



**Universidad Nacional de Córdoba**  
**Facultad de Ciencias Médicas**



---

## Maestría en Gerencia y Administración de Servicios de Salud

---

Determinantes de la demanda por atención en la  
clínica odontológica de un hospital pediátrico de  
alta complejidad

**Autor:** Odontóloga Lucía Estela Petinari

**Directora:** Magister Esther Sánchez Dagum

---

Córdoba - 2017

## **TRIBUNAL DE TESIS**

- Dra. María Cristina Cometo
- Mgter María N. Borsotti
- Mgter Nuri Gaspio

## **DEDICATORIA**

A los niños que se atienden en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, con la ilusión que la atención sea cada día mejor para ellos.

## AGRADECIMENTOS

- A **Dios**, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.
- A mi **esposo**, porque con su apoyo, paciencia y estímulo constante, me ayudó a lograr lo que hasta hoy había considerado imposible.
- A mi **madre**, por apoyarme en todo momento, con su afecto incondicional.
- A mis **familiares**, porque me incentivaron para seguir aún con dificultades.
- A la **Directora de esta tesis**, por su valiosa guía y asesoramiento en la realización y en la concreción de este logro.
- A la **Dirección del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad**, por la generosidad de brindarme la oportunidad de investigar en esa institución, que también es mi casa.
- Gracias a **todas las personas que me ayudaron** directa e indirectamente a cumplir el sueño de este peldaño académico.

**Art.23.- Ord. Rectoral 3/77** *“La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor”.*

## ÍNDICE

Resumen .....	3
Abstract .....	5
Introducción .....	7
Utilización de los servicios.....	9
Sistema público provincial.....	12
Niveles de atención.....	12
Segundo nivel .....	14
Tercer nivel.....	14
El papel de las instituciones científicas sanitarias .....	16
Reseña histórica.....	17
Misión institucional.....	18
Visión Institucional.....	18
Criterios básicos de funcionamiento.....	19
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos.....	21
Material y método.....	22
Definición de variables.....	23
Análisis de datos.....	24
Hallazgos.....	24
1. Principales resultados por patologías crónicas.....	25
1.1 Pacientes celíacos.....	25
1.1.3 Motivo de consulta.....	26
1.1.4 Lugar de residencia.....	26
1.2 Pacientes con patologías renales.....	27
1.2.3 Motivo de consulta.....	28
1.2.4 Lugar de residencia.....	28

1.3 Pacientes diabéticos.....	29
1.3.3 Motivo de consulta.....	30
1.4 Pacientes con epilepsia.....	31
1.4.3 Motivo de consulta.....	32
1.5 Pacientes cardíacos.....	33
1.5.3 Motivo de consulta.....	34
1.6 Pacientes oncológicos.....	35
1.6.3 Motivo de consulta.....	36
1.7 Pacientes con otras patologías neurológicas .....	37
1.7.3 Motivo de consulta.....	38
1.8 Pacientes con síndrome de Down.....	39
1.8.3 Motivo de consulta.....	40
1.9 Pacientes hemofílicos.....	41
1.9.3 Motivo de consulta.....	42
1.10 Pacientes con alteraciones endocrinas.....	43
1.10.3 Motivo de consulta.....	44
2. Resultado total de las patologías analizadas.....	45
2.1 Niños.....	45
2.1.1 Según sexo.....	45
2.1.2 Edad.....	45
2.1.3 Motivo de consulta odontológica.....	46
2.1.4 Lugar de residencia.....	47
2.1.5 Distribución de pacientes según patologías de origen..	48
Discusión.....	49
Conclusiones.....	54
Índice de Gráficos.....	59
Bibliografía.....	62

## RESUMEN

Como objetivo general de este trabajo, nos propusimos conocer los determinantes sociales de la demanda ambulatoria de la atención en salud bucal en pacientes niños en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, de Córdoba, República Argentina, así como el papel del Odontólogo ante esta demanda. Trabajamos en un estudio exploratorio, descriptivo, retrospectivo enmarcado en registro del año 2012 de pacientes pediátricos que han concurrido al Servicio de Odontología del mencionado hospital. Consideramos únicamente a pacientes con enfermedades preexistentes crónicas ambulatorias o internados bajo tratamiento que hubieran sido atendidos en el servicio.

Como instrumento de recolección de datos, se trabajó con fuentes secundarias de datos la historia clínica odontológica: edad, sexo, lugar de residencia, motivo principal por el que los pacientes habían concurrido al servicio.

Dentro de las variables, analizamos los principales motivos de demanda de atención odontológica de un Hospital de tercer nivel. En segundo lugar, determinamos las variables propias de los usuarios que representaban sus características demográficas en términos de la distribución por edad, sexo y lugar de procedencia. También establecimos las características de la demanda y su capacidad de respuesta.

Como resultados, podemos concluir en que las 232 historias analizadas revelaron un predominio del sexo masculino (59%) sobre los de sexo femenino (41%). Con respecto a las edades de los pacientes, vemos que el grupo etario atendido con mayor frecuencia fue el de 6 a 10 años; en segundo lugar, los de 11 a 13 años y mucho menos, los de 0 a 5 años. El motivo principal de



consulta fueron las caries (83%), en segundo lugar, los pacientes concurren a este servicio por infección (24%) y, por control, solo el (4%). En cuanto del lugar de residencia, la mayoría residía en Córdoba Capital; en segundo lugar, provenían del interior provincial, y, en menor proporción, de otras provincias. Por otra parte, ante esta afluencia de pacientes y sus demandas, el papel del Odontólogo es fundamental en la prevención de problemas bucales en los pacientes de riesgo médico, así como el tratamiento odontológico de esta población, lo que contribuye a una mejor calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: hospital de tercer nivel, salud bucal, demanda de servicios, perfil de pacientes.

## **ABSTRACT**

The purpose of this study is to acknowledge the social determinants of ambulatory demand for oral health care in child patients at Hospital de Niños de la Santísima Trinidad of Córdoba, Argentinian Republic, as well as the role of dentists before this demand. We worked in an exploratory, descriptive and retrospective study based on the 2012's record of pediatric patients that attended the Dental Care Service of the previously mentioned hospital. We only considered outpatients with pre-existing, chronic illnesses or inpatients undergoing treatment that had been attended in the Service.

As a tool to gather information, we worked with secondary data sources the dental history: age, sex, place of residence, main reason why patients had attended the Service.

Within these variables, we first analyzed the main causes of dental care demand in a tertiary level hospital. Secondly, we determined the variables representing the demographic characteristics of the users in terms of the distribution relating to age, sex and place of origin. We also founded the characteristics of the demand and its ability to respond.

As a result, we conclude that the 232 dental histories analyzed showed a predominance of male patients (59%) over females (49%). Concerning the age of the patients, we can see that the 6 to 10 age group was the most frequent; in the second place, were those in the 11 to 13 and, in the last place, were patients in the 0 to 5 group. The main reason for consultation was caries (83%), the second was

infection (24%), and the last reason was check-ups (4%). As regards the place of residence, most patients lived in Córdoba city; secondly, were those from the province and, to a lesser extent, from other provinces.

We could also conclude that, before the attendance of patients and their needs, the role of dentists is essential to prevent mouth problems in patients with medical risk, as well as dental treatment for this population, which contributes to a better quality of life of patients.

*Keywords:* tertiary level hospital, oral health, demand of services, patients' profile

## INTRODUCCIÓN

Los profesionales y agentes integrantes de un equipo de salud que participan de la atención de los hospitales públicos están impulsados por una vocación solidaria hacia la comunidad. Esto es así porque el profesional de la salud en las diferentes instituciones y, especialmente, en un hospital, actúa como oferente y demandante del servicio. Se trata, por lo tanto, de una figura clave en el proceso de gestión y, la vez, es el mejor garante de que las decisiones de mejoras de la eficiencia se tomarán sin detrimento de la calidad en la atención de los usuarios. (1)

Como consecuencia de la crisis económica, la interrupción de la cadena de financiación, la quiebra o insolvencia de muchas obras sociales, la pérdida de ingresos económicos de la población por el alto índice de desempleo, el empobrecimiento de la clase media y otros factores, hay un notable aumento de la afluencia de pacientes a los establecimientos públicos, se traduce en una súbita y enorme demanda de servicios hospitalarios, es decir, una sobredemanda por patologías prevalentes (2)

Por otro lado, el cambio de roles de los padres por la situación económica, en la que ambos deben trabajar, nos lleva a un cambio de hábitos y estilo de vida y actúa como un factor de riesgo para la salud general y bucal, en particular.

Visto que la Organización Mundial de Salud (OMS) reconoce que la pobreza y desigualdades sociales juegan un papel fundamental en la presencia de enfermedades y en la posibilidad de recibir tratamiento. Podemos decir que la marginalidad, las poblaciones con necesidades básicas insatisfechas y los grupos

carentes de coberturas permiten identificar adecuadamente los grupos en mayor riesgo social y vincularlos con conocimientos epidemiológicos acumulados para una mejor orientación de las acciones en el campo sanitario social.

Hay que destacar que los niños representan el grupo de población vulnerable en el que las condiciones económicas, culturales y ambientales son determinantes de su situación en salud. En la población infantil, la incidencia de caries es significativa y, por ende, constituye un grupo especialmente expuesto sobre el que es necesario ejercer acciones de prevención. (3)

En la Argentina, el sistema público de servicios de salud está prácticamente en manos de los gobiernos provinciales por un proceso de descentralización iniciado en la segunda mitad del siglo XX inspirado en los principios de la centralización normativa y la descentralización ejecutiva que propicia el gobierno nacional.(4)

### **Utilización de los servicios**

En lo que concierne a la planificación y definición de políticas, éstas requieren información sobre servicios de salud y otros aspectos de la población que acude a los servicios. Es evidente que, para que cualquier sistema de atención odontológica pueda mostrar su capacidad de atender las necesidades de la población, es necesario que los servicios sean utilizados por ese grupo humano. Los factores que determinan esta utilización varían según los distintos sistemas y están en función de las necesidades percibidas por los pacientes y el acceso a los servicios odontológicos, lo cual se traducirá en la demanda efectiva de tratamiento que producirá, a su vez, la utilización de los servicios.(2) (5)

Ahora bien, ¿Qué se entiende por demanda? La demanda de tratamiento dental es la expresión del deseo del paciente o del público de recibir tratamiento odontológico de acuerdo con sus necesidades percibidas. Esta demanda puede ser sólo potencial si existe el deseo de recibir tratamiento, pero éste no se satisface por problemas que puedan ser de acceso a los servicios odontológicos o de aceptabilidad de los servicios. (5)(6)(7)

Diversos estudios han tratado de determinar qué factores influyen en la utilización de los servicios dentales:

1- Las mujeres utilizan los servicios más que los hombres, aunque esta diferencia es progresivamente menor en los países industrializados con amplia disponibilidad de servicios. En Brasil, Costa, J. & Facchini, L. (1997) (8) encontraron que las mujeres utilizaban más los servicios de salud. Además, el uso es mayor en la edad fértil, como muestran los trabajos de Bucket. D. & Curtis, S. (1986) (9) y de Beland. F. (1988) (10), lo que sugiere una mayor utilización por motivos ginecológicos.

2- En relación con la edad, la utilización tiende a disminuir a mayor edad, pero se ha visto que, si se considera la población dentada, esta utilización no disminuye, sino que se mantiene estable durante la vida adulta de los individuos que conservan sus dientes. Los grupos extremos (niños y ancianos) utilizan más los servicios que los otros grupos de edad. Esto fue demostrado por distintos estudios realizados en EEUU, por Anderson, R. & Aday, L. (1978), (11) en España, por Alberts, J (1997), (12) y en Brasil por Cesar, C. & Tanaca, O. (1996), (13).

3- La población de nivel socioeconómico elevado utiliza más los servicios, incluso en aquellos sistemas que han eliminado la barrera del costo del tratamiento. Al parecer, la utilización está asociada al nivel de educación que suele coincidir con el nivel socioeconómico. Estas diferencias son mucho menores entre los niños de los países que cuentan con servicios odontológicos estructurados para la población infantil. Sin embargo, Balarajans, R. Yuen, P. & Macchin, D. (1987), (14) en Inglaterra, Roos, N. & Shapiro, E. (1981), (15) en Canadá, y Nolan, B. (1994), (16), en Irlanda, mostraron que la clase más pobre se asoció significativamente con la posibilidad de consultar e internar.

4- La utilización de servicios suele ser inferior en las zonas rurales, lo cual se atribuye a la menor disponibilidad de servicios. Esta diferencia no se observa en los países industrializados, posiblemente porque la disponibilidad de profesionales es suficiente, incluso en áreas rurales. La distancia entre la casa y el servicio de salud es un factor frecuentemente estudiado por su importancia en el contexto

del acceso. Sin embargo, Andersen, A. & Laake, P. (1983), (17) y, Fylkesnes, K. (1993), (18) no encontraron un efecto significativo.

5- La necesidad de tratamiento dental percibida por el paciente es uno de los mayores determinantes de la utilización de los servicios. Al estudiar el uso por parte de los diferentes grupos sociales por nivel de necesidad, pueden surgir diferencias que podrían, de otro modo, pasar inadvertidas. Es lo que muestran los trabajos de Kleinman, J. , Gold, M., Makuc, D. (1981), (19) y de Newacheck, P. (1988) (20). Cuando estudiaban la utilización sin separar por grupo de necesidad, no existían diferencias entre los grupos sociales. Pero cuando estudiaban el grupo con mayor necesidad en salud, las personas de las clases sociales más bajas, consultaban en menor proporción que las personas de la clase alta, manifestando así la existencia de inequidad.

La satisfacción del usuario es una característica que puede determinar la utilización: así, por ejemplo, si la persona ya utilizó los servicios de salud sabremos cómo ella puede estar determinada por la utilización, o si es la primera vez que lo utiliza, traerá por lo tanto, una relación de casualidad reversa entre ellas. (21)(22)

Cabe observar que la influencia de los sistemas de asistencia odontológica en la cobertura de necesidades de tratamiento y la salud oral está en relación directa con la calidad y cantidad de la asistencia odontológica a su alcance, y en relación inversa al costo directo para el usuario.

