública.⁹

Durante 1997, fecha en la que inicia el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III), se muestra que entre las personas que tuvieron su última consulta hace menos de un año se encuentra un mayor número de personas pertenecientes a la zona urbana frente a la rural; teniendo en cuenta el tipo de afiliación, quienes más consultaron en el último año son los afiliados al régimen contributivo ¹⁰

De los problemas que presentó el 22.2% de la población en el último mes, el más frecuente fue el dolor de muelas o dientes (60.5%); le siguen en su orden *caries dental, sangrado de la encía, pérdida de obturaciones, fractura de dientes, inflamación de la cara, pérdida de dientes, dificultad para abrir la boca, fractura de prótesis y otros* ¹¹

9. OMS – FDI. Asamblea Mundial de la Salud – 1979.

10. Ministerio de Salud. Op Cit. Pág. 60. Estudio de Morbilidad Oral– 1999. Tomo VII. Bogotá, Colombia.

11. Ministerio de Salud. Op Cit. Pág. 57. Estudio de Morbilidad Oral– 1999. Tomo VII. Bogotá, Colombia.

Del total de las personas que tuvieron problemas bucales en el último mes, solo consultaron el 45%, siendo más frecuente la consulta entre los que refirieron pérdida de dientes y fractura de prótesis. Sin embargo, entre los problemas más frecuentes la consulta fue mayor para los que presentaron pérdida de obturaciones y dolor dental. El 95% de las personas consulta al odontólogo y el 5% restante al médico, la farmacia o a otras personas ¹²

A pesar de existir una necesidad sentida, se destaca el hecho de que más de la mitad citaron: *la falta de dinero (38.3%), la falta de tiempo (28.0%), no*

consideran necesario consultar (10.6%), el problema se resolvió solo (5.6%) o no tenían donde acudir (3.4%) ¹³.

En general, el 39% de la población estudiada realizó la última consulta al odontólogo hace más de un año, el 55.2% la hizo en el último año y el 6.2% nunca ha consultado ¹⁴.

12. Ministerio de Salud. Op Cit. Pág. 59. Estudio de Morbilidad Oral– 1999. Tomo VII. Bogotá, Colombia.

13. Ministerio de Salud. Op Cit. Pág. 60. Estudio de Morbilidad Oral– 1999. Tomo VII. Bogotá, Colombia.

14. Ministerio de Salud. Op Cit. Pág. 60. Estudio de Morbilidad Oral– 1999. Tomo VII. Bogotá, Colombia.

Cerca de la mitad de la población rural y de la población mayor de 45 años tuvo la última consulta hace más de un año, lo mismo que las personas afiliadas al régimen subsidiado (42.7%) o que no tienen ningún tipo de afiliación (45.5%) y aquellas con menor nivel educativo ¹⁵.

La población que nunca ha consultado, se compone principalmente de personas jóvenes de 12 a 17 años y afiliados al régimen subsidiado o sin afiliación ¹⁶.

Los motivos más frecuentes de la última consulta al odontólogo son: urgencias (39%); la revisión o examen (29%); las obturaciones (15%) y la limpieza (9%); predominando en éstos la población con menor nivel de escolaridad ¹⁷.

Las atenciones recibida en la ultima consulta son en su orden: las obturaciones (36%); la limpieza o profilaxis (31%); extracciones (29%); prótesis dental (8%), tratamientos de conductos (5%) y otros (13%). La limpieza fue el motivo de consulta para un mayor porcentaje de las personas entre 25 y 34 años, y es mayor a medida que aumenta el nivel de escolaridad ¹⁸.

15. Ministerio de Salud. Op Cit. Pág. 60. Estudio de Morbilidad Oral– 1999. Tomo VII. Bogotá, Colombia.

16. Ministerio de Salud. Op Cit. Pág. 60. Estudio de Morbilidad Oral– 1999. Tomo VII. Bogotá, Colombia.

17. Ministerio de Salud. Op Cit. Pág. 60. Estudio de Morbilidad Oral– 1999. Tomo VII. Bogotá, Colombia.

18. Ministerio de Salud. Op Cit. Pág. 63. Estudio de Morbilidad Oral– 1999. Tomo VII. Bogotá, Colombia.

El 90.8% de los encuestados afirmó que se sintió satisfecha por la atención recibida en la ultima consulta. La satisfacción aumenta en relación directa con la edad y el nivel educativo ¹⁹.

El 82.9% de la población encuestada refirió haber sentido alguna vez dolor en una muela o diente. Las practicas más frecuentes ante este dolor son: la

consulta al odontólogo (66%), principalmente entre la población con nivel educativo superior; el consumo de analgésicos (32%); los remedios caseros (16%), y en una menor proporción el uso de antibióticos (7%)²⁰.

Con referencia al cuidado de la boca, el 71.5% de las personas expresaron que los padres fueron quienes les enseñaron este proceso. Otras respuestas fueron los maestros y/o el odontólogo, otras personas manifiestan que aprendieron solas y otras lo hicieron a través de la radio y la televisión. En cuanto a la responsabilidad del cuidado de la boca de los niños, casi la totalidad de las

19. Ministerio de Salud. Op Cit. Pág. 65. Estudio de Morbilidad Oral– 1999. Tomo VII. Bogotá, Colombia.

20. Ministerio de Salud. Op Cit. Pág. 51. Estudio de Morbilidad Oral– 1999. Tomo VII. Bogotá, Colombia.

madres (99.4%), opina que “los padres son los responsables de enseñarle al niño a cuidar su boca y que son ellos quienes deben supervisar el cepillado de los dientes en los niños pequeños²¹.

21. Ministerio de Salud. Op Cit. Pág. 47. Estudio de Morbilidad Oral– 1999. Tomo VII. Bogotá, Colombia.

6. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables las cuales se definen a continuación por escala de medición y categoría (Tabla 1).

**Tabla 1. Muestra de Variables diseñada por Escala de Medición y Categoría. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila).
Noviembre – Diciembre 2001.**

VARIABLES	DEFINICION	SUB - VARIABLES	CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICION
CARACTERÍSTICAS SOCIO - DEMOGRAFICAS	Son los aspectos relacionados con las características culturales de una población que va a servir como fuente de un estudio determinado.	SEXO	FEMENINO	CUALITATIVA NOMINAL
			MASCULINO	
		EDAD	AÑOS CUMPLIDOS	CUANTITATIVA DISCRETA
		ESCOLA	- NINGUNA	CUALITATIVA

		RIDAD	PRIMARIA INCOMPLETA	NOMINAL
			PRIMARIA COMPLETA	
			SECUNDARIA INCOMPLETA	
			SECUNDARIA COMPLETA	
			UNIVERSITA - RIO	
			OTRO	
		ZONA DE RESIDENCIA	RURAL	CUALITATIVA NOMINAL
			URBANA	
VARIABLES	DEFINICION	SUB -	CATEGORIAS	NIVEL DE

		VARIABLES		MEDICION
CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Se refiere a los aspectos inherentes al servicio odontológico, es decir que intervengan como determinante en la parte operativa del servicio.	SEXO DEL ODONTOLOGO	FEMENINO	CUALITATIVA NOMINAL
			MASCULINO	
			NO IMPORTA	

--	--	--	--	--

VARIABLES	DEFINICION	SUB - VARIABLES	CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICION
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DEL SERVICIO	Se refiere a los conceptos, opiniones y expectativas que tienen los usuarios sujetos a estudio.	TIEMPO DE LA ULTIMA CITA ODONTOLÓGICA	SEIS MESES MAS DE SEIS MESES	CUALITATIVA NOMINAL
		MOTIVO DE LA CONSULTA (Si ha consultado porque lo ha hecho)	DOLOR	CUALITATIVA NOMINAL
			CONTROL	
			ESTÉTICA	
			OCUPAR EL SERVICIO	

VARIABLES	DEFINICION	SUB - VARIABLES	CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICION
		MOTIVO DE LA NO CONSULTA (Si no ha consultado porque no lo ha hecho)	TEMOR COSTO NO CONFIO DISTANCIA DEL SERVICIO DESCUIDO NO HA NECESITADO FALTA DE TIEMPO	CUALITATIVA NOMINAL

VARIABLES	DEFINICION	SUB - VARIABLES	CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICION
		EXPECTATI VA DE LA CONSULTA	LIMPIEZA CHARLAS EDUCATIVAS OBTURACIO NES EXTRACCIO NES PRÓTESIS OTROS	CUALITATIVA NOMINAL
		ALTERNATI VAS DE NO CONSULTA	MÉDICO TEGUA AUTOFORMU LACION NINGUNA	CUALITATIVA NOMINAL

VARIABLES	DEFINICION	SUB - VARIABLES	CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICION
		TIEMPO EN VOLVER AL SERVICIO DESPUÉS DE LA CONSULTA	NO VUELVE A CONTROL POR DOLOR AL TENER TIEMPO AL TENER DINERO	CUALITATIVA NOMINAL
		IMPORTAN CIA DE LA CONSULTA	PREVENCIÓN TRATAMIEN TO REHABILITA CION	CUALITATIVA NOMINAL

7. CONSIDERACIONES ETICAS

El personal encargado de la aplicación de las encuestas esta plenamente informado de los objetivos y expectativas de la investigación y este a su vez transmitirá el mismo conocimiento a las personas a las cuales se les apliquen las encuestas, es decir que a cada uno de los encuestados se les pedirá consentimiento para la realización de la misma, una vez aceptado se les explicaran los fines y que los datos por ellos suministrados serán sujetos a estudio y análisis por parte del investigador y presentados como proyecto para ser aplicados mas adelante de una manera mas amplia y global; de estos datos será confidencial el nombre de la persona que responde la encuesta ítem que será utilizado única y exclusivamente por el investigador del proyecto como forma de verificación de la realización veras de las encuestas, esto se hará vía telefónica y otros de manera personal en el sitio y momento de la aplicación de la misma. Una vez corroborada la información, los datos se almacenaran en el programa EPI-INFO en el cual no es necesario que se registre el nombre, es decir que en los resultados y tabulaciones no se sabrá la identidad de las personas que contestaron las mismas.