Evaluaciones realizadas en la década de 1990 identifican la fuerza de trabajo en salud bucal y plantean ajustes en la formación y



estructuras de los servicios (Hutchinson y col. 2000) (Poolcharon 2002, Salem 2002).

Durante años, las políticas se han centrado en los niños, hecho que no se tradujo en una población adulta con excelente salud bucal. Esta evidencia, surgida de las evaluaciones mencionadas, hace suponer que la atención regular y las restauraciones que se realizaron en programas no resultaron suficientes para alcanzar este objetivo. Además, se requiere introducir programas con fuerte componente preventivo y promoción de salud bucal (Arolnjot col 1985) (Hochettes y col 2007). Muchas de estas evidencias no han sido totalmente reconocidas por las organizaciones de salud bucal y todavía prevalece el abordaje curativo y altamente tecnificado. (3)

### **Sistema público provincial**

Los sistemas públicos están constituidos por establecimientos de distintas complejidades, ordenados, en general, con criterios de regionalización con una distribución territorial que brinda una cobertura extendida. Los establecimientos que están ubicados en las ciudades capitales son, generalmente, de alta complejidad y sirven como referencia a hospitales zonales, rurales y a centros de salud de atención primaria.

#### **Niveles de atención**

El concepto de niveles de atención implica el reconocimiento de elementos claramente diferenciados: por una parte, el de necesidad de atención en relación con las personas, los grupos comunitarios y sus condiciones de salud; por la otra, el de menor o mayor complejidad del contenido tecnológico de la respuesta diseñada para satisfacer esa necesidad.(23)

El procedimiento común de determinación de los niveles de atención consiste en la identificación de los problemas de salud sobre la base del análisis epidemiológico y la delimitación de las funciones de atención según categorías.

Así, entonces, podemos determinar tres niveles con sus características pertinentes:

El **primer nivel** de atención comprende las acciones básicas del sistema y constituye el puente de contacto con la comunidad; es la puerta de entrada al sistema institucionalizado. En este nivel, se considera importante la participación de la familia, de médicos responsables populares de salud y organizaciones comunitarias en actividades de promoción, prevención y control.

Los establecimientos asociados a este nivel de atención son el centro de salud y el puesto de salud.

### **1 - Centro de salud**

Es el establecimiento de salud integrante de la red de servicios, caracterizado por la presencia de un auxiliar de enfermería y el equipo de salud (Médico clínico, pediatra, psicólogo, asistente social, ginecólogo, odontólogo, etc.)

Coordina, supervisa, asesora y evalúa las actividades de los puestos de salud.

### **2- Puestos de salud**

Éstos se caracterizan por la presencia de un auxiliar de enfermería, un agente sanitario y las visitas programadas de un médico. Generalmente, están ubicados en parajes aislados.

El segundo y el tercer nivel corresponden a servicios especializados de complejidad tecnológica mayor, que actúan, casi

siempre, sobre la base de referencia de individuos y situaciones de salud generadas en el primer nivel.

### **Segundo nivel**

La modalidad de atención corresponde a la consulta ambulatoria de mayor complejidad y a la internación hospitalaria en las distintas especialidades (Pediatría, Gineco-obstetricia, Cirugía general y Medicina Interna). Está asociado al hospital básico de apoyo.

### **Tercer nivel**

Se caracteriza por su alta complejidad. Está destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutive de los niveles precedentes y debe actuar como centro de referencia, no sólo para la derivación de pacientes desde su propia área de influencia, sino que con frecuencia tiene carácter regional, subregional o nacional.

A este nivel, le corresponde realizar, tanto acciones de tipo ambulatorio, como de atención cerrada en sus diversos servicios de hospitalización. Sus recursos humanos son los de más alta especialización y los elementos de apoyo clínico, diagnóstico y terapéutico son los de mayor complejidad técnica.

Los establecimientos asociados a este nivel son el hospital general e institutos especializados. El hospital general basa su capacidad resolutive fundamentalmente en la atención hospitalaria de alta complejidad de todas las especialidades.

Berrechea y Col. definen la complejidad del hospital como “el número de tareas diferenciadas que integran la actividad global de

un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por las mismas”

El Dr. Castillo dice: “El hospital, que constituye el centro tradicional de la labor médica, no habrá de desaparecer nunca, por cuanto el hombre se verá acometido siempre por las influencias que gravitan sobre su vida y su salud, proveniente de sí mismo o del medio ambiente, biológico o social”(24)

La OMS define al hospital y precisa sus funciones en los siguientes términos: “Es un elemento de una organización de carácter médico y social, cuya función consiste en asegurar a la población una asistencia médica completa, curativa y preventiva y cuyos servicios irradian hasta la célula familiar, considerada en su propio contexto. Es también, un centro de enseñanza médica y de investigaciones biosociales”.

El Dr. Daniel Gollán, ex Viceministro de Salud de la Nación dice: “La salud no es solo lo que hacemos los profesionales o el sistema de salud, sino un proceso mucho más complejo que incluye el bienestar en sentido amplio” (25) Además, el Dr. Gollán expresa que hablar de salud es incluir la calidad de vida, la educación, la cultura, el agua potable, las cloacas, o sea, lo que se llaman ‘los determinantes de la salud’ que muchas veces impactan mucho más en los indicadores de salud de lo que puede hacer en sí mismo el sistema sanitario. Sin embargo, cuando se le pregunta a la gente qué es la salud, la mayoría responde que es recibir buena atención ante una enfermedad, a pesar de eso es la enfermedad... La salud, en cambio, es lo que hace a la calidad de vida de una persona y a su capacidad para enfrentar la cotidianidad del ciclo vital de la mejor manera posible”.

### **El papel de las instituciones científicas sanitarias**

El mundo del nuevo siglo es interdisciplinario por excelencia, debido a que es imposible abordar seriamente y en profundidad cualquier conflicto o problema de manera solitaria, dejando de lado el saber compartido y la comprensión totalizadora, tal como se gestiona actualmente al abordar un problema. La interacción entre los profesionales de la salud es un punto que ya no admite discusión y que debe imperiosamente ser incorporada como una práctica normal entre todos los profesionales que ejercen estas disciplinas. Esta práctica mejorará, indudablemente, la salud y calidad de vida del paciente. (26)

Existe una relación directa entre complejidad, vulnerabilidad y los requerimientos energéticos que se necesitan para mantener todas las conexiones de las estructuras. (16). Éstas se mantienen basadas en el flujo continuo de energía a través del sistema y a medida que se van haciendo más complejas.

La colaboración odontoestomatológica es invaluable en el control y en el manejo de un grupo importante de padecimientos sistémicos, y puede llegar a tener una influencia remarcable en el pronóstico de la enfermedad. La participación del odontólogo en los grupos de trabajo médico es indispensable para conformar impresiones diagnósticas y diseñar estrategias terapéuticas para lesiones y manifestaciones locales relacionadas con enfermedades sistémicas. (27)

En síntesis, en pleno siglo XXI, es indispensable la interdisciplina, la sinergia comunitaria y el afán colaborativo de instituciones, de profesionales y de políticas de salud para la consecución de mejores índices de atención en la clínica odontológica.

## **Hospital de Niños de la Santísima Trinidad**

### **Reseña histórica**

Este hospital constituye un hito fundamental en el desarrollo de la Pediatría de Córdoba, pues fue uno de los primeros hospitales para niños del interior del país. (28) Nació por iniciativa del entonces Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Profesor José Antonio Ortiz y Herrera, quien hizo llegar su sugerencia a la Presidenta de la Sociedad de Beneficencia de Córdoba, Doña Paulina López de Soria. El proyecto recibió la aprobación de la Comisión Directiva de la Sociedad y el Gobierno Provincial cedió presupuesto para este fin.

Fue mérito de la sociedad cordobesa y de distinguidos maestros que la apoyaron incondicionalmente la realización de esta obra. El hospital se destacó por su tarea asistencial y docente. Uno de los fundadores y primer director del hospital fue el Dr. Gerónimo del Barco, profesor de Pediatría y político. El 20 de mayo de 1894 se inauguró el Hospital de Niños, tenía veinte camas y era fundamentalmente quirúrgico. Entre el año 1914 y 1915, se inauguró el Pabellón de cirugía, se habilitó también el Pabellón de enfermedades infecciosas, la farmacia y el consultorio odontológico. (28)

El hospital creció con el ritmo de los medios de la época y alcanzó gran prestigio en el ámbito nacional y fue reconocido como centro de referencia de una amplia zona del país, en particular, de las provincias del Noroeste y de Cuyo.

La odontología comenzó a practicarse en el Hospital hacia 1914 en un consultorio anexo al Servicio de ORL. En 1919, se hizo cargo de este consultorio el Dr. Luis Torres, pero en diciembre dejó de funcionar. En 1928, se reabrió, dirigido por la Sra. Hortensia

Echegaray, pero volvió a cerrarse en 1931. En 1935, con la colaboración del Círculo Odontológico, se reabrió y se nombró al Dr. Domingo Puga. Allí se realizaba Odontopediatría y Ortodoncia.

### **Hospital de tercer nivel**

El Hospital de Niños de la Santísima Trinidad es de tercer nivel de atención para la red provincial y referente para la región. Atiende la demanda espontánea y programada en un sistema regionalizado para una vasta zona del centro, oeste y noroeste del país y países vecinos. Ha sido planteado como un centro asistencial pediátrico de tercer nivel de complejidad incluida la transplantología y neurocirugía de avanzada tecnología.

### **Misión institucional**

Este hospital está conformado por recursos humanos y tecnológicos necesarios para desarrollar su actividad asistencial de alta complejidad. En función de ello, es necesario contar con una actualización permanente de dichos recursos, acorde con la demanda creciente que se observa en los últimos tiempos. Esto obligará a generar una dinámica especial innovadora en la atención de pacientes, tanto internados como ambulatorios, y exigirá una mejor gestión y una utilización de los recursos, que conlleven el motor del cambio asistencial eficiente y eficaz.

### **Visión institucional**

Este hospital tiene el más alto nivel de complejidad de la Provincia de Córdoba y del centro del país. A fin de la mejor utilización de los recursos, debe organizar programas que regulan la

demanda para lograr a una distribución racional y escalonada de la demanda de pacientes con patologías de menor complejidad.

### **Criterios básicos de funcionamiento**

El Hospital de Niños de la Santísima Trinidad tiene tres niveles de consulta: las generales, que incluyen las clínicas básicas y odontología; las especialidades asociadas en general a demanda de diagnóstico de mayor complejidad y las de guardia o emergencia, que tienen características claramente diferenciadas.

El hospital tiene una gran dependencia de la evolución tecnológica para ofrecer servicios eficientes y de calidad. La rápida evolución de las técnicas de diagnóstico y de tratamiento está íntimamente relacionada con el aprendizaje y el desarrollo del equipo tecnológico.

El Servicio de Odontología Pediátrica del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad posee recursos humanos y tecnológicos adecuados para desarrollar la actividad asistencial en las distintas especialidades odontológicas consta de ocho profesionales odontólogas, una asistente dental y una enfermera, distribuidas en dos turnos para atención (de 7:00 a 20:00).

El equipamiento es de última tecnología y el hospital está preparado para todo tipo de prestaciones, inclusive las más complejas, y trabaja en articulación con todos los servicios. El servicio está en constante crecimiento, tanto por la cantidad de pacientes asistidos como por el mejoramiento en las atenciones brindadas.

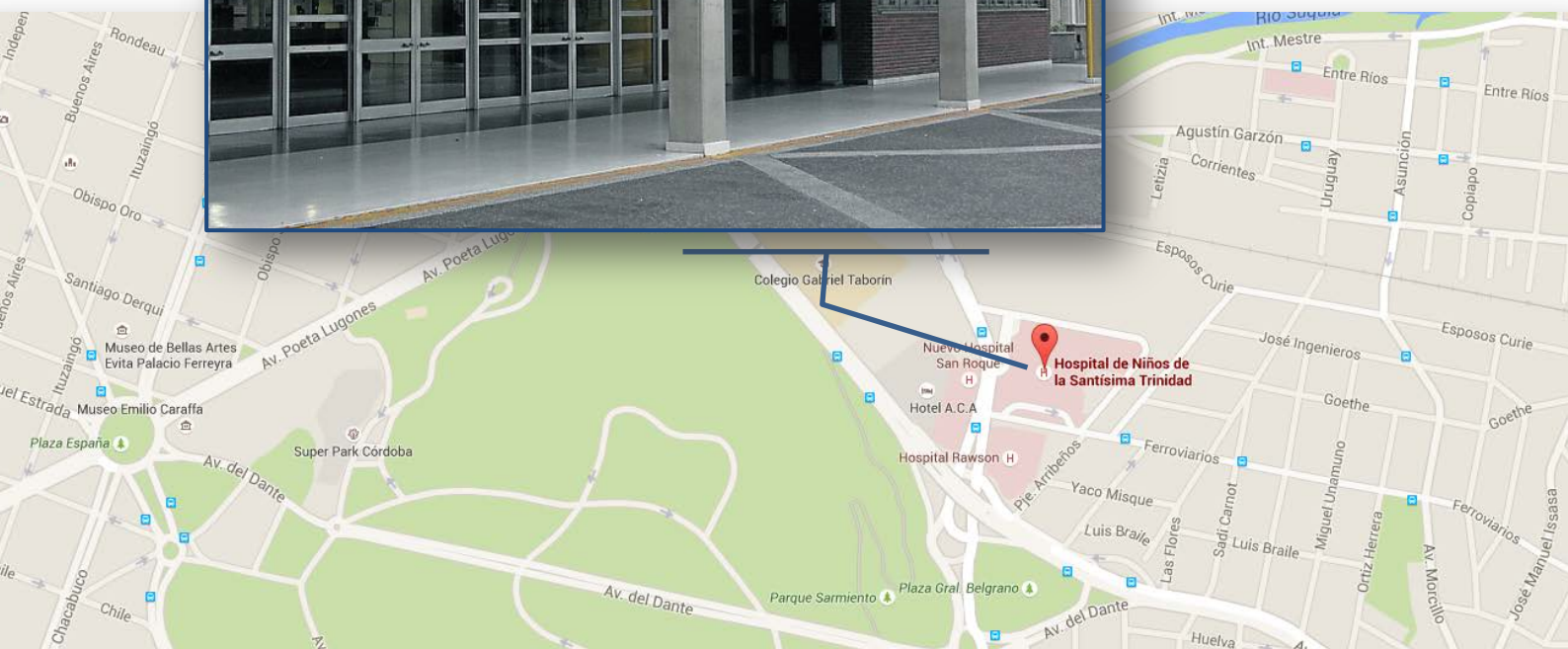
Se otorgan, en promedio, mil turnos por mes, producto de la derivación espontánea. Además, se realizan la interconsultas de los



## Determinantes de la demanda por atención en la clínica odontológica de un hospital pediátrico de alta complejidad

---

pacientes internados y de las derivaciones de las distintas especialidades.



Localización espacial del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad en la Ciudad de Córdoba

## **OBJETIVO GENERAL**

Conocer los determinantes sociales de la demanda ambulatoria de la atención en salud bucal en pacientes niños en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**1-** Analizar los principales motivos de atención odontológica en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

**2-** Determinar el perfil del usuario en las variables de sexo, edad, lugar de residencia y patologías que presenta.

**3-** Establecer las características de la demanda.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo, retrospectivo, enmarcado en el registro del año 2012 de pacientes pediátricos que han concurrido al Servicio de Odontología del Hospital de Niños correspondiente al tercer nivel de atención.

La población de estudio está constituida por una muestra estadísticamente significativa de niños entre 0 y 13 años de distinto sexo. Se analizaron historias clínicas asistidas en el Servicio de Odontología en un hospital de tercer nivel de complejidad de la Ciudad de Córdoba.

La información obtenida de fuentes secundarias se complementó con otra obtenida de forma directa o de un instrumento especialmente diseñado. No se tuvieron en cuenta pacientes sanos o de control que asistan al servicio. Se consideraron únicamente pacientes con enfermedades preexistentes crónicas ambulatorias o internados bajo tratamiento que fueron asistidos por el servicio de odontología.

Se diseñó un instrumento de recolección de datos ad-hoc.

### Instrumento de recolección de datos

Se trabajó con fuentes secundarias de datos: historia clínica odontológica (edad, sexo, lugar de procedencia, motivo principal por el que concurre al servicio) de donde se extrajeron los datos consignados.

### Definición de variables

Para el primer objetivo: “Analizar los principales motivos de demanda de atención odontológica en un hospital de tercer nivel”, se determinó como variable el motivo de la consulta.

Horning y Massagli, plantean que los pacientes tienen dos objetivos cuando buscan atención odontológica: el primero es obtener un buen diagnóstico y un apropiado tratamiento. El segundo es tener confianza en el dentista, respeto al manejo del miedo y la ansiedad que, tanto el padecimiento como el tratamiento dental implican. Casi nunca, dicen estos autores, el paciente tiene la capacidad de valorar objetivamente la competencia técnica del odontólogo, por lo que se enfoca más en valorar la relación humana con el profesional.

En el segundo objetivo, se planteó estudiar los aspectos sociodemográficos; se estudió cantidad, distribución, edad y sexo de los pacientes que concurren a la consulta. Se valoraron las variables (variables independientes) propias de los usuarios, que representan sus características demográficas en términos de la distribución por edad, sexo y lugar de procedencia.

En cuanto al tercer objetivo “Establecer las características de la demanda, se entiende por “demanda” la percepción de una necesidad de atención de salud para ayudar a prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud.

Ahora bien, la jerarquización aumenta la demanda de servicios salud. Los cuidados médicos sólo brindan satisfacción ante una enfermedad, es decir, ante una desviación del estado normal de una persona. El consumidor (el paciente) tiene dificultades para evaluar el servicio recibido, por eso, se establece una relación de confianza entre el paciente y el odontólogo.

Por otra parte, el profesional odontólogo cumple un doble rol: por un lado, actúa en interés del paciente y por otro, en función de su propio interés como un oferente del servicio. Por ello, puede inducir la demanda y el paciente acudirá al odontólogo tantas veces como éste lo solicite. Se analizaron las variables relacionadas con la capacidad instalada de recursos humanos especializados, recurso físico en número de sillones odontológicos y recurso tecnológico trazador en cada unidad productiva, así como la tasa de consultas por localidad obtenida del análisis de usuarios para determinar la suficiencia de la red.

#### Análisis de datos

En función de cumplimentar con los objetivos de la investigación, se hizo un análisis descriptivo de los datos recabados en las historia clínicas y fichas odontológicas estableciendo porcentajes, medidas de tendencia central de las variables relacionadas con factores epidemiológicos y demográficos y análisis univariado y bivariado.

#### **Hallazgos**

El análisis de los datos obtenidos a partir del instrumento de recolección y el análisis de historias clínicas nos permiten describir los siguientes hallazgos:

## 1-Principales resultados por patologías crónicas

### 1.1 Pacientes celíacos

#### 1.1.1 Sexo

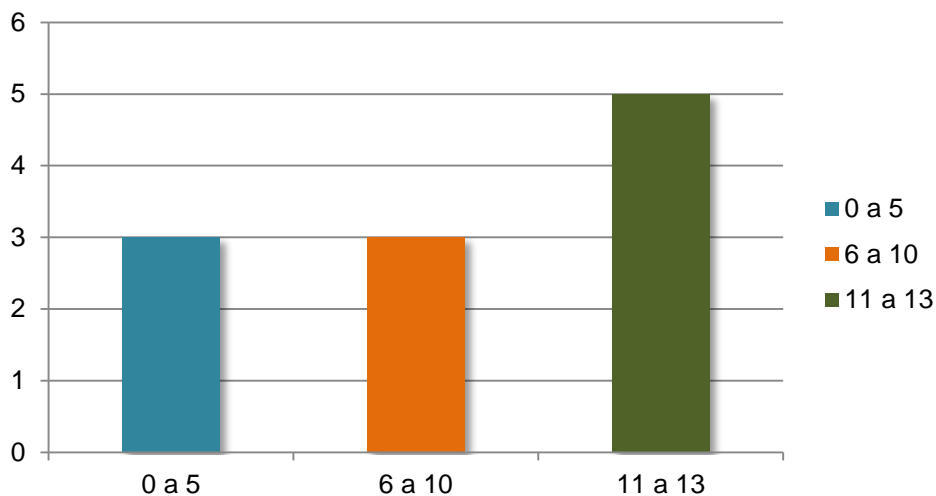
El total de pacientes celíacos analizados fue de once; siete de ellos eran niñas (64 %) y cuatro eran varones (36%).



**Gráfico N° 1:** Porcentaje de pacientes celíacos según sexo

#### 1.1.2 Edad

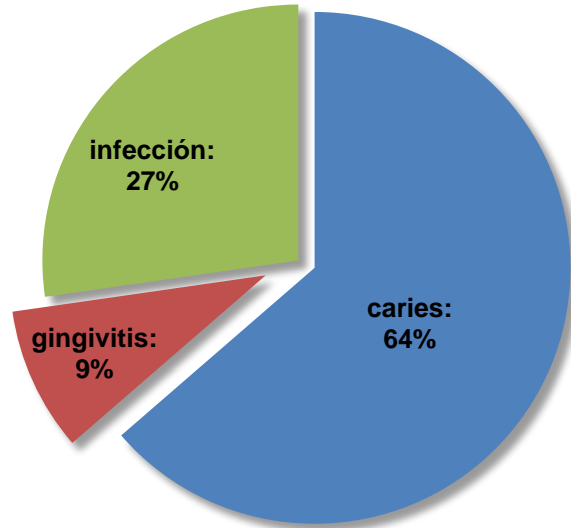
En cuanto a la edad de estos pacientes, encontramos los siguientes valores: de cero a cinco años, hubo tres; de seis a diez años, tres y de once a trece años, fueron cinco pacientes.



**Gráfico N° 2:** Distribución de pacientes celíacos según edad

### 1.1.3 Motivo de consulta

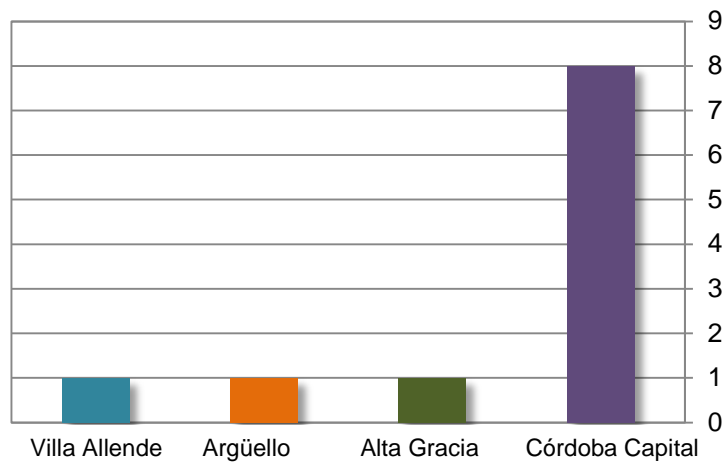
Los motivos de consulta fueron caries (64 %), procesos infecciosos agudos (27%) y gingivitis (9%).



**Gráfico N° 3:** Porcentaje de pacientes celíacos según motivo de consulta

### 1.1.4 Lugar de residencia

Según el lugar de residencia de los pacientes celíacos, observamos que ocho proceden de Córdoba Capital y el resto ( tres), del interior de la provincia de Córdoba.

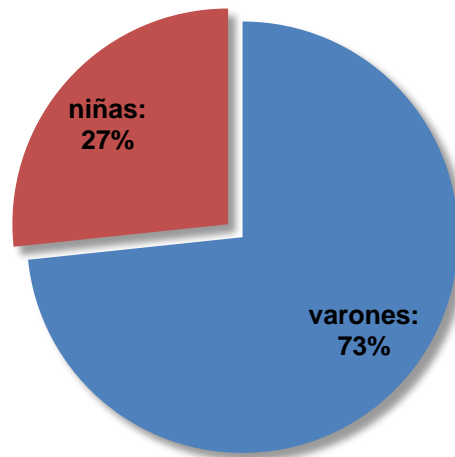


**Gráfico N° 4:** Distribución de pacientes celíacos según su lugar de residencia

## 1.2 Pacientes con patologías renales

### 1.2.1 Sexo

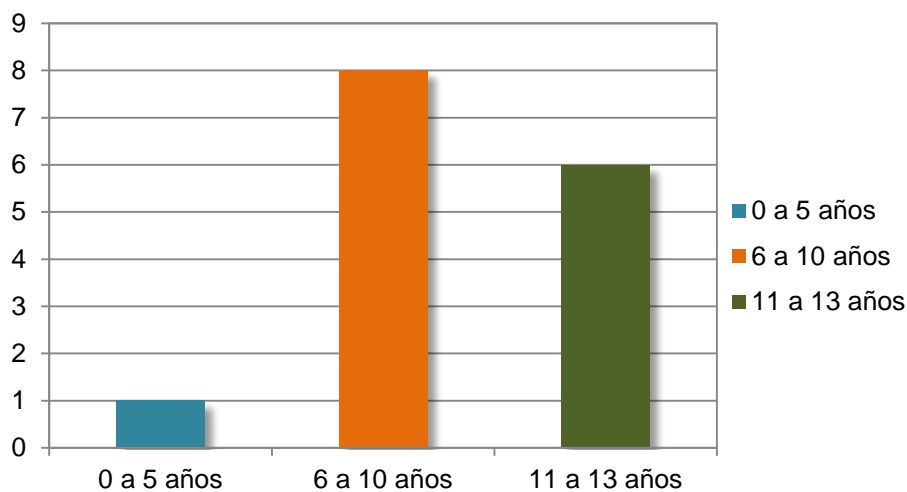
El total de pacientes renales analizados es de quince niños; once fueron varones (73%) y cuatro, niñas (27%).



**Gráfico N° 5:** Porcentaje de pacientes renales según sexo

### 1.2.2 Edad

Según el grupo etario que asistió, observamos que, de cero a cinco años, hay un paciente; de seis a diez años, encontramos ocho y de once a trece años, son seis.

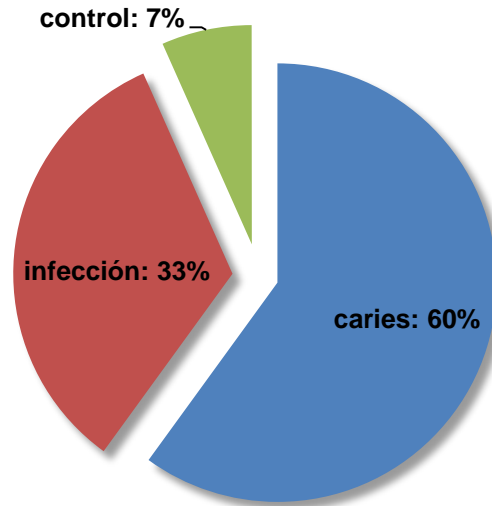


**Gráfico N° 6:** Distribución de pacientes renales según edad



### 1.2.3 Motivo de consulta

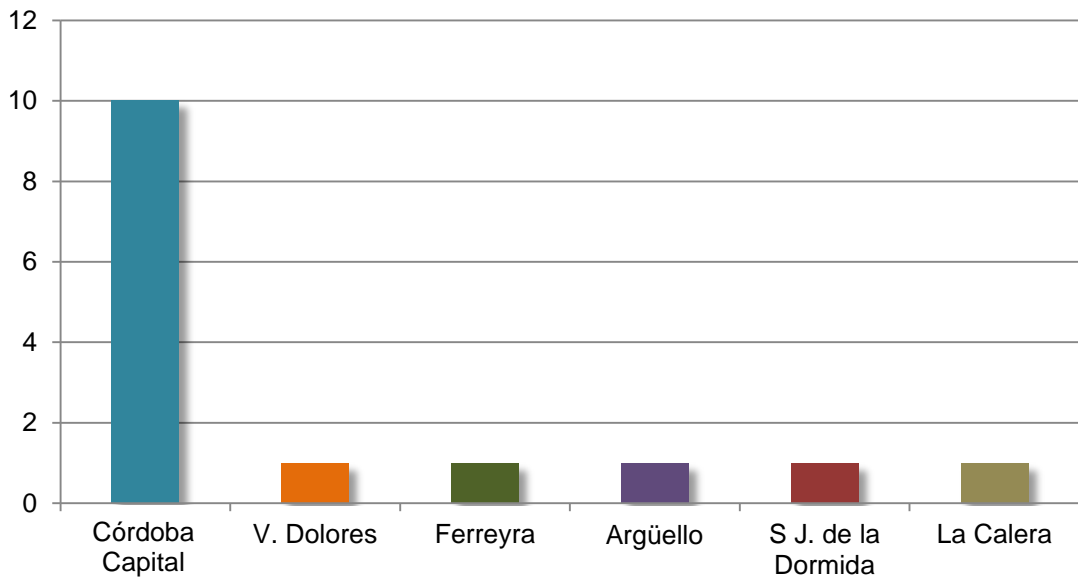
El principal motivo de consulta fueron las caries (60 %); luego, en segundo lugar, fueron los procesos infecciosos agudos (33%) y en tercer lugar, el 7% asistió para control.