8. DISEÑO METODOLOGICO

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio *observacional* teniendo en cuenta que no se influyo en la opinión de los usuarios encuestados mediante ningún proceso, *descriptivo*, ya que se comprendió la naturaleza del problema epidemiológico con la descripción de las características del grupo objeto del presente estudio, *de serie de casos*, debido a que el número de casos fue de 300 y no se tiene otro grupo con el cual se puedan comparar los resultados, *transversal*, debido a que se realizó en un momento determinado conociendo la distribución de las características en las personas y en el tiempo establecido, y *retrospectivo*, porque se analizaron los factores de ocurrencia de la población durante un periodo determinado; proceso que se realizó entre los meses de Noviembre y Diciembre del año 2001 en la E.P.S. Saludcoop del municipio de Campoalegre (Huila).

8.2 UBICACIÓN ESPACIAL

La presente investigación se origino en el municipio de Campoalegre que se encuentra en la parte central del departamento de Huila y el sitio del estudio se denominara E.P.S. Saludcoop, ubicado en la calle 19 con carrera 8 esquina, la cual consta de dos plantas; en la primera planta se ofrecen los servicios médicos en consulta externa y urgencias en el horario de 7:00 am a 10:00 pm en jornada continua, servicios odontológicos en consulta externa y urgencias en el horario de 7:00 am a 6:00 pm en jornada continua, un área administrativa que tiene un horario de 7:00 am a 12:00 m y de 2:00 pm a 6:00 pm , la segunda planta presta servicio de laboratorio clínico en el horario de 7:00 am a 9:00 am, un área destinada para el departamento de promoción y prevención y una zona para las afiliaciones a dicha empresa promotora de salud.

El servicio odontológico lo prestan tres profesionales (Odontólogos) de los cuales dos corresponden al sexo masculino, uno de ellos con ocho horas diarias y otro profesional con seis horas, una odontóloga del sexo femenino con cinco horas diarias lo que corresponde a 19 horas-día de consulta odontológica con un promedio de 57 pacientes.

La E.P.S. Saludcoop en la cual se originó el estudio se encuentra ubicada en el Municipio de Campoalegre en la zona centro del Departamento del Huila con una población de 25.271 habitantes distribuidos de la siguiente manera:

Hombres 12.604, Mujeres 12.667, Población urbana 19.113, Población rural 6.052 con una extensión territorial de 66.100 Km2 dividido en una inspección de policía (Otas) y 30 veredas en el sector rural y 21 Barrios en la zona urbana, con buenas vías de acceso, la población predominantemente vive en el área urbana pero se desplazan con altísima frecuencia al área rural debido a que es un municipio eminentemente agricultor (Ver Figuras 2 y 3).

Figura 2: Distribución del municipio de Campoalegre por Veredas

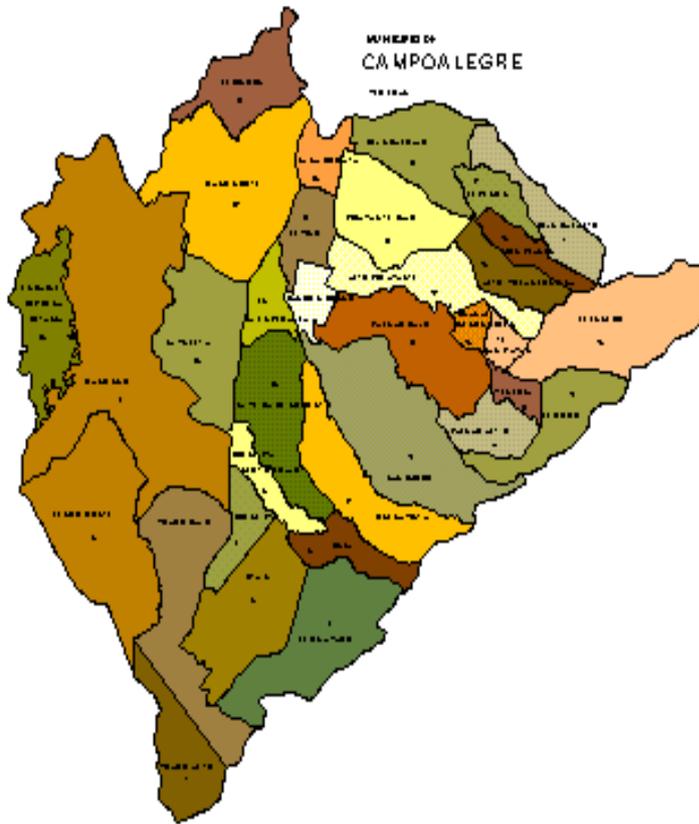
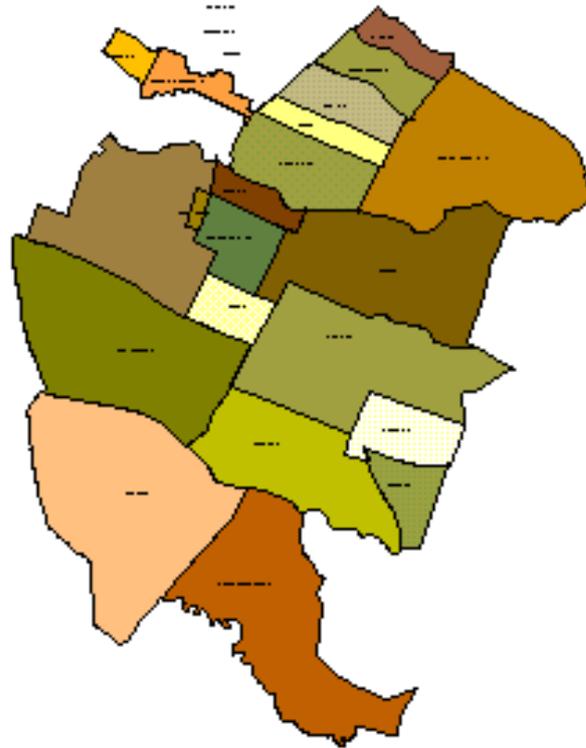


Figura 3: Distribución del Municipio de Campoalegre por Barrios



Debido a su ubicación en ésta región, la población se dedica básicamente a los procesos agroindustriales en cultivos de arroz, algodón, maíz, sorgo, soya, tabaco y frutales como el maracuya y la guanábana y a la economía campesina de subsistencia en la producción de arveja, frijol, cebolla, habichuela, tomate, cacao, café, lulo y papaya; un pequeño sector se dedica a la actividad pecuaria, al comercio y al trabajo en las ladrilleras.

8.3 POBLACION

Son los afiliados mayores de 16 años que asistieron a los servicios de Saludcoop EPS en el municipio de Campoalegre, durante el periodo de Noviembre y Diciembre de 2001. La E.P.S, al momento del estudio cuenta con 2087 afiliados; la población de estudio serán 300 personas (encuestados), provenientes tanto del área urbana como rural del municipio.

8.4 MUESTRA

Se tomó una muestra no probabilística y dirigida teniendo en cuenta que se estableció un determinado número de casos (300) y dirigida debido a que se dio a un grupo específico de afiliados.

En cuanto a las características estadísticas para la muestra, se tuvo un nivel de confianza del 95%, un error de 5 y una P de 0.5.

8.5 MUESTREO

Se tomó un muestreo por cuotas, es decir que se tuvo una cuota determinada que correspondió a 300, por lo tanto se iniciaron una a una las encuestas hasta completar las 300. No se contó con ningún tipo de medida establecida para la recolección de la información sino que se tenía éste numero determinado de encuestas (300) las cuales se deberían aplicar a un grupo poblacional

determinado (afiliados a Saludcoop mayores de 16 años) en un periodo determinado (Noviembre – Diciembre 2001).

8.6 TECNICAS DE RECOLECCION E INSTRUMENTOS

En cuanto a la técnica de recolección de información se utilizó la entrevista con un instrumento denominado formato único de encuesta que contiene información específica y detallada acerca del tema a tratar y datos generales de la población los cuales permitieron identificar tendencias, preferencias y características del grupo encuestado.

El cuestionario de la encuesta (Anexo 1), consta de 13 preguntas, edificadas en la construcción de una propuesta inicial con base en preguntas cerradas.

8.7 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Para poder ejecutar la encuesta, se solicitó un permiso por escrito a la oficina administrativa para que se permitiera tanto la entrada de personal ajeno a la empresa como la aplicación de la misma; una vez autorizada la realización del proyecto se hizo una prueba con 10 encuestas para ver los posibles errores que pudiera tener como la extensión y por consiguiente desmotivación del encuestado, la utilización de términos de difícil comprensión y la ubicación

dentro del espacio locativo para no interferir con los procedimientos cotidianos de la empresa.

Posteriormente se realizó la selección del personal que estaría encargado de la aplicación de las encuestas y que debería cumplir con algunos requisitos como conocimientos en el área de odontología con su respectivo soporte y su disposición dentro de los objetivos del estudio, por último una vez seleccionado el personal se capacitó para unificar criterios acerca de lo que se pretende con el proyecto.

8.7.1 Personal Encargado de las Encuestas: Las dos (2) personas que fueron contratadas para el proyecto tienen formación en el área de Auxiliar de consultorio odontológico lo que nos da certeza que conocen los términos usados en la encuesta; por ser personas de la región conocen acerca del sitio y la población estudiada, también a estas personas se les realizó una capacitación sobre refuerzo de conceptos y definiciones de los indicadores de la encuesta para posteriormente involucrarlas sobre lo que se esperaba de la encuesta. Se les canceló un monto acordado por encuesta una vez estas fueron verificadas y aceptadas por el investigador de la encuesta.