**Gráfico N° 7:** Porcentaje de pacientes según motivo de consulta

### 1.2.4 Lugar de residencia

La mayoría de los pacientes renales son de Córdoba Capital y, en menor cantidad, del interior de la provincia de Córdoba.

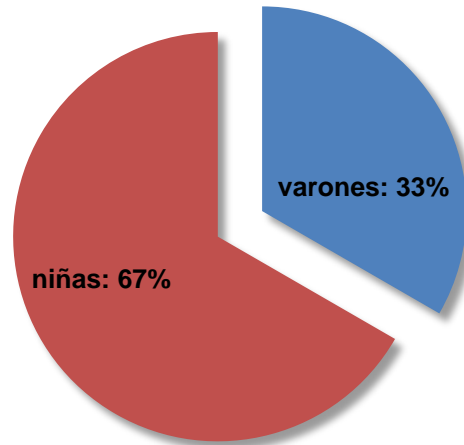


**Gráfico N°8:** Distribución de pacientes renales según el lugar de residencia

### 1.3 Pacientes diabéticos

#### 1.3.1 Sexo

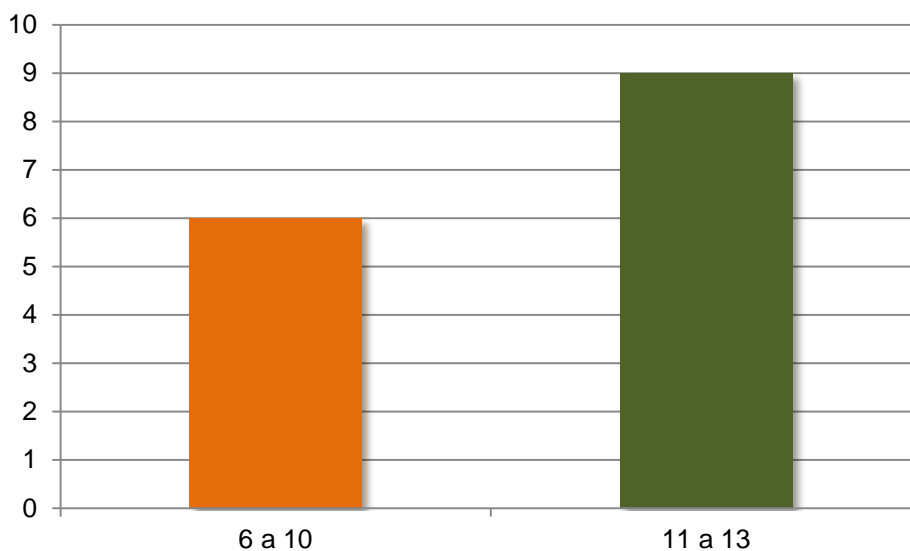
El total de pacientes diabéticos analizados fueron quince: cinco eran varones (33%) y diez, niñas (67%).



**Gráfico N°9:** Porcentaje de pacientes diabéticos según sexo

#### 1.3.2 Edad

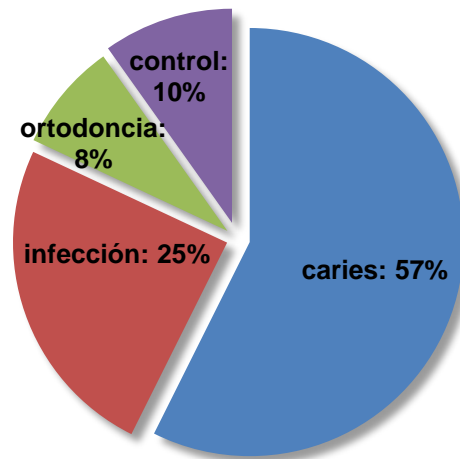
Con respecto a la edad, seis pacientes tenían entre seis y diez años, y nueve, entre once y trece años.



**Gráfico N°10:** Distribución de pacientes diabéticos según edad

### 1.3.3 Motivo de Consulta

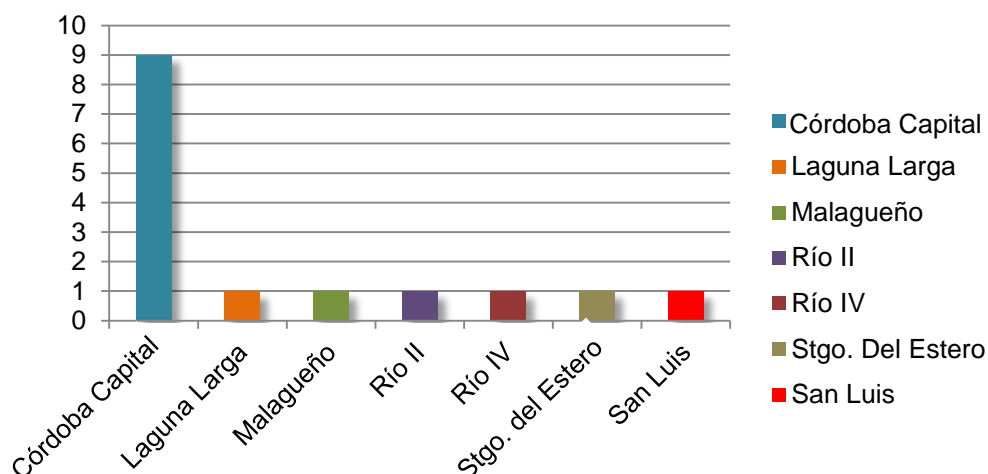
El motivo de consulta por caries (57%) fue el más frecuente; le siguen los procesos infecciosos agudos (25%), la gingivitis (18%), la ortodoncia (8%) y el control (10%).



**Gráfico N° 11:** Porcentaje de pacientes diabéticos según motivo de consulta

### 1.3.4 Lugar de residencia

De los pacientes diabéticos, nueve son de Córdoba Capital; cuatro, del interior de Córdoba; uno, de Santiago del Estero y uno, de San Luis.



**Gráfico N° 12:** Distribución de pacientes diabéticos según el lugar de residencia

## 1.4 Pacientes con epilepsia

### 1.4.1 Sexo

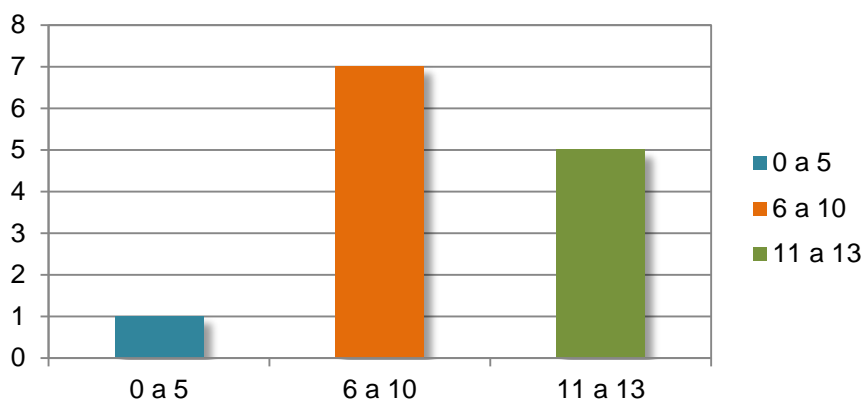
Otras de las patologías crónicas es la de pacientes con epilepsia. En total eran trece niños, de los cuales, cuatro eran varones (31%) y nueve eran niñas (69%).



**Gráfico N°13:** Porcentaje de pacientes epilépticos según sexo

### 1.4.2 Edad

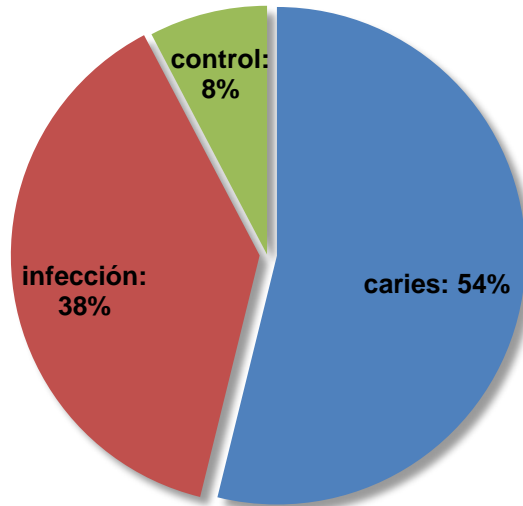
Con respecto al grupo etario de estos pacientes, observamos que la mayoría tenía entre seis y diez años, con siete pacientes; en segundo lugar, entre once y trece años, con cinco pacientes y, finalmente, entre cero y cinco años, uno.



**Gráfico N°14:** Distribución de pacientes epilépticos según edad

### 1.4.3 Motivo de consulta

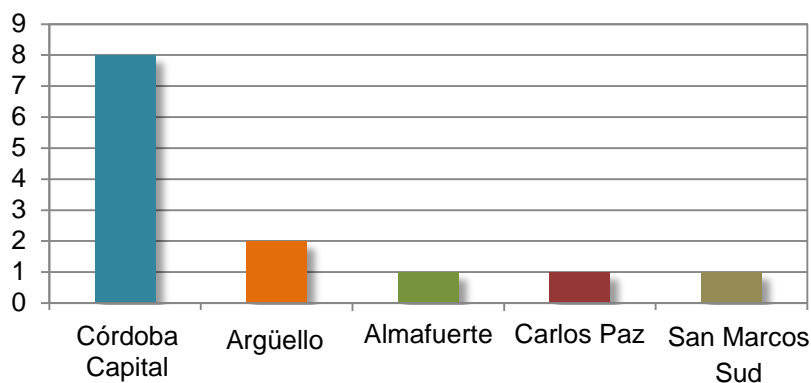
Los motivos de consulta de esta patología fueron también variados: por caries (54%), por procesos infecciosos agudos (38%), y por control (8%).



**Gráfico N° 15:** Porcentaje de pacientes epilépticos según motivo de consulta

### 1.4-4 Lugar de residencia

En cuanto a lugar de residencia, ocho pacientes eran de Córdoba Capital; dos eran de Argüello; y de otras localidades, como Alma fuerte, Carlos Paz, San Marcos Sud concurren uno de cada uno.

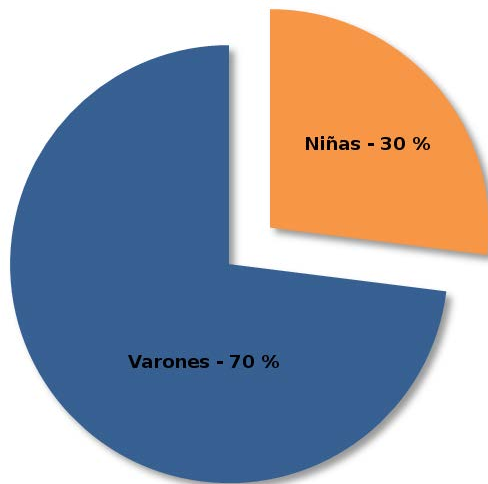


**Gráfico N° 16:** Distribución de pacientes epilépticos según lugar de residencia

## 1.5 Pacientes cardíacos

### 1.5.1 Sexo

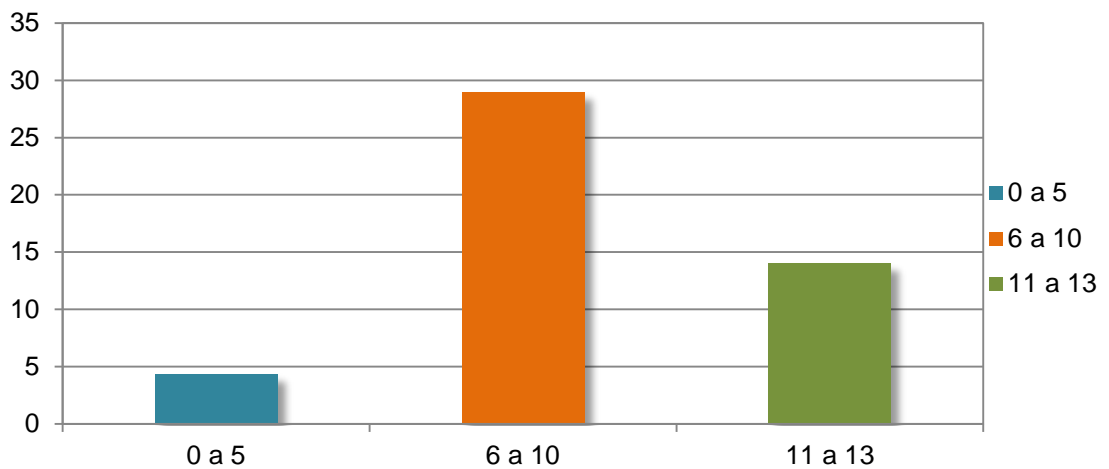
El total de pacientes con patología cardíaca fue de cincuenta y uno; treinta y seis de ellos, varones (70%) y quince, niñas (30%).



**Gráfico N° 17:** Porcentaje de pacientes cardíacos según sexo

### 1.5.2 Edad

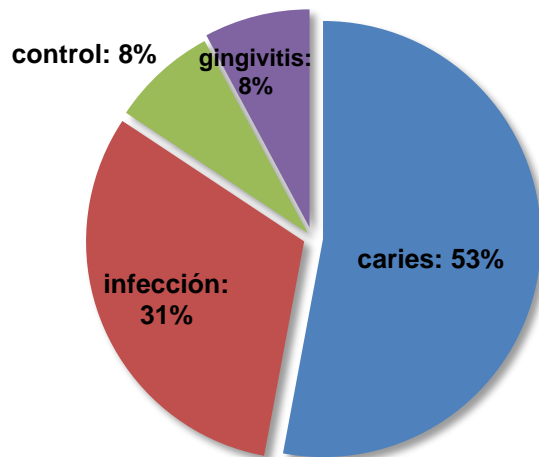
Con respecto a la edad de estos pacientes, vemos que ocho tenían de entre cero y cinco años; hubo veintinueve de entre seis y diez años; y catorce, de entre once y trece años.



**Gráfico N° 18:** Distribución de pacientes cardíacos según edad

### 1.5.3 Motivo de consulta

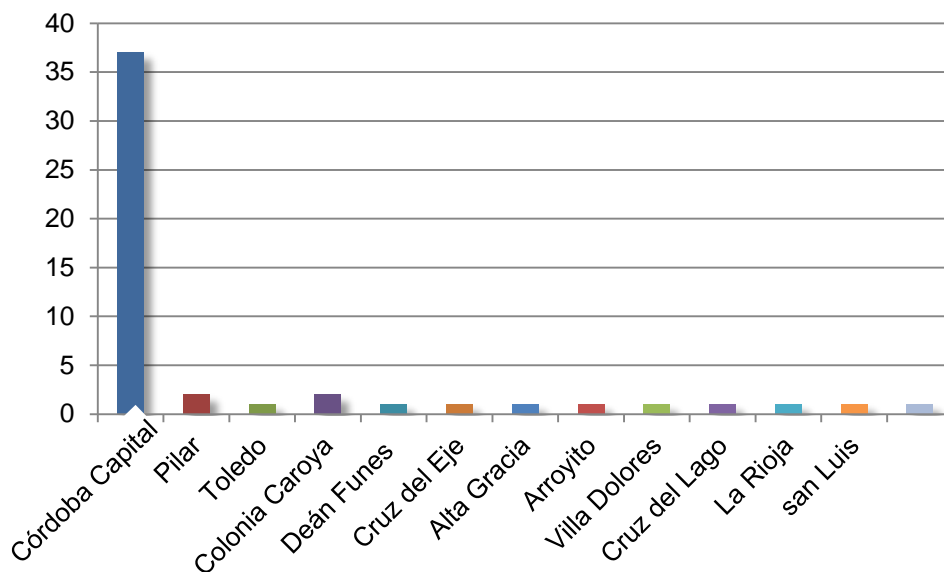
El motivo de consulta fue, fundamentalmente, por caries (53%), en segundo lugar, por procesos infecciosos agudos (31%), mucho menor por gingivitis (8%) y por control (8%).



**Gráfico N° 19:** Porcentaje de pacientes cardíacos según motivo de consulta

### 1.5.4 Lugar de residencia

Según el lugar de residencia observamos que los pacientes procedían en su mayoría de Córdoba Capital, treinta y siete. También hubo pacientes de otras localidades del interior y de otras provincias (La Rioja, San Luis y Santiago del Estero).

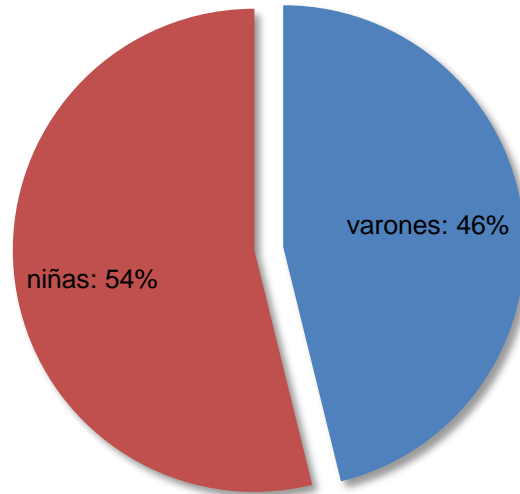


**Gráfico N° 20:** Distribución de pacientes cardíacos según el lugar de residencia

## 1.6 Pacientes oncológicos

### 1.6.1 Sexo

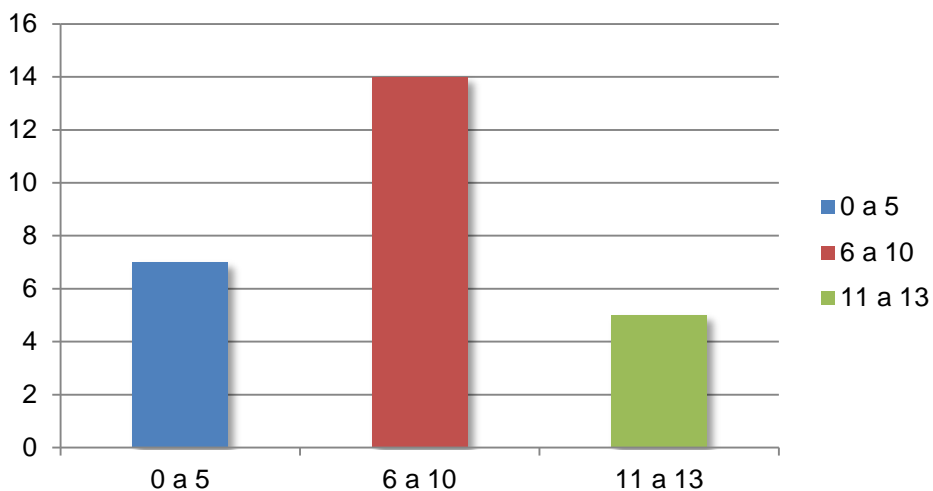
De los veintiséis pacientes oncológicos analizados, doce eran varones (46%) y catorce, niñas (54%).



**Gráfico N° 21:** Porcentaje de pacientes oncológicos según sexo

### 1.6.2 Edad

En lo que se refiere a la edad, vemos que de entre cero y cinco años hubo siete pacientes; de entre seis y diez años, catorce y de entre once y trece años, cinco pacientes.

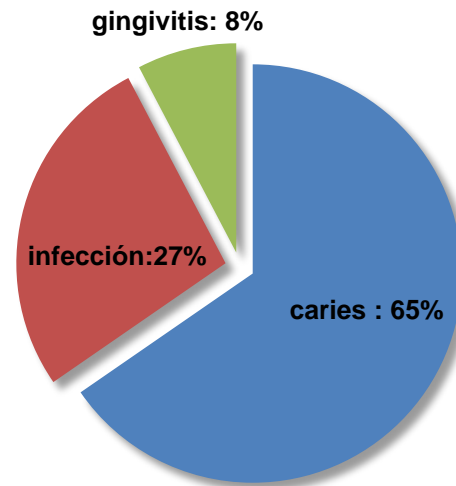


**Gráfico N° 22:** Distribución de pacientes oncológicos según edad



### 1.6.3 Motivo de consulta

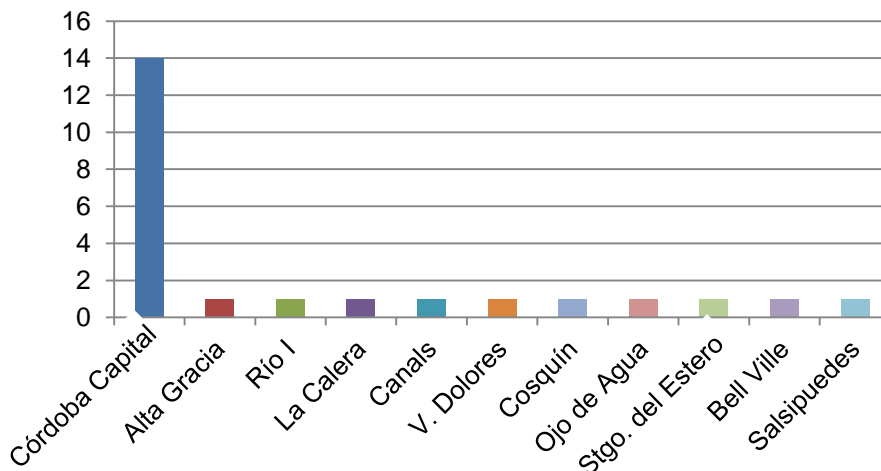
El motivo de consulta de estos pacientes fue, mayoritariamente, por caries (65%), luego por procesos infecciosos agudos (27%) y minoritariamente, por gingivitis (8%).



**Gráfico N° 23:** Porcentaje de pacientes oncológicos según motivo de consulta

### 1.6.4 Lugar de residencia

El lugar de residencia de pacientes oncológicos fue en general, Córdoba Capital, catorce, y el resto, eran de localidades del interior provincial y de otras provincias.

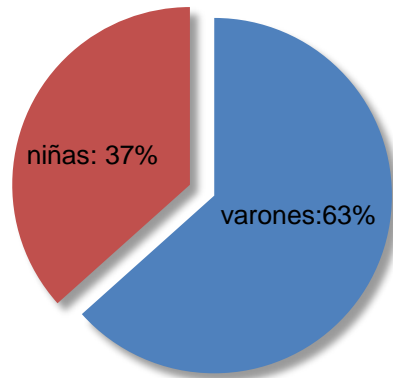


**Gráfico N° 24:** Distribución de pacientes oncológicos según el lugar de residencia

## 1.7 Pacientes con otras patologías neurológicas

### 1.7.1 Sexo

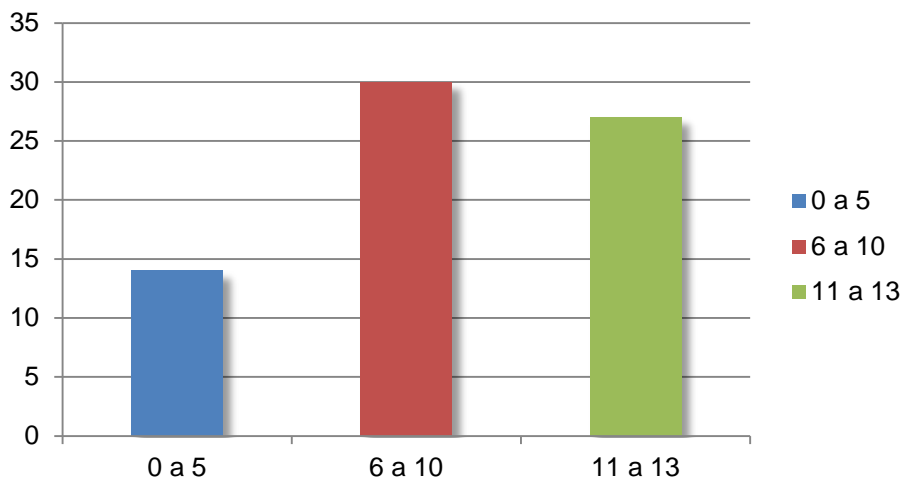
Los pacientes con otras patologías neurológicas fueron setenta y uno; de los cuales, cuarenta y cinco eran varones (63%) y veintiséis, niñas (37%).



**Gráfico N° 25:** Porcentaje de pacientes con otras patologías neurológicas según sexo

### 1.7.2 Edad

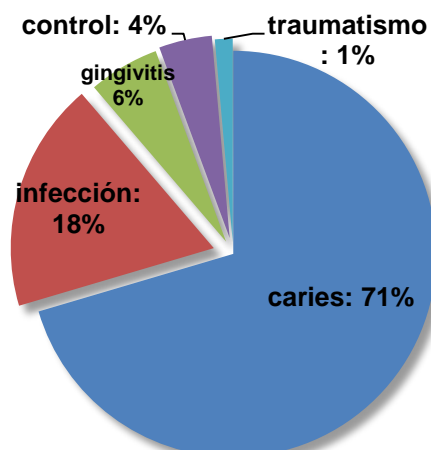
Entre los pacientes de este grupo, catorce tenían de entre cero y cinco años; hubo treinta, de entre seis y diez años; y de entre once y trece años había veintisiete.



**Gráfico N° 26:** Distribución de pacientes neurológicos según edad

### 1.7.3 Motivo de consulta

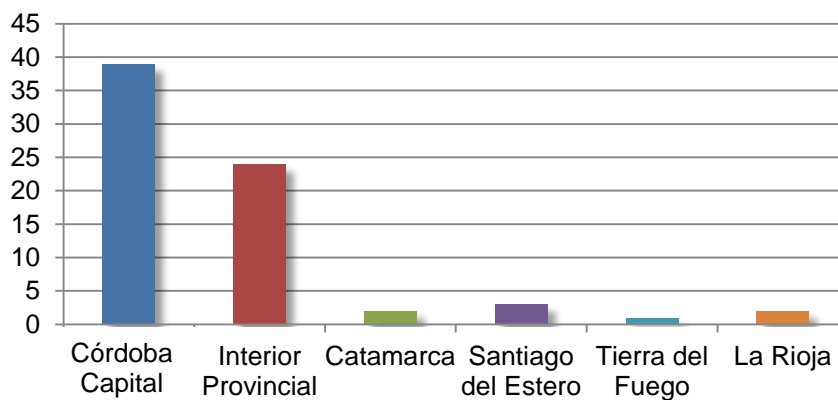
El motivo de consulta de estos pacientes neurológicos fue, especialmente, por caries (71%), mucho menos por procesos infecciosos agudos (18%), por gingivitis (6%), por control (4%) y por traumatismo (1%).



**Gráfico N° 27:** Porcentaje de pacientes neurológicos según motivo de consulta

### 1.7.4 Lugar de residencia

El lugar de residencia de los pacientes con patologías neurológicas fue Córdoba Capital, con treinta y nueve; el interior provincial, con veinticuatro; Santiago del Estero, con tres; Catamarca, con dos; La Rioja, con dos y Tierra del Fuego, con una.