De acuerdo al procesamiento de los informes, se elaboró una base de datos en EPI – INFO donde se tabularon los datos; una vez grabada esta información, se procedió a hacer la depuración lo cual consistió en la revisión de la

estructura de los registros, detección de inconsistencias y valores fuera de rango.

La generación de estimaciones insesgadas es un objetivo central de una buena investigación. Son generadores de sesgo las diferentes probabilidades de selección de las unidades de muestreo, la cobertura incompleta de la muestra, los errores de medición y de procesamiento de los datos. En este estudio la estrategia que garantizó estimaciones insesgadas se realizó por medio de la capacitación del personal de recolección de la información sobre conceptos y definiciones, y controles de calidad de sus actividades.

8.8 PLAN DE TABULACION DE LA INFORMACIÓN

Debido a que durante el proceso de ejecución de las encuestas, el personal encargado de éste, informó al responsable del estudio algunos casos relatados por los usuarios los cuales se estudiaron considerándose importantes para su análisis dentro del proceso de investigación, se determinó que los encuestadores tuvieran en cuenta éstos relatos referenciados por la población y que se describieran de manera independiente en un informe.

Elaboración del cuestionario de preguntas cerradas se realizó con base en las repuestas probablemente más frecuentes.

A su vez, la encuesta incluye preguntas relacionadas con las concepciones que se tiene sobre:

- Prácticas relacionadas con la demanda y utilización que la población hace de los servicios de salud bucal.
- Alternativas que utiliza la población para no consultar el servicio de odontología.
- Expectativas de la población frente al servicio odontológico y cumplimiento de ellas.

8.8.1 Criterios de Selección de las Encuestas

8.8.2.1 Criterios de inclusión de las encuestas

- Las encuestas deben ser autorizadas y entregadas en su totalidad por los investigadores del proyecto.
- Las encuestas deberán estar completas y debidamente diligenciadas por el personal contratado para el estudio

- Las encuestas deben coincidir con el tiempo y los términos dados por los investigadores para el diligenciamiento y entrega de los mismos (Noviembre – Diciembre 2001).

8.8.2.2 Criterios de exclusión de las encuestas

- Encuestas incompletas: Por este criterio se descartaron cinco encuestas las cuales no cumplieron con la totalidad de diligenciamiento de información, es decir que del total de la población proyectada que obedecía a 300 encuestas, se analizaron y tabularon datos de 295, valor con el cual se presentan los resultados de la información.
- Encuestas ilegibles.
- Encuestas que no tengan origen en la institución determinada.
- Encuestas que no coincidan con el tiempo del estudio.
- Encuestas que no hayan sido autorizadas por los investigadores del proyecto.

- Encuestas en las cuales aparezcan dos respuestas ante una opción de pregunta.

8.8.3 Verificación de la Información: Para la comprobación veraz de la información se adoptaron distintas medidas como la verificación en intervalos de cada 10 encuestas de forma personal y directa por parte del investigador del proyecto de las preguntas realizadas por el personal encargado, lo mismo que las respuestas dadas por el encuestado en el mismo sitio de origen de la encuesta y su correspondiente cotejo con el soporte escrito.

También se verificaron telefónicamente 50 encuestas escogidas aleatoriamente ya que se le pidió al personal encargado de las encuestas que situaran el número telefónico en la hoja del encuestado; igualmente se verificó de manera visual que las encuestas se estuvieran haciendo dentro de los parámetros establecidos por los investigadores y algunas de éstas fueron diligenciadas por el investigador del proyecto.

8.9 PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis descriptivo propuesto para la presentación de los resultados de esta encuesta, se realizó mediante distribución de frecuencias de las preguntas incluidas en la encuesta de acuerdo a las variables denominadas

independientes, éstas (Edad) se reagruparon para darle mayor cualificación a los resultados y evitar errores de muestreo altos.

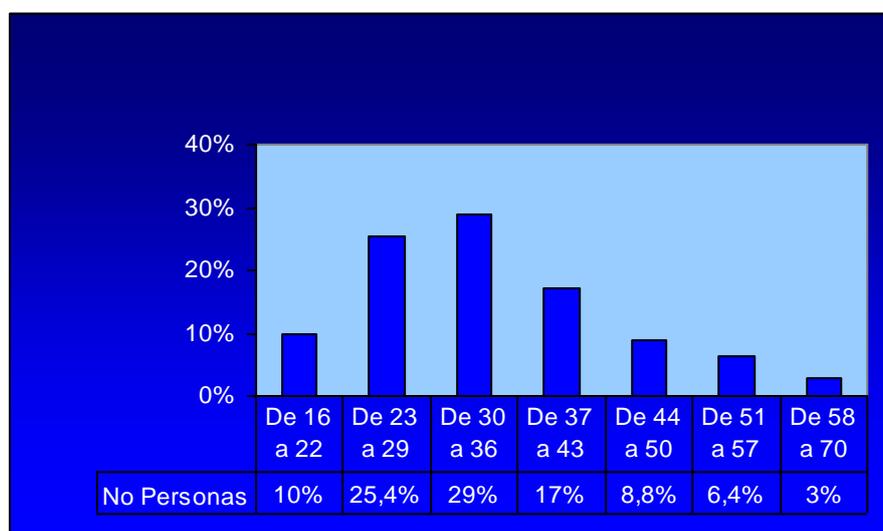
Los resultados de la encuesta se sometieron a análisis descriptivo, buscando una aproximación a la relación de los conocimientos con respecto a las prácticas, de esta manera se compararon los resultados obtenidos mediante un análisis univariado de los datos de acuerdo con su categorización.

9. RESULTADOS

9.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

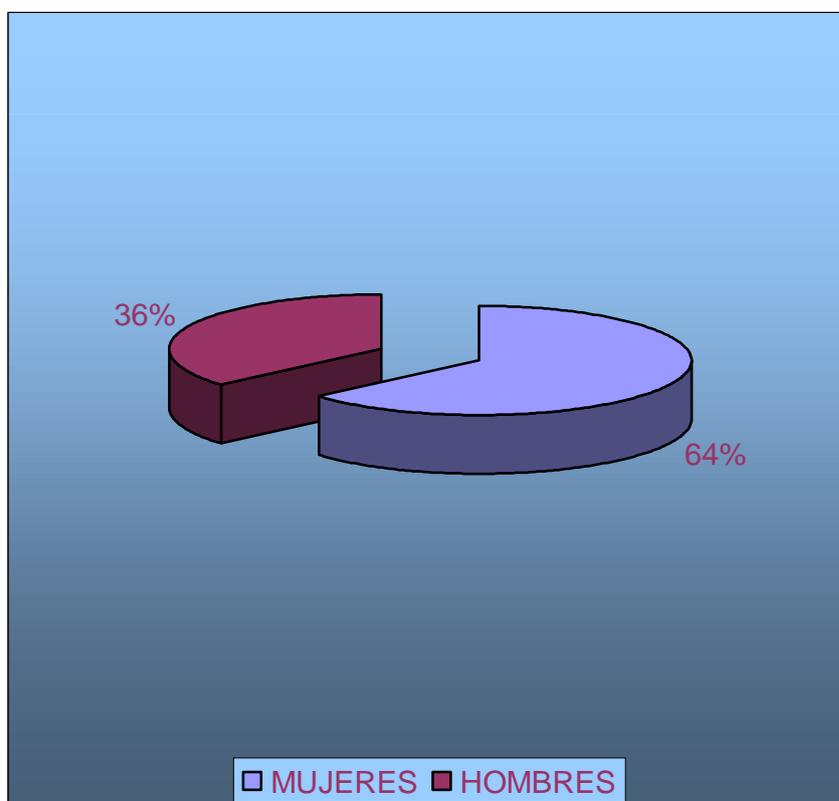
El mayor número de personas que participaron en la encuesta se encuentran entre los 23 y 37 años de edad, los cuales representan un 53.6% del total de la población objeto del estudio (Ver figura 4).

**Figura 4: Distribución porcentual de la Frecuencia por Grupo de Edad.
E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre
2001.**