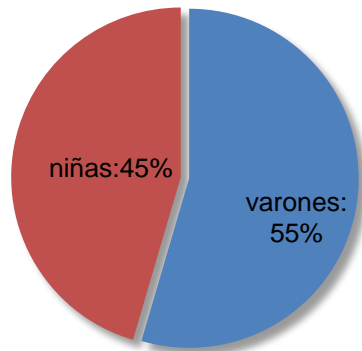


**Gráfico N°28:** Distribución de pacientes neurológicos según el lugar de residencia

## 1.8 Pacientes con síndrome de Down

### 1.8.1 Sexo

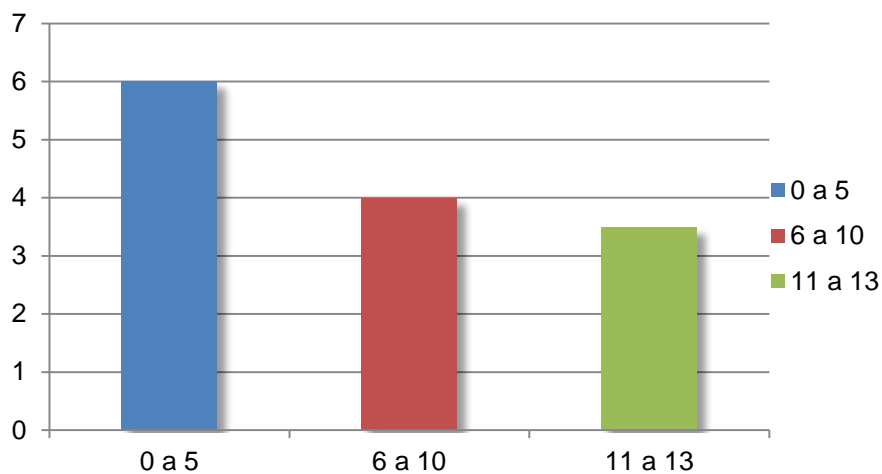
El total de pacientes analizados con síndrome de Down fue de once niños, de los cuales, seis eran varones (55%) y cinco eran niñas (45%).



**Gráfico N° 29:** Porcentaje de pacientes con síndrome de Down según sexo

### 1.8.2 Edad

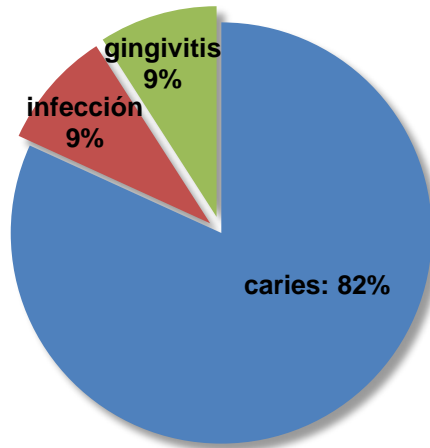
Con respecto a la edad de estos pacientes, hubo cinco, de entre cero y cinco años; de entre seis y diez años hubo cuatro y de entre once y trece años, solamente dos.



**Gráfico N° 30:** Distribución de pacientes con síndrome de Down según edad

### 1.8.3 Motivo de consulta

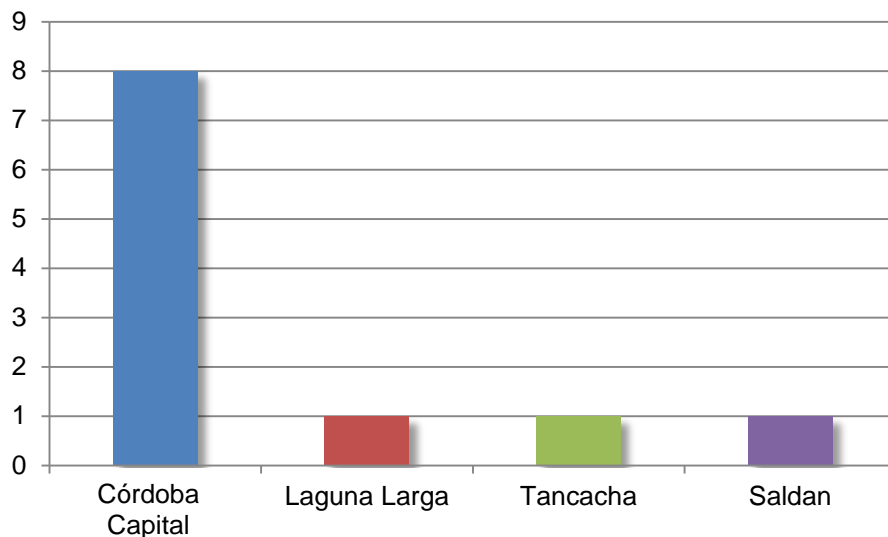
El motivo de consulta de estos pacientes fue por caries (82%), por infección (9%) y por gingivitis (9%).



**Gráfico N° 31:** Porcentaje de pacientes con síndrome de Down según motivo de consulta

### 1.8.4 Lugar de residencia

El lugar de residencia de los pacientes con síndrome de Down era Córdoba Capital, ocho; Laguna Larga, 1; Tancacha, 1 y Saldán, 1.

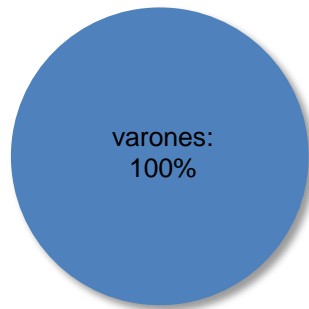


**Gráfico N° 32:** Distribución de pacientes con síndrome de Down según el lugar de residencia

## 1.9 Pacientes hemofílicos

### 1.9.1 Sexo

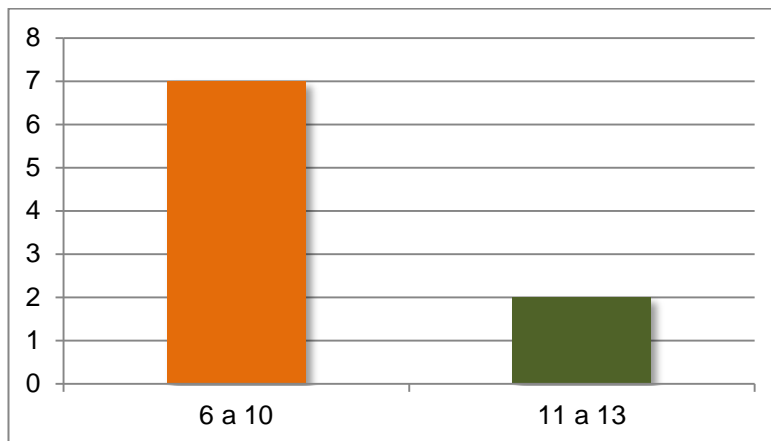
Los pacientes hemofílicos analizados fueron nueve varones, ya que observamos que esta enfermedad afecta solo a los varones.<sup>1</sup>



**Gráfico N° 33:** Porcentaje de pacientes hemofílicos según sexo

### 1.9.2 Edad

En cuanto a la edad de estos pacientes que concurrieron al Servicio de Odontología; vemos que de entre seis y diez años hubo siete pacientes y de entre once y trece años solamente dos pacientes.

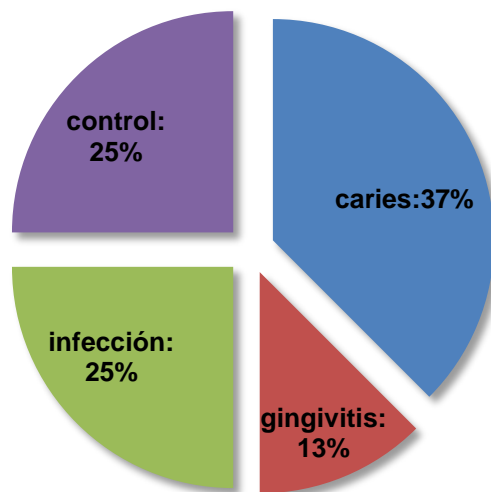


**Gráfico N° 34:** Distribución de pacientes hemofílicos según edad

<sup>1</sup> - Cfr: j.Suárez; L. Guzmán; O. Zárate "Medicina en Odontología" (2002) La hemofilia A se presenta en cualquier grupo étnico con una frecuencia de un caso por cada diez mil nacimientos. Tiene un carácter de transmisión recesivo ligado al cromosoma X, sitio donde se ubica el defecto genético, de tal manera que son las mujeres portadoras de este cromosoma quienes pueden transmitirlo a la mitad de las hijas, en tanto que la mitad de los descendientes varones son quienes padecen la enfermedad.

### 1.9.3 Motivo de consulta

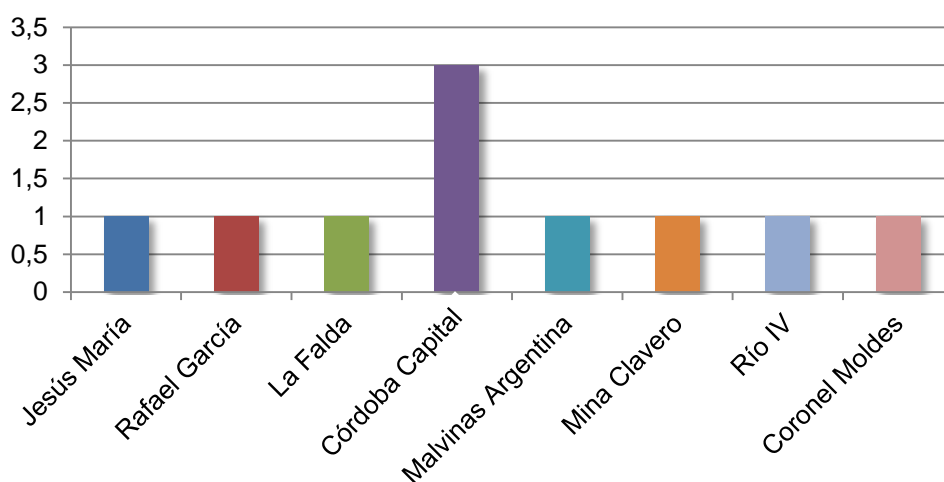
El motivo de consulta fue por caries (37%); por procesos infecciosos agudos (25%); por gingivitis (13%) y por control (25%), derivados por la hematóloga.



**Gráfico N°35:** Porcentaje de pacientes hemofílicos según motivo de consulta

### 1.9.4 Lugar de residencia

Observamos que los pacientes procedían de Córdoba Capital, (dos) y los demás fueron del interior de la provincia de Córdoba.

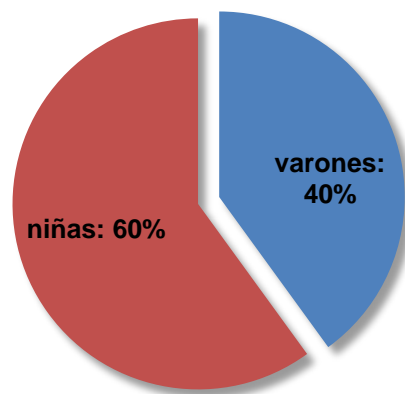


**Gráfico N°36:** Distribución de pacientes hemofílicos según lugar de residencia

## 1.10 Pacientes con alteraciones endocrinas

### 1.10.1 Sexo

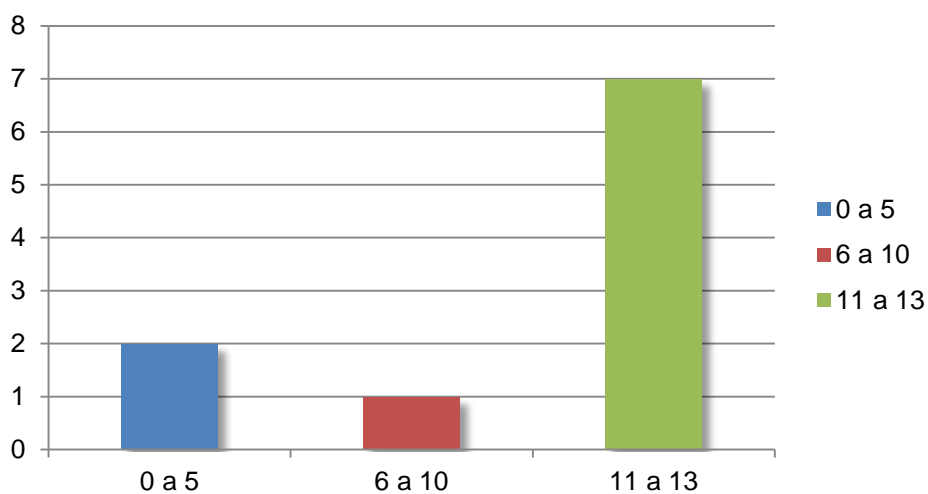
Los pacientes con alteraciones endocrinas analizados fueron diez; cuatro varones (40%) y seis niñas (60%).



**Gráfico N° 37:** Porcentaje de pacientes con alteraciones endocrinas según sexo

### 1.10.2 Edad

Estos pacientes tenían entre cero y cinco años (dos); entre seis y diez años (uno) y de entre once y trece años, la mayoría (siete).

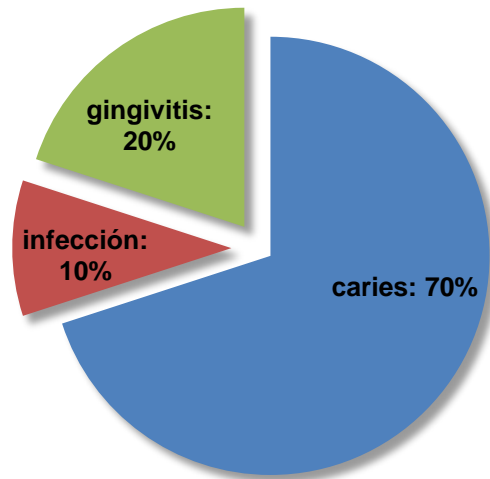


**Gráfico N°38:** Distribución de pacientes con alteraciones endocrinas según edad



### 1.10.3 Motivo de consulta

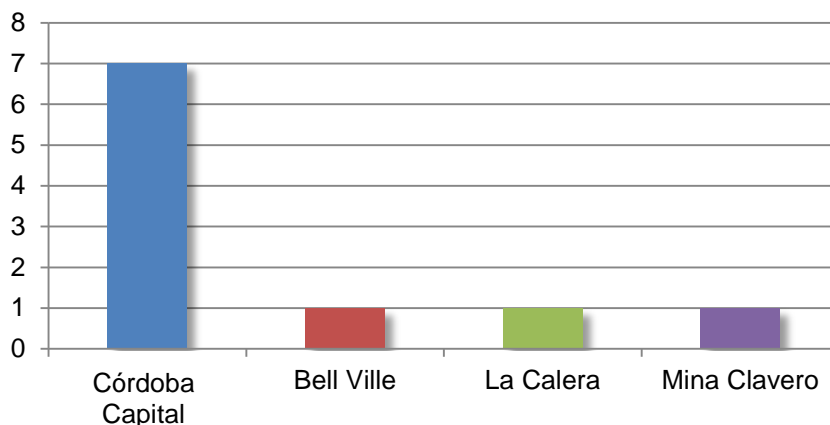
El motivo de consulta fue, fundamentalmente, por caries (70%), por procesos infecciosos agudos (10%) y por gingivitis (20%).