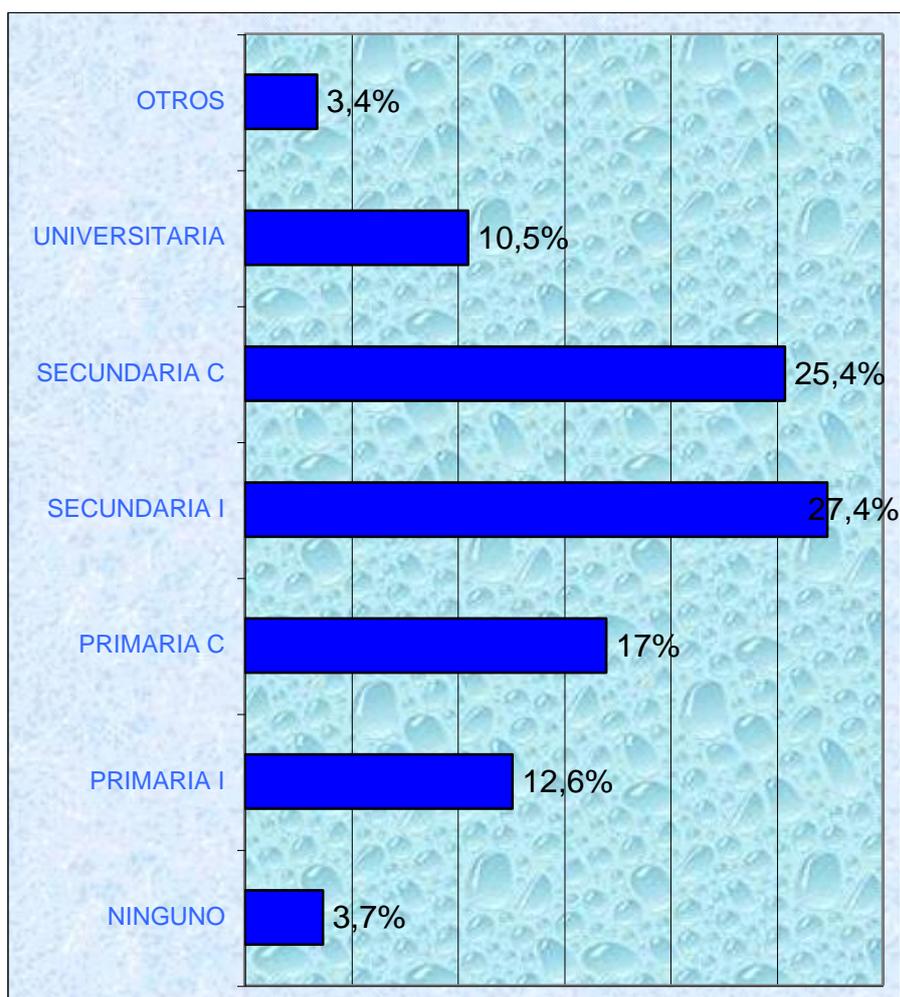
Siguiendo la tendencia que representa el sexo en el país y a través de las investigaciones sociales realizadas en Colombia, igualmente se observa que el mayor número de participantes fueron las mujeres representadas en el 64% de los encuestados (Ver figura 5).

Figura 5: Distribución porcentual de la Frecuencia de Sexo. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.



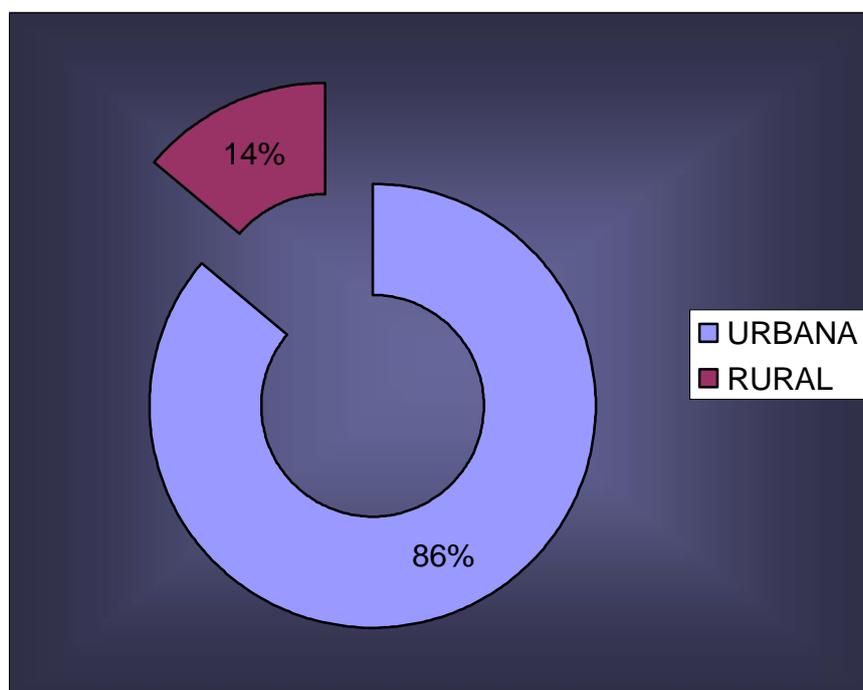
El nivel de educación de éste grupo de afiliados se encuentra ubicado con un porcentaje predominante en la secundaria de manera completa (25.5%) e incompleta (27.5%), lo que representa la mitad de la población (Ver figura 6).

Figura 6: Distribución porcentual del Nivel de Escolaridad. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.



De acuerdo con la zona de residencia se observa que en un porcentaje elevado (86%), la mayoría de los usuarios participantes en el estudio pertenecieron al área urbana (Ver figura 7).

Figura 7: Distribución porcentual de la zona de Residencia. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.

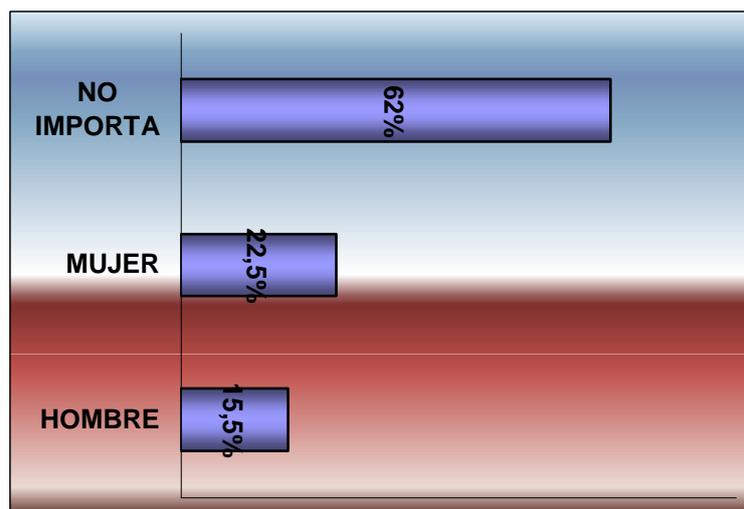


9.2 CARACTERISTICAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Abiertamente se observa que no existe predilección por el sexo del profesional (62% registra no importarle), que desean que realice las intervenciones de salud bucal, esto no fue relevante para muchos encuestados ya que tienen otras prioridades no relacionadas con el sexo del profesional (Ver figura 8).

Figura 8: Distribución Porcentual de las Preferencias por el sexo del Profesional. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila).

Noviembre – Diciembre 2001.



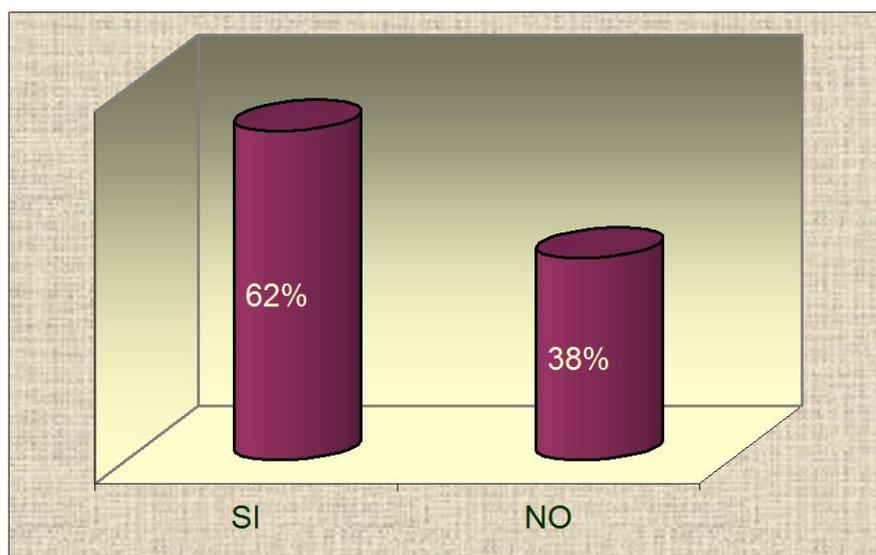
Dentro de los comentarios expresados por los encuestados en general se encontró que lo que más les importa a los usuarios es que tengan un trato más amable, que el profesional sea comprensible con la situación de cada paciente,

que se les enseñe la forma de prevenir sus enfermedades orales y en general que la relación odontólogo – paciente sea más humana independientemente de la apariencia o el estado socioeconómico de quien solicite el servicio.

9.3 CARACTERISTICAS RELACIONADAS CON LA ATENCION DEL SERVICIO

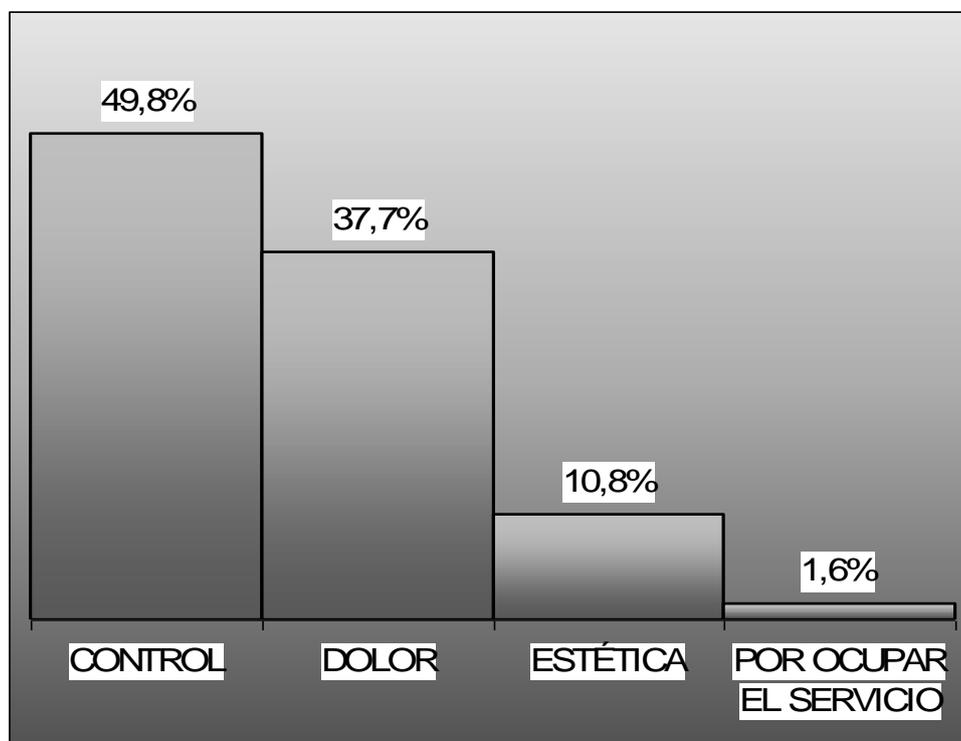
Con relación al periodo de la investigación, los afiliados encuestados han accedido a la utilización de los servicios odontológicos en mayor porcentaje (62%) en los últimos seis meses (Ver figura 9).

Figura 9: Distribución porcentual de la Atención en los últimos seis meses. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.



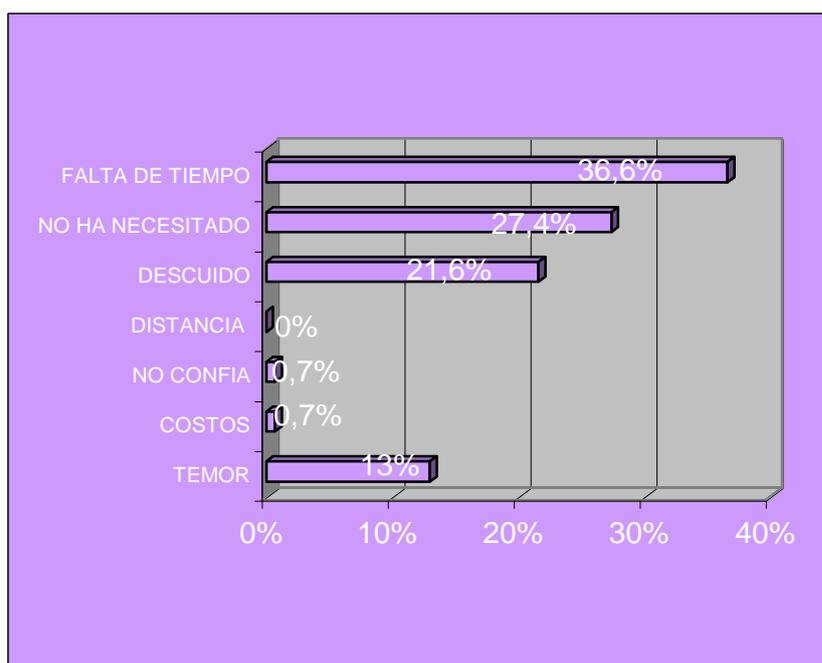
La mayor tendencia de la población es consultar por control (49.8%) y en segunda instancia por dolor (37.7%), aunque se ve que hay un desconocimiento acerca el término “control” relacionado con las demás características en estudio (Ver figura 10).

Figura 10: Distribución porcentual de las Causas de Consulta en la E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.



La falta de tiempo resultó ser el factor más determinante dentro de las causas de no consulta hacia el servicio odontológico, ya que el mayor número de personas encuestadas (36.6%) la tomaron así (Ver figura 11).

Figura 11: Distribución porcentual de las Causas de no Consulta en la E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.

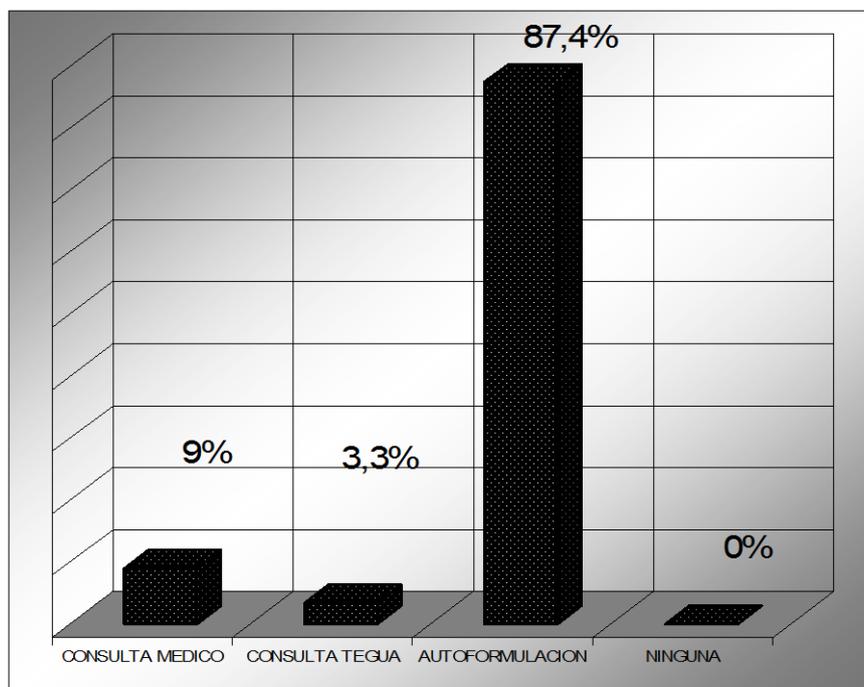


A pesar de que el temor no fue considerado como una de las causas más relevantes por las que no consultan los pacientes, se encontró que surgieron relatos relacionados con el temor a diversas causas como experiencias pasadas principalmente durante la etapa de la infancia y que han quedado

presentes en las percepciones de los encuestados, y otras relacionadas a la práctica odontológica como dolor durante y posterior a tratamientos realizados.

La alternativa de la autoformulación es ampliamente preferida por los encuestados (87.4%) al preguntarles sobre un método alternativo para no consultar o como forma de alivio (Ver figura 12).

Figura 12: Distribución porcentual de las Alternativas cuando no se consulta. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.



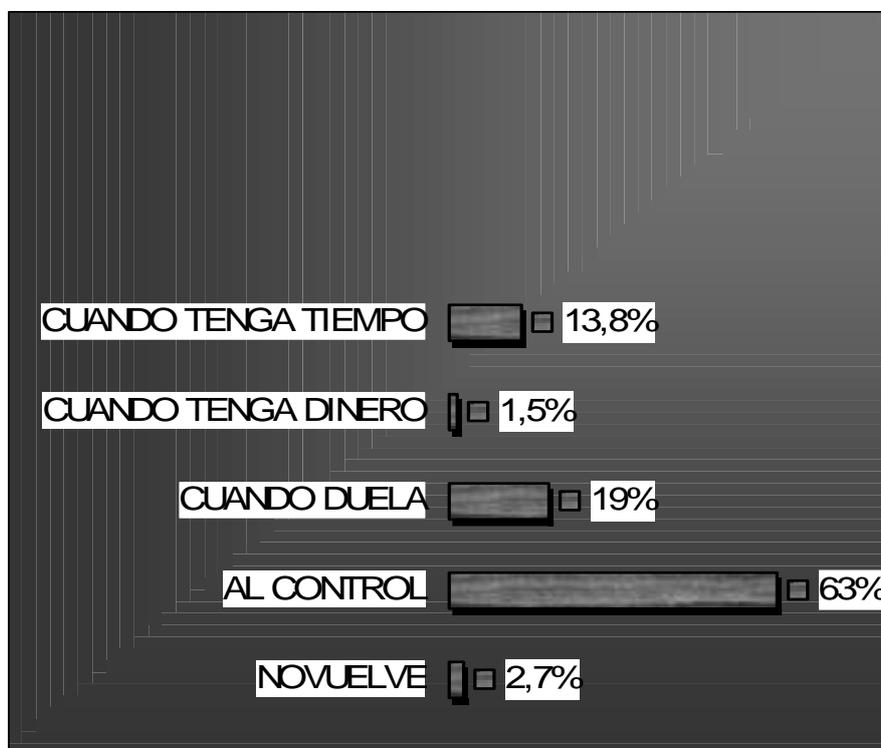
Teniendo en cuenta que la autoformulación es una de las prácticas más frecuentes por la que los usuarios evitan acceder al servicio odontológico, se

encontró que éstas personas lo hacen debido a que en las droguerías les ofrecen pastillas que contribuyen notablemente a la disminución del dolor en vez de someterse a los procedimientos odontológicos, y a la aplicación de otros medicamentos o sustancias químicas directamente en los dientes.

El mayor número de la población encuestada precisa que vuelven al control periódico o programado (63%), sin embargo el dolor sigue siendo un punto fuerte en esta característica (19%). (Ver figura 13).