**Gráfico N° 39:** Porcentaje de pacientes con alteraciones endocrinas según motivo de consulta

### 1.10.4 Lugar de residencia

Los lugares de residencia de los pacientes con alteraciones endocrinas fueron Córdoba Capital, desde donde concurrieron siete, Bell Ville (uno); La Calera (uno) y de Mina Clavero (uno).



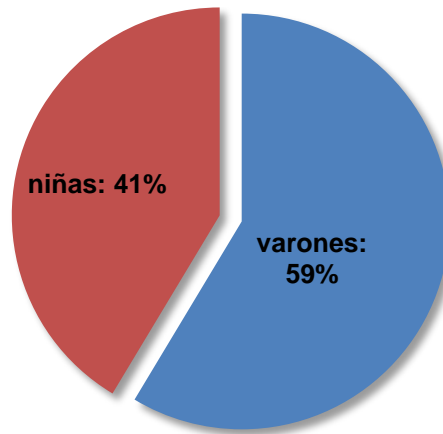
**Gráfico N° 40:** Distribución de pacientes con alteraciones endocrinas según lugar de residencia

## 2. RESULTADO TOTAL DE LAS PATOLOGÍAS ANALIZADAS

### 2.1 NIÑOS: 232

#### 2.1.1 Según sexo

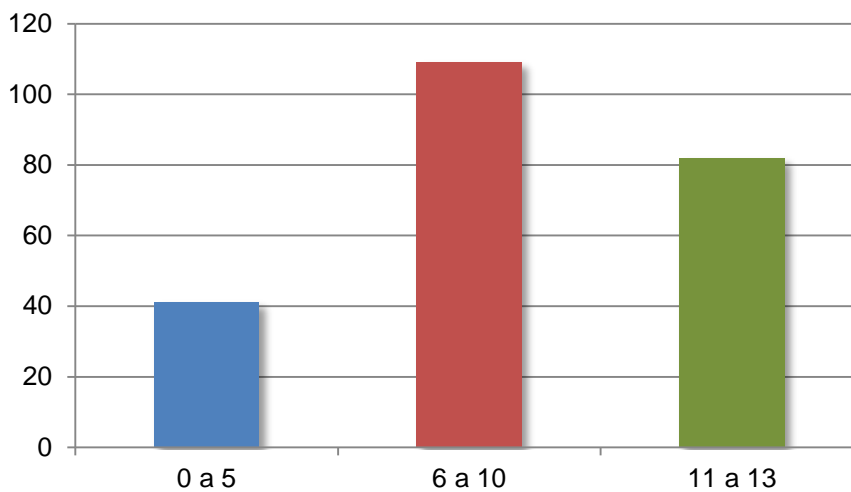
Varones (59%) / niñas: (41%)



**Gráfico N°41:** Porcentaje del total de pacientes según sexo

#### 2.1.2 EDAD:

Entre cero y cinco años: cuarenta y uno / entre seis y diez años: ciento nueve / entre once y trece años: ochenta y dos



**Gráfico N° 42:** Distribución según edad

### 2.1.3 MOTIVO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA:

Caries: 63%

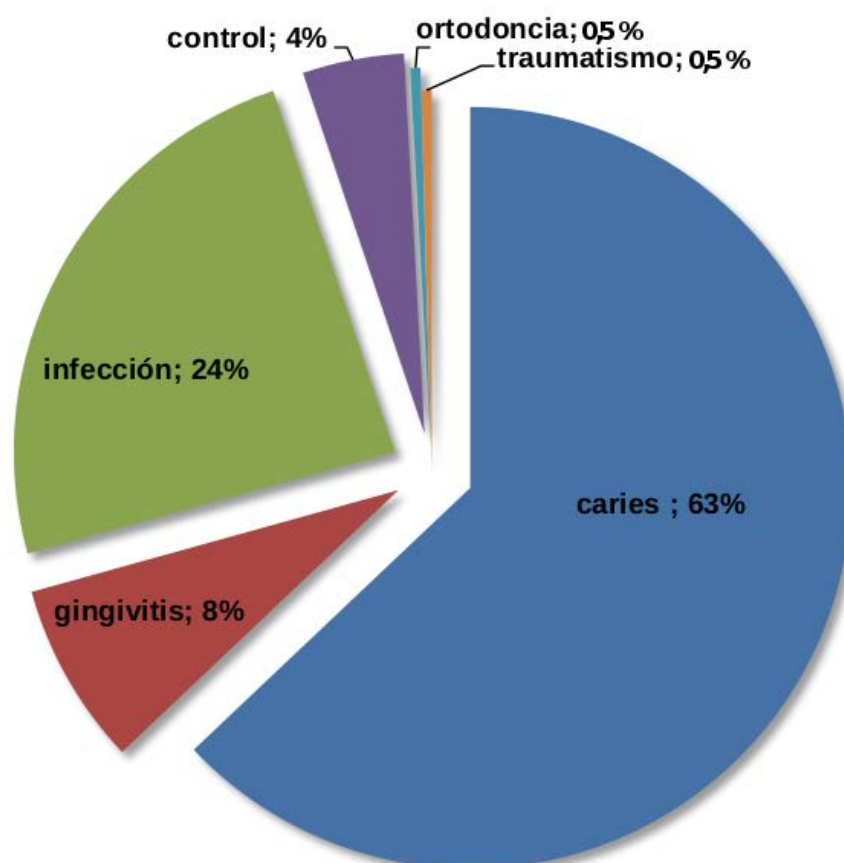
Procesos infecciosos agudos: 24%

Gingivitis: 8%

Control: 4%

Ortodoncia: 0,5 %

Traumatismo: 0,5 %



**Gráfico N° 43:** Porcentaje del total de pacientes según motivo de consulta

#### 2.1.4 Lugar de residencia:

Córdoba Capital: 143

Córdoba (interior): 74

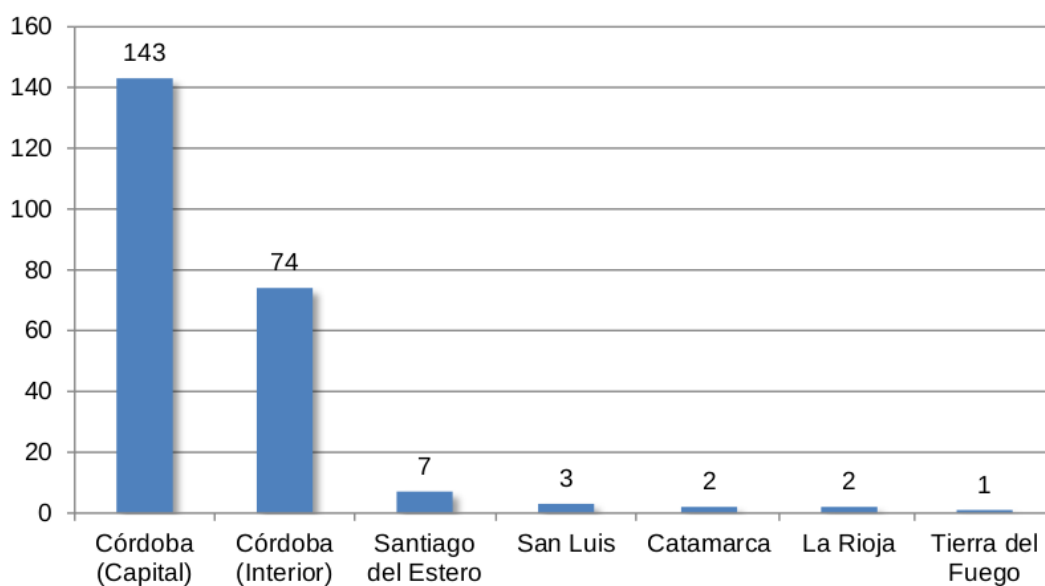
Santiago del Estero: 7

San Luis: 3

Catamarca: 2

La Rioja: 2

Tierra del Fuego: 1



**Gráfico N° 44:** Distribución según lugar de residencia y porcentajes

### 2.1.5 Distribución de pacientes según patologías de origen:

Pacientes neurológicos: 71

Pacientes cardíacos: 51

Pacientes oncológicos: 26

Pacientes renales: 15

Pacientes diabéticos: 15

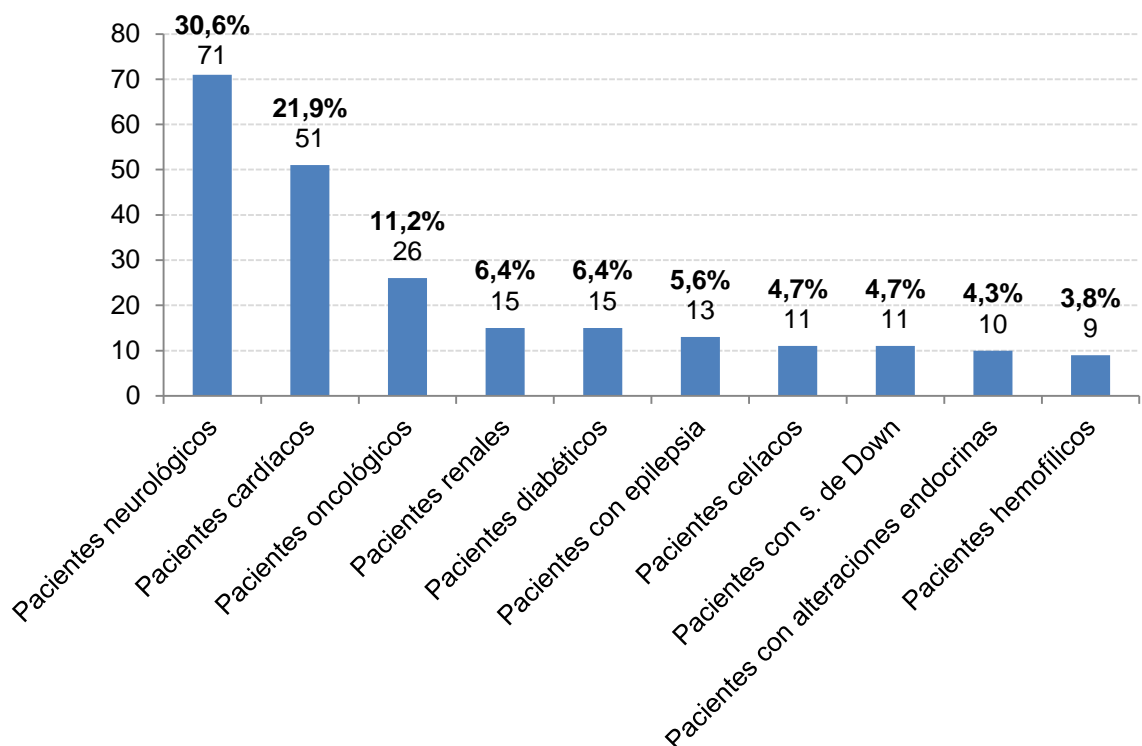
Pacientes con epilepsia: 13

Pacientes celíacos: 11

Pacientes con s. de Down: 11

Pacientes con alteraciones endocrinas: 10

Pacientes hemofílicos: 9



**Gráfico N° 45** Distribución de pacientes según patologías de origen

## Discusión

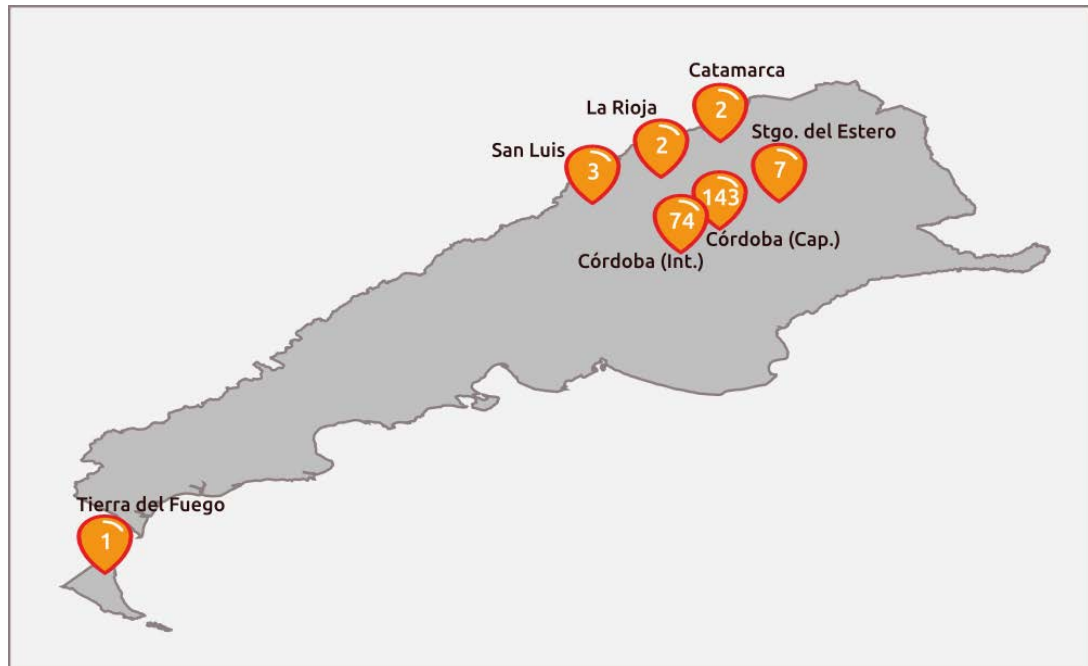
Los problemas de salud infantil han experimentado cambios importantes en las últimas décadas: El acceso a los cuidados de salud bucal durante la progresión de las enfermedades sistémicas permite mejorar la calidad de vida, no sólo por el diagnóstico y tratamiento de las manifestaciones bucales, sino por la implementación de programas de atención clínica integrales con fuerte componente preventivo basados en la evidencia científica.