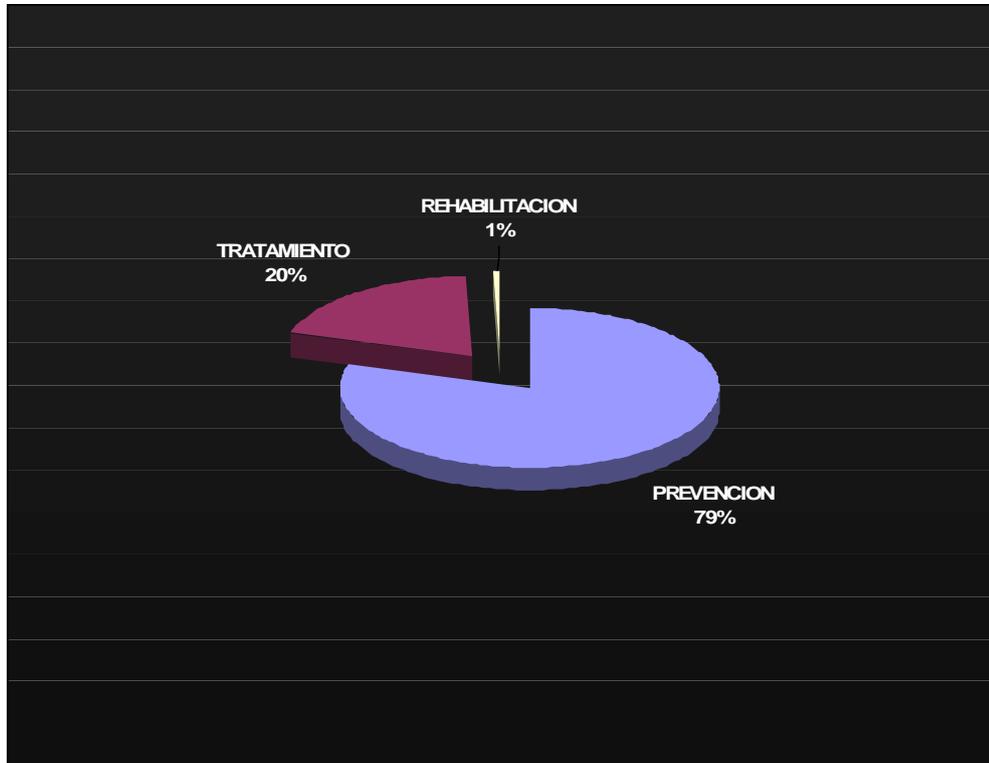
Figura 13: Distribución porcentual de los Motivos por los cuales se vuelve a consultar. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila).

Noviembre – Diciembre 2001.



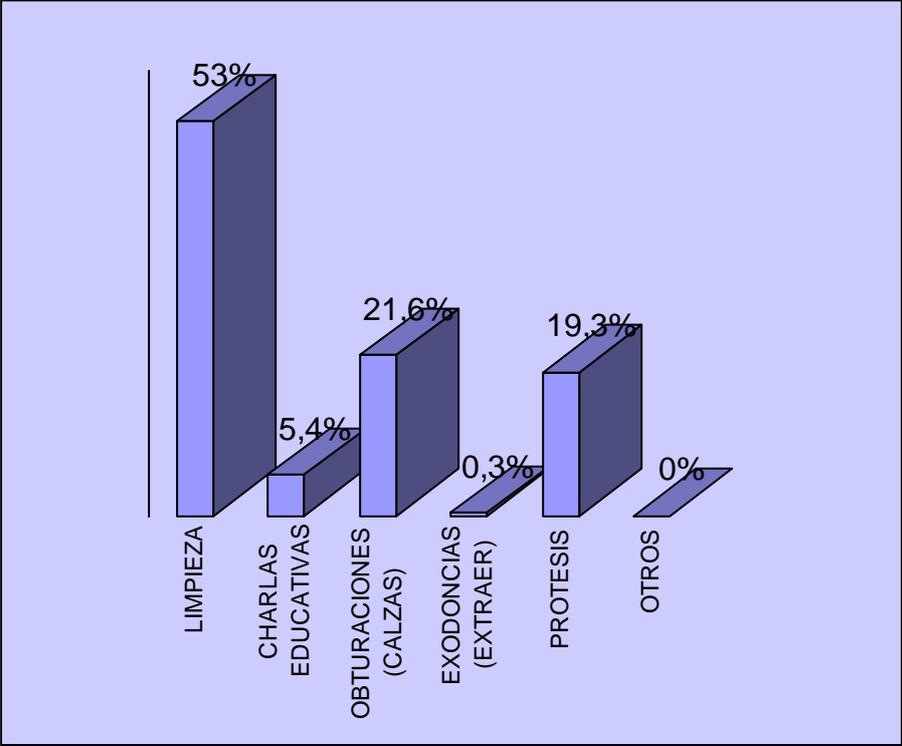
La prevención fue la respuesta más seleccionada para éste ítem (79%), aunque se observa que hay un desconocimiento teórico de lo que indica este proceso (Ver figura 14).

Figura 14: Distribución porcentual de la Actividad considerada más importante. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.



La limpieza ocupa el 52.3% de la opción dada en este punto sin embargo las obturaciones y las prótesis influyen en esta característica, distinto a lo que expresaron en lo que consideran ellos la actividad más importante (Ver figura 15).

Figura 15: Distribución porcentual de la Expectativa que se tiene de la consulta. E.P.S Saludcoop, Regional Campoalegre (Huila). Noviembre – Diciembre 2001.



10. DISCUSIÓN

En relación con el comportamiento de la demanda en la población, y en concordancia con el III Estudio Nacional de Morbilidad Oral (1999), se puede afirmar que a mayor nivel de escolaridad y ubicación de residencia en la zona urbana, las personas presentan un mayor interés por mantener conductas preventivas frente a su salud bucal, específicamente en la solicitud de limpiezas, debido posiblemente a diversos condicionamientos sociales de estética, a la mayor accesibilidad y a la influencia de los medios de comunicación.

Contrario a esto, se observa que la población con menor nivel de escolaridad demanda menor consulta, hecho que se puede atribuir a diversos aspectos entre los cuales se destacan: la dificultad en el acceso del servicio, la oportunidad y la organización de los mismos para responder a las diferentes percepciones y representaciones tanto de la boca como de la enfermedad bucal que podrían tener las personas con estas características, y la credibilidad de la población frente a la profesión odontológica, pues se observa que el 86% de la población acude en primera instancia a la autoformulación antes de buscar la solución a través del profesional. Sin embargo, de acuerdo con los resultados obtenidos en el ENSAB III – 1999, se reflejó que el 95% de las

personas consultan al odontólogo y sólo el 5% restante al médico, la farmacia o a otras personas, hecho que no es identificado de la misma manera por los afiliados a Saludcoop E.P.S. ya que como se mencionó anteriormente, la primera instancia a la cual se acude es a la autoformulación.

En cuanto a la representación de salud bucal predominante se da en términos de prevención, estas aseveraciones pueden ser el resultado muy posiblemente de los mensajes repetitivos difundidos por los diferentes medios de comunicación, a través de la publicidad de las empresas comerciales, las cuales muestran modelos que generan influencia en los patrones de belleza y estética de la población modificando en muchos casos los patrones tradicionales.

Estos patrones hacen que la conservación de los dientes sea hoy un aspecto de gran importancia para la población. Sin embargo, se observa que no todas las personas consideran que la duración de los dientes naturales en boca sea para toda la vida, pues la mayoría acude a tratamientos como obturaciones o por procedimientos de rehabilitación (prótesis), aspecto que posiblemente contribuye a que sus actitudes y prácticas frente a la salud bucal o la prevención no sean las mas apropiadas; sin embargo para analizar este aspecto se debe tener en cuenta que el 64% de la población encuestada fue del sexo femenino siendo ésta una constante a nivel social y representada

también en investigaciones anteriores en las que se manifestaron las mismas tendencias.

En cuanto a las prácticas de salud bucal, la gran mayoría de la población ha interiorizado las limpiezas orales en la prevención de las enfermedades, sin embargo este mismo aspecto que es articulado con las charlas educativas, no se encuentra reflejado en una proporción adecuada entre los dos aspectos, lo que sin duda se puede atribuir en parte al incremento de mensajes y campañas educativas y publicitarias de los últimos años, donde los factores causales y la forma de combatirlos son frecuentemente mencionados a través del autocuidado y de los hábitos higiénicos saludables, permitiendo que se mejore el conocimiento frente a esto. Sin embargo, este conocimiento todavía no alcanza a afectar de manera suficiente los hábitos y menos aún la destreza de las personas. En referencia al reporte del III Estudio Nacional de Morbilidad Oral, es identificado de la misma manera, cuando la limpieza fue el motivo de consulta para un mayor porcentaje de personas, siendo a su vez mayor en la medida en que aumenta el nivel de escolaridad.

Es altamente positivo el que una gran proporción de personas comparta la idea de que debe visitarse al odontólogo no sólo para actividades curativas sino también con fines de revisión y control (actitud preventiva). Sin embargo, factores de accesibilidad tanto económica como de distancia pueden

interponerse a esta actitud saludable, como lo respaldan las cifras citadas en los resultados, las cuales indican que solamente una proporción muy pequeña de personas (56 usuarios) que tienen necesidad sentida de atención acceden a la consulta. Se nota con claridad que la actividad de control es la opción más solicitada por los usuarios ya que no sólo consultan inicialmente para control sino que también vuelven cuando se cite al siguiente, generando una intención de continuidad en el tratamiento pero que pocas veces llega a un término definitivo debido a que los usuarios tienen prioridad por las piezas dentarias más afectadas física o estéticamente, dejando de lado las que no manifiestan molestias; de igual manera se refleja la coincidencia de las repuestas con alto porcentaje del resultado anterior, con la causa de inasistencia por falta de tiempo considerándose éste como una constante que va en detrimento del acceso y continuidad del servicio. Aspecto este que se observó concordante con las estadísticas del nivel nacional (ENSAB III), donde el 29% de la población relata el motivo de la revisión o examen ha sido el más frecuente de la última consulta al odontólogo.

Las prácticas mencionadas por la población para enfrentar las patologías bucales coinciden en que las prácticas sociales tanto preventivas como curativas referidas por los pobladores tienen su origen en la falta de tiempo, criterios de necesidad y descuido. De otro lado, el hecho de que las patologías orales, salvo en contadas ocasiones, no se relacionan con muerte, puede ayudar a explicar el hecho de que muchas personas se automediquen y sólo

consulten al odontólogo cuando la enfermedad se torna incapacitante. Hecho este que se destaca de la misma manera a lo citado en el III Estudio Nacional de Morbilidad Oral, donde más de la mitad de los encuestados lo atribuyen a la falta de dinero, falta de tiempo, no consideran necesario consultar, el problema se resolvió solo o no tenían donde acudir.

Debe también tenerse en cuenta que durante el desarrollo de las encuestas el 12.8% de la población relató sentir temor a la consulta odontológica producida por variedad de causas, entre las que se mencionaron se atribuyeron a las experiencias previas como que "cuando eran niños y se portaban mal los asustaban con el odontólogo", "los amenazaban con sacarles muelas" y ven al odontólogo como el sacamuelas. De otro lado en los adultos se percibe el miedo ocasionado por la práctica, la que hasta hace algunos años se limitaba a mutilar (sacar las muelas) sin pensarse en la prevención o la curación.

Son frecuentes las expresiones relacionadas con el miedo ya sea a la aguja, al ruido de la fresa, o a malas experiencias por mala mano del profesional; el Odontólogo se clasifica como malo o bueno según se presente o no-dolor, inflamación y/o hemorragia después de un tratamiento.

Al indagar las preferencias que se tiene del sexo del odontólogo, con frecuencia se encontraron expresiones como: "no importa lo importante es que lo entiendan a uno", "porque a veces lo regañan mucho, claro! Cuando está

bien vestido lo tratan a uno mejor"., igual pasa con el cepillado: "No nos enseñan y después quieren que lo hagamos bien". Por todo esto sienten al profesional muy lejano. Es frecuente oír que el odontólogo escasamente les pregunta el nombre, pero después ni se acuerdan, ya lo que vale es el número del carné, lo que contrasta con el comportamiento del empírico; pero en general en lo que más se fijan o les importa es el trato del profesional. Vale la pena entonces, resaltar que teniendo en cuenta en su generalidad los aspectos relacionados con la atención de usuarios, para éstos no cobró importancia que los procedimientos fueran realizados por un profesional del sexo masculino o femenino. Y que además se logra establecer que en general las personas catalogan como malo un servicio donde los profesionales los regañan, o no le hablan, asustan al paciente y el horario es reducido.

En las expresiones, odontólogo-(a) se percibe como una persona que saca muelas y pone calzas. Así, ante tan limitada visión, cuando se presenta una enfermedad de la boca, distinta a la de una muela, ocasionalmente se le consulta al médico. Se consulta al Odontólogo por lo general cuando "el dolor es muy fuerte", cuando "la muela huele muy feo y suelta "pus".

Cuando deciden consultar al odontólogo tienen la posibilidad de acudir a diferentes instituciones, sin embargo las colas y la pérdida de tiempo hacen que tomen otras opciones de las cuales la más generalizada es la auto formulación (Droguería) "allí lo atienden a uno más rápido y le dan pastillas para quitar el dolor".

Manifiestan las personas que con frecuencia usan el esmalte para calmar el dolor de muela o la aspirina colocada en la lesión, frente a lo cual los pacientes nos dijeron que aprendieron esas técnicas "por la mamá, por los vecinos o por tradición"; "ellos no saben por qué lo hacen o cual es su acción", lo que nos permite ver en el caso de la aspirina, una autoformulación válida desde el punto de vista científico, sin una explicación real de su acción, esto es un ejemplo del uso de tecnología por semejanza: "si a la vecina le funcionó, a mí también". Científicamente se explica la acción de la práctica utilizada popularmente en forma local por penetración, (esmalte, betún, calza eléctrica, entre otras), generando necrosis del tejido pulpar y por esta razón se pierde su vitalidad y por ende cualquier tipo de sensación, es decir que si actúa sin ser un tratamiento ideal. Esta manifestación por parte de los usuarios de la E.P.S Saludcoop, no se refleja de la misma manera en los estudios nacionales (ENSAB III), donde las prácticas más frecuentes ante el dolor de muela o de un diente son la consulta al odontólogo (66%), principalmente entre la población con nivel educativo superior; el consumo de analgésicos (32%); los remedios caseros (16%), y en una menor proporción el uso de antibióticos (7%) (Autoformulación).

En cuanto a la actitud encontrada por parte de los odontólogos de la EPS, una vez socializados estos resultados con ellos y con el personal auxiliar involucrado, se observó que tienen sus propias maneras de representar e

interpretar los problemas, las angustias y las representaciones que expresa la comunidad respecto a su salud y su enfermedad, por lo cual en gran parte la información obtenida en las entrevistas con ellos, más que su propia representación respecto a este proceso, expresaron su interpretación de las representaciones de sus pacientes.

Como profesionales creen que el paciente está enfermo sólo cuando llega con absceso o con dolor de muela. Consideran una complicación cuando llega el paciente con inflamación que compromete el estado general de la persona.

Llama la atención que el Odontólogo es quien decide si el problema por el que consulta la persona, es, o no urgencia y dependiendo de esto lo atiende o no. El sentir y la angustia del paciente pareciera no importar. La prioridad la centran en el dolor o en la inflamación de la cara sin pensar en el impacto emocional que recibe el paciente.

Aunque algunos profesionales, le dan importancia al impacto social que pueda tener la falta de un diente, (no asistir a una entrevista, al trabajo, etc.); no es lo más frecuente.

Encontramos profesionales que consideran más urgente otras manifestaciones orales, sin detenerse en la angustia del paciente, evidenciando de esta forma, la visión unicausal desde lo biológico, que tienen de la enfermedad.

11. CONCLUSIONES

La población que más interactúa con los servicios en general se encuentra entre los 23 años y los 43 años, lo que nos indica que la frecuencia de consulta se presenta en adultos (211 personas encuestadas), que corresponde posiblemente a una preocupación mayor por parte de este grupo etareo que tienen como prioridad la salud bucal, parámetro que se ve disminuido en adolescentes los cuales parecen no requerir ningún servicio si este no está relacionado directamente con estética o dolor, y en los ancianos ya que por otras situaciones de salud más complicadas dejan de lado la salud oral.

Las personas adultas, especialmente los ancianos, hacen reconocimiento a los avances de la medicina y quisieran tener mayor acceso a ésta, en las instituciones privadas, pero la falta de plata y de tiempo les impide hacerlo.

La preocupación por la salud tanto propia como familiar corresponde a la mujer, ya que es la persona del grupo familiar que se encarga de todo lo que

conlleva el proceso de salud, como lo es conseguir la cita, cumplirla y la frecuencia del cepillado, entre otros.

La importancia de la pérdida de un diente está relacionada con el sexo y con la ocupación de la persona; esto se nota porque la consulta es mayor en mujeres que en hombres, y se encuentra más afín para los que tienen ocupaciones y oficios donde deben relacionarse con el público.

La zona de residencia esta básicamente relacionada con la accesibilidad al servicio, el tiempo que tienen que destinar para la consulta y las posibilidades de continuidad en los tratamientos; sin embargo para los que pertenecen al área rural no lo ven como un impedimento para no consultar, pero si lo toman como causa en la falta de continuidad de los procedimientos ocasionalmente iniciados.

La población encuestada aunque esta de acuerdo que la actividad más importante dentro del esquema de salud oral es la "Prevención" y que deberían estar mas pendientes del cuidado de su boca, contestan en un 38% que "NO" han consultado en los últimos seis meses, cantidad que se considera alta teniendo en cuenta que los controles odontológicos deberían realizarse cada seis (6) meses (dos veces al año), y además que tienen algunos privilegios que ofrece la afiliación a Saludcoop como poca distancia del servicio, bajos costos y programas de amplia cobertura.

El nivel de escolaridad influye abiertamente en la frecuencia de consulta y la importancia que se le da al control odontológico, de esta manera a mayor grado de escolaridad mayor interés por el cuidado y prevención oral.

Encontramos que hay una gran diferencia entre los procedimientos operativos que esperan los usuarios, con respecto a las actividades requeridas clínicamente y que los profesionales deben realizar en cumplimiento a los estándares de procesos y procedimientos establecidos en las guías de atención de salud oral, esto se debe a que se tiene un desconocimiento total sobre el estado de su salud oral, en este sentido la mayor expectativa al utilizar el servicio de odontología se basa en el deseo de una limpieza cuando en realidad técnicamente es requerido algún tipo de rehabilitación o tratamiento; la segunda diferencia encontrada es que aunque desean aspectos relacionados con la prevención, deciden esperar hasta tener procesos infecciosos más avanzados para consultar.

Se concluye que por sus ocupaciones y los horarios limitados de acceso al servicio, no cuentan con el tiempo suficiente para dedicarlo a la salud oral, igualmente se observa un descuido de ésta, dejándola en un segundo plano y dando prioridad a otras actividades generalmente laborales, lo que los hace acudir solamente cuando existe dolor o temor por un cambio en su apariencia o en su anatomía dental.

La auto formulación se constituye en una alternativa altamente importante como recurso para la no consulta, buscando alivios momentáneos al dolor o incomodidad que se pueda generar y no ha tratamientos definitivos para sus problemas dentales.

Igualmente, se observa que no hay una importancia representativa entre las preferencias por los profesionales hombres o mujeres, que quieren que los atiendan; pero la población en sus relatos si le da mas importancia a otros aspectos como la calidad humana del servicio y la comprensión entre otros aspectos definidos.

La poca posibilidad de realizar tratamientos completos genera que se aumenten las consultas por otros factores y no por control, de esta manera los usuarios acceden al servicio de manera urgente por dolor, estética y no por prevención como debería ser el ideal.

Hay un gran número de usuarios (19.3% de los encuestados) que consideran las prótesis como un método para mejorar su aspecto personal, pero no lo relacionan con el término "Rehabilitación" ya que solo el 0.6% de los encuestados lo considera como una actividad importante dentro del esquema de salud oral, esto se debe al desconocimiento de la parte teórica y falta de información suministrada por el profesional al respecto.

Las personas presentan un mayor interés por mantener conductas preventivas frente a su salud bucal, relacionándolo únicamente con la limpieza, debido posiblemente a diversos condicionamientos sociales de estética, a la mayor accesibilidad y a la influencia de información sobre las prioridades a que hace referencia la Ley 100 de 1993; contrastando con esto la parte de la promoción en salud como las charlas educativas las cuales no son consideradas importantes, esto nos indica que la población continúa teniendo una conducta operativa, es decir que se sienten satisfechos al realizarles actividades de tipo curativo.

12.RECOMENDACIONES

Implementar un programa masivo y permanente de promoción de la salud bucal y prevención de la caries y la enfermedad periodontal, en todos los grupos de edad, que consiga modificar favorablemente las conductas, actitudes y prácticas identificadas a través del presente estudio y que contribuyan a establecer una cultura favorable de la salud, a mantener al paciente sano desde su concepción, a garantizar al paciente controlado el mantenimiento de la salud bucal alcanzada y a establecer una adecuada utilización del servicio odontológico.

Con el ajuste descrito en la recomendación anterior sobre las actividades de promoción, prevención y asistencial se deberá establecer el perfil epidemiológico de las patologías bucales de Saludcoop EPS – Campoalegre, así como el de conocimientos y prácticas en salud bucal relacionados con los parámetros descritos en el presente estudio para así dar orientaciones prioritarias hacia los grupos de edad más afectados.

En el mismo orden de importancia es necesario promover, diseñar y desarrollar un plan de educación en salud bucal con estrategias de capacitación dentro del sistema obligatorio de garantía de calidad de la EPS, dirigido al recurso

humano profesional y auxiliar con la utilización de herramientas administrativas y epidemiológicas que permitan mejorar el servicio y a su vez modificar las conductas, actitudes y prácticas en lo referente al acercamiento de los usuarios con el profesional y de su atención como tal.

La institución debe poner en marcha un plan de acción sobre el monitoreo en forma permanente de los aspectos epidemiológicos, administrativos y gerenciales, con el fin de evaluar y replantear en caso de ser necesario, los servicios de salud bucal preventivos y asistenciales presentados, buscando con esto a su vez, mejorar la eficiencia del servicio y el perfil en salud bucal de los usuarios al establecer las medidas acordes con la realidad que permitan medir el impacto de las acciones de salud bucal desarrolladas.

Es primordial revisar y rediseñar el sistema de información en odontología que permita conocer y mantener actualizado el perfil en morbilidad bucal y ofrecer la información necesaria para el análisis de las actividades en salud bucal, así como el impacto de éstas dentro del sistema de salud a tal fin de poder realizar comparaciones con el sistema de información del municipio, departamento y con los estudios nacionales que se han desarrollado.

Así mismo, se hace necesario determinar las principales causas de consulta odontológica y los motivos por los cuales los usuarios no consultan en etapas

iniciales de la enfermedad o de manera preventiva para un control periódico, direccionando así, políticas que favorezcan la salud bucal y que faciliten la globalización del servicio odontológico por medio de acciones que permitan mejorar la cobertura de las estrategias de promoción de las patologías orales, complementando con estrategias de información, educación y comunicación en salud, relacionadas con la importancia de la salud bucal y los adecuados hábitos de higiene oral de acuerdo con los riesgos por grupos de edad.

Como último ítem se recomienda que los resultados del presente estudio se tengan presentes en el diseño de líneas de investigación que se adelanten en la entidad con el ánimo de contribuir al mejoramiento de las condiciones de sus afiliados.

ANEXO No 1

**ENCUESTA SOBRE LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO ODONTOLÓGICO EN
LA E.P.S. SALUDCOOP DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE 2001
(Noviembre y Diciembre).**

1. NOMBRE _____

2. EDAD _____

3. SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____

4. ESCOLARIDAD:

NINGUNA _____

PRIMARIA INCOMPLETA _____

PRIMARIA COMPLETA _____

SECUNDARIA INCOMPLETA _____

SECUNDARIA COMPLETA _____

UNIVERSITARIA _____ OTRO _____

5. ZONA DE RESIDENCIA: RURAL _____ URBANA _____

6. HA SIDO ATENDIDO EN ODONTOLOGÍA EN LOS ULTIMOS SEIS MESES: SI____ NO____
7. SI HA CONSULTADO, POR QUE CAUSA LO HIZO?: DOLOR____
CONTROL____ ESTETICA____ OCUPAR EL SERVICIO____
8. SI NO HA CONSULTADO, POR QUE CAUSAS NO LO HA HECHO?:
TEMOR____ COSTOS____ NO CONFIA____ DISTANCIA DEL
SERVICIO____ DESCUIDO____ NO HA NECESITADO____
FALTA DE TIEMPO____
9. CUANDO SOLICITA CONSULTA PREFERE: HOMBRE____
MUJER____ NO IMPORTA____
- 10.UTILIZA ALTERNATIVAS PARA NO CONSULTAR CON EL ODONTÓLOGO?: CONSULTA MEDICO____ CONSULTA
TEGUA____ SE AUTOFORMULA____ NINGUNA____
- 11.DESPUES DE CONSULTAR AL ODONTÓLOGO ¿CUÁNDO VUELVE?:
NO VUELVE____ AL CONTROL____ CUANDO DUELA____
CUANDO TENGA DINERO____ CUANDO TENGA TIEMPO____

12.QUE ACTIVIDAD CONSIDERA MAS IMPORTANTE?:

PREVENCIÓN____ TRATAMIENTO____ REHABILITACION____

13.CUANDO CONSULTA QUE ESPERA PRINCIPALMENTE QUE LE

HAGAN?: LIMPIEZA____ CHARLAS EDUCATIVAS____

OBTURACIONES (CALZAS)____ EXODONCIAS (EXTRAER)____

PRÓTESIS____ OTROS____

ANEXO No 2

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL POR CONSULTA EXTERNA DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA AÑO 2001

DIAGNOSTICO	< 1 AÑO	1 Y 4	5 Y 14	15 Y 44	45 Y 59	< 60 AÑOS	SIN INFORMA R	TOTAL	TASA X 1000 HAB.
CARIES DENTARIA	3886	551	3156	4169	764	262	1226	14014	14,9
GINGIVITIS AGUDA	966	91	527	659	184	73	71	2571	2,73
PULPITIS	147	35	269	1217	135	46	146	1995	2,12
OTRAS AFECCIONES: RAÍZ DENTAL RETENIDA	132	30	361	660	152	80	41	1456	1,55
GINGIVITIS CRÓNICA	442	45	259	284	45	18	79	1172	1,24
ABSCESO PERIAPICAL SIN FÍSTULA	48	42	282	523	65	44	42	1046	1,11
CELULITIS Y ABSCESOS	242	53	124	210	90	101	157	977	1,04
EXFOLIACIÓN DE LOS DIENTES DEBIDA A CAUSAS GENERALES	126	23	448	270	49	21	20	957	1,01
NECROSIS DE LA PULPA	208	15	55	278	77	36	19	688	0,73
PERÍODONTITIS CRÓNICA	14	6	34	174	69	44	14	355	0,37
RESTOS	493	248	410	667	203	133	327	2481	2,64

ANEXO No 3

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD ORAL POR CONSULTA EXTERNA MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE AÑO 2001

DIAGNOSTICO	ENTRE 1 Y 4	ENTRE 5 Y 14	ENTRE 15 Y 44	ENTRE 45 Y 59	MAYOR DE 60	TOTAL	TASA X 1.000 HAB
Absceso periapical	7	129	194	42	27	399	13.5
Caries Dentaria	7	81	83	7	5	183	6.1
Celulitis y Abscesos	1	1	4	1	2	9	0.3
Anomalías de posición de dientes		3	4			7	0.2
Gingivitis Aguda	3	2	2			7	0.2
Periodontitis Apical		2	4		1	7	0.2
Absceso Periodontal			1	3	2	6	0.2
Trastornos de desarrollo y erupción		2	2			4	0.1
Pérdida de Dientes		3	1			4	0.1
Alveolitis Maxilar		1	2	1		4	0.1
Restos	3	4	3	3	3	16	0.5

BIBLIOGRAFÍA

ARCHIVOS ESTADÍSTICOS SALUDCOOP E.P.S. Servicio de Odontología, Seccional Campoalegre. Neiva. Huila. 2001.

ARCHIVOS ESTADÍSTICOS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTO DEL HUILA; División Desarrollo de la Salud y Planeación. Neiva. Huila. 2003.

CORPORACIÓN AUTONOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA. Agenda Ambiental. Neiva. Huila. 1998

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA; Protocolos de Diagnostico y Tratamiento Odontológicos. Medellín. Antioquia. 1997

FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA COLOMBIANA. Revista de Salud Bucal. Bogotá, Colombia. 1998.

GRUPO DE MEJORAMIENTO DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Perfil de Evaluación del Desarrollo Empresarial de

las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Dirección seccional de salud. Antioquia. 1997.

INSTITUTO GEOGRAFICO AGUSTÍN CODAZZI, Huila características Geográficas. Santa fe de Bogota, Colombia. 1995

LEY 100 DE 1993. Bogotá. Colombia. 1995.

LUIS FERNANDO PALACIO; Manual de Legislación en Salud y Seguridad Social. Medellín. Colombia. 1997.

MINISTERIO DE SALUD. Estudio Nacional de Salud. Bogotá, Colombia. 1977 – 1980.

MINISTERIO DE SALUD; III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III). Bogotá. Colombia. 1999.

MINISTERIO DE SALUD. Plan Nacional de Salud Bucal. Bogotá, Colombia. 1996.

PANAMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH. Revista Panamericana de Salud Pública. Volumen 10, No 2. Agosto de 2001.

SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD; Manual de Calidad.
Bogota. Colombia. 2000

[www. Encolombia.com/f.odontológica.htm](http://www.Encolombia.com/f.odontológica.htm)

[www. Minsalud.gov.co](http://www.Minsalud.gov.co)