En cuanto a las características de la población que formó parte de la muestra, diremos que las 232 historias analizadas revelaron un predominio del sexo masculino (59%) sobre el sexo femenino (41%).

Con respecto a las edades de los pacientes analizados, vemos que el grupo etario que fue atendido con mayor frecuencia es el de entre seis y diez años y, en segundo lugar, los de entre once y trece años.

El principal motivo de consulta fue por caries (63%) y, en segundo lugar, por procesos infecciosos agudos (24%) y en mucha menor medida por control solo un (4%).

En cuanto al lugar de residencia, la mayoría de los pacientes eran de Córdoba (Capital), el segundo lugar lo ocupaban los pacientes del interior provincial, y, en menor proporción, los de otras provincias.



**Gráfico N°46:** Cantidad de pacientes por lugar de residencia

Estudios epidemiológicos muestran que la prevalencia varía en las diferentes poblaciones y que son los niños con desventajas económicas lo más vulnerables.

Así, entonces, la caries de la infancia temprana es una enfermedad determinada biológicamente y condicionada socioeconómica y culturalmente. (Chan S, Tsai J, King N 2002). Esto implica que, a mayor vulnerabilidad económica, mayor vulnerabilidad a mayores riesgos en la salud.

En cuanto a los resultados de nuestro trabajo en relación con estudios mundiales en Seúl (Corea) Bo-Hyung et al (2003) encontraron la mayor prevalencia de caries en niños entre cuatro y cinco años (90,8%).

Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre caries de infancia temprana y sexo. Estudios epidemiológicos en Ontario (Canadá) encontraron diferencia

estadísticamente significativa entre caries y sexo en un grupo de ciento doce niños de entre tres y cinco años de edad, ya que a la edad de tres años el 63% de los niños presentaron caries y sólo el 24% de niñas se encontraban afectadas, así mismo, en el grupo de pacientes de cinco años de edad, el 76% presentaba caries, mientras que sólo el 43% poseía dicha patología. Sin embargo, la razón por la cual la caries de la infancia temprana puede afectar determinado sexo más que el otro en una población, no es conocida hasta el momento. (Tinannoff N., Kanellis M., Vargas C. 2000).

Los problemas de salud infantil han experimentado cambios importantes en las últimas décadas: la mayor eficacia de los métodos de diagnóstico y tratamiento han logrado que muchas enfermedades anteriormente letales sean curables o presenten mejorías significativas.

Los niños que antes morían por insuficiencia renal, enfermedades hepáticas, aplasia medular, leucemias, tumores malignos, enfermedades respiratorias graves disponen en la actualidad de tratamientos que permiten en muchas ocasiones una larga supervivencia. Otro grupo que contribuye a la prevalencia creciente de pacientes crónicos es el conformado por los que padecen trastorno del desarrollo y discapacidad como los niños con parálisis cerebral, autismo, trastorno de conducta, del aprendizaje, del lenguaje, visuales y auditivos. Este proceso de transición epidemiológica, es decir, el fenómeno caracterizado por cambios en los patrones de morbimortalidad de las poblaciones, que progresivamente pasan de presentar una preeminencia de causas agudas fundamentalmente infecciosas a situaciones en las que prevalecen enfermedades crónicas, tiene como resultado un aumento en el número con enfermedades crónicas, que requieren un seguimiento médico a largo plazo. Para alcanzar mejores condiciones de vida en los niños afectados, es necesario incluir



cuidados para la cavidad bucal en los protocolos de seguimiento médico.

Por eso, es indispensable conocer primero el estado general de los pacientes, e identificar los problemas bucodentales y asumir la adecuada toma de decisiones en el manejo odontológico de los pacientes aparentemente sanos, en general, y de los médicamente comprometidos, en particular.

Por otra parte, un estudio realizado en Lima (Perú) sobre caries de la infancia temprana según determinantes sociodemográficos, conductuales, nutricionales y relacionados a la transmisión de microorganismos; por Hermoza Melgar Rosa, observó que la prevalencia de caries de la infancia temprana era de 31.50%, sin diferencia por sexo. Tampoco existió relación entre caries y estado nutricional. Sin embargo, en cuanto a la edad, concluyeron en que es un factor importante, ya que la presencia de caries aumentaba con la edad del niño.

En una entrevista el Director del programa de Salud Oral Global de Universidad de California, Dr. Francisco Ramos Gómez, dijo: “Es muy importante promover la salud oral desde antes del embarazo porque esto tendrá repercusiones, no sólo en la mujer, sino también, en el bebé. Tenemos evidencia de que los inconvenientes que se presentan en los cuadros de salud de las madres van a ser un espejo en los primeros años de vida del niño. Los odontólogos tenemos que tener una nueva participación, un nuevo cambio de paradigma de la profesión, tenemos que monitorear al grupo familiar para buscar la estrategia para que los niños sepan cómo cuidar su salud bucal”.

Adherimos a estas declaraciones del Dr. Ramos Gómez y entendemos que todas las acciones de promoción y prevención de la salud bucal redundan en beneficio de una infancia sana.

## CONCLUSIONES

“El goce del grado máximo de salud que puede alcanzarse es uno de los derechos fundamentales del ser humano. Es preciso que la población conozca mejor sus derechos, para que pueda tener mayor control de sus vidas. Sólo entonces será posible movilizarse de forma eficaz para que los gobiernos y otras instituciones se responsabilicen.”

Gro Harlem Brundtand

Los niños necesitan una atención particular para disfrutar del mejor estado de salud posible y poder desarrollarse adecuadamente durante toda su infancia y adolescencia.

Según el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000) el derecho a la salud incluye la atención de la salud; la transformación de los determinantes que condicionan los procesos de salud y enfermedad en una comunidad; la participación de una comunidad; la elaboración de un plan integral, y participativo que responda a las necesidades y prioridades nacionales. (29)

Por lo tanto, es necesario garantizar:

- Disponibilidad: contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud así como de programas de salud.
- Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios deben ser accesibles a todos y desde sus diferentes dimensiones, no discriminación, accesibilidad física, económica y acceso a la información.

- Aceptabilidad: los servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica, y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

En la Convención sobre los Derechos del Niño, varios artículos hacen referencia al derecho a la salud, la nutrición y el desarrollo infantil integral temprano. En ellos se indica que los estados partes garantizarán, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño.

También se reconoce el derecho de los niños, niñas y adolescentes, al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y a la rehabilitación de la salud.

Es fundamental consignar que, para los niños, el derecho a la salud es vital porque son vulnerables, y están más expuestos a las enfermedades y a las complicaciones de salud.

Así pues, las instituciones exhiben características que las identifican ante la sociedad. En el caso de las relacionadas con la salud, es el nivel de complejidad de sus prestaciones, la variedad y extensión de los medios técnicos y la calidad de sus instalaciones e infraestructura los que configuran su apariencia, pero es su riqueza en recursos humanos la que ha de dar cuenta de su esencia, de su real capacidad de responder a las crecientes necesidades de las personas que a ellas concurren

#### Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias

Los organismos responsables de llevar adelante políticas en esta materia podrían implementar acciones tales como conformar equipos interdisciplinarios con profesionales altamente capacitados, ya que, ante la pérdida de articulación entre el primer nivel y los

restantes espacios del sistema social, se debe fortalecer el sistema en su totalidad, elaborando protocolos de complementariedad entre niveles.

También, es indispensable crear mecanismos para la colaboración local entre las redes de servicios y las redes sociales, con el objetivo de construir la capacidad para la circulación transversal y evitar los programas verticales.

Uno de los problemas que se observa es la falta de coordinación entre atención primaria y atención especializada: la atención primaria no resuelve y deriva casos banales, no frena la demanda de urgencia y esto hace que el hospital esté saturado.

El sistema de salud está segmentado: tenemos claramente un sector público, otro privado y el sector de obras sociales. Pero, si pensamos en construir salud es fundamental articular las partes para lograr cambios que se traduzcan en resultados óptimos. Es preciso hablar de “articulación intersectorial”, “interministerial” y con políticas integrales e integradas en las diferentes jurisdicciones provinciales y municipales a fin de aunar y no de superponer esfuerzos que puedan evidenciarse en los logros obtenidos.

La complejidad alcanzada por los sistemas y las organizaciones de salud en las últimas décadas exige a las personas que trabajan en ellas y, en particular, a los responsables de su administración y gestión, una mayor profesionalización en los campos gerenciales que los habilite en la resolución de los problemas actuales y en la previsión de éstos o de nuevas situaciones problemáticas y que lo instrumenten para alcanzar mejores desempeños personales y de las instituciones a la que sirven (29)

Además, se debe concientizar a la población y a los profesionales de la salud en sus distintas disciplinas sobre la

importancia del componente bucal en la salud integral como condicionante de vida de las personas.

Al respecto, la implementación de un protocolo individualizado es fundamental para los niños en situación de riesgo moderado o alto de padecer caries en la primera infancia. Así, pues, para llevar a cabo el tratamiento del paciente pediátrico, el odontólogo debe coordinarse con especialistas de otras áreas, ya que los niños médicamente comprometidos tienen condiciones y necesidades especiales que afectan dicho tratamiento. Por eso el objetivo más importante en los pacientes con enfermedades sistémicas debe ser la prevención de enfermedades dentales y bucales, mucho más que realizar el mejor de los tratamientos.

Es importante establecer una estrecha relación entre las ciencias médicas y las odontológicas porque los beneficios son mutuos, ya que, por un lado, las enfermedades sistémicas impondrán condiciones prioritarias y específicas de manejo dental debido al padecimiento mismo o por su manejo clínico y farmacológico. Por otro lado, el reconocimiento de la influencia que las entidades clínicas bucodentales tienen sobre una gran variedad de enfermedades generales, beneficiará en la conservación de la salud y en el adecuado manejo y mejor respuesta de la condición sistémica al tratamiento médico.

La colaboración odontoestomatológica es invaluable en el control y manejo de un grupo importante de padecimientos sistémicos porque puede llegar a tener una influencia remarcable en el pronóstico de la enfermedad. La participación del odontólogo en los grupos de trabajo médico es indispensable para conformar impresiones diagnósticas y diseñar estrategias terapéuticas para lesiones y manifestaciones locales relacionadas con enfermedades sistémicas.

También es importante instrumentar la cooperación entre diferentes disciplinas para lograr una mirada ampliada que permita organizar las estrategias más adecuadas para abordar los pacientes: para que un equipo multidisciplinario alcance una integración interdisciplinaria es necesario que los profesionales no trabajen en compartimentos estancos, sino formando una red para que construyan entre todos un saber compartido.

El odontólogo como integrante del equipo de salud tiene la responsabilidad de contribuir al diagnóstico precoz de patologías con repercusión bucal, especialmente, en los primeros años de vida.

El acceso al cuidado de su salud bucal durante la progresión de las enfermedades sistémicas permite mejorar la calidad de vida, no sólo por el diagnóstico y tratamiento de las manifestaciones bucales características de estas patologías, sino por la implementación de programas de atención clínica integrales con fuerte componente preventivo basado en la evidencia científica.

En síntesis, el papel del odontólogo es fundamental para la prevención de problemas bucales en los pacientes de riesgo médico, así como en el tratamiento odontológico de esta población, que contribuirá, así, a una mejor calidad de vida de estos pacientes.

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1 - Porcentaje de pacientes celíacos según sexo.....	25
Gráfico N°2 - Distribución de pacientes celíacos según edad.....	25
Gráfico N°3 - Porcentaje de pacientes celíacos según motivo de consulta	26
Gráfico N°4 - Distribución de pacientes celíacos según su lugar de residencia .....	26
Gráfico N°5 - Porcentaje de pacientes renales según sexo.....	27
Gráfico N°6 - Distribución de pacientes renales según edad.....	27
Gráfico N°7 - Porcentaje de pacientes según motivo de consulta.....	28
Gráfico N°8 - Distribución de pacientes según lugar de residencia.....	28
Gráfico N°9 - Porcentaje de pacientes diabéticos según sexo.....	29
Gráfico N°10 - Distribución de pacientes diabéticos según edad.....	29
Gráfico N°11 - Porcentaje de pacientes según motivo de consulta.....	30
Gráfico N°12 - Distribución de pacientes diabéticos según lugar de residencia.....	30
Gráfico N°13 - Porcentaje de pacientes epilépticos según sexo.....	31
Gráfico N°14 - Distribución de epilépticos según edad.....	31
Gráfico N°15 - Porcentaje de pacientes epilépticos según motivo de consulta ..	32
Gráfico N°16 - Distribución de pacientes epilépticos según lugar de residencia.....	32
Gráfico N°17 - Porcentaje de pacientes cardíacos según sexo.....	33
Gráfico N°18 - Distribución de pacientes cardíacos según edad.....	33
Gráfico N°19 - Porcentaje de pacientes cardíacos según motivo de consulta.....	34
Gráfico N°20 - Distribución de pacientes cardíacos según el lugar de residencia.....	34
Gráfico N°21 - Porcentaje de pacientes oncológicos según sexo.....	35



Gráfico N°22 - Distribución de pacientes oncológicos según edad.....	35
Gráfico N°23 - Porcentaje de pacientes según motivo de consulta.....	36
Gráfico N°24 - Distribución de pacientes oncológicos según lugar de residencia.....	36
Gráfico N°25 - Porcentaje de pacientes neurológicos según sexo.....	37
Gráfico N°26 - Distribución de pacientes neurológicos según edad .....	37
Gráfico N°27 - Porcentaje de pacientes neurológicos según motivo de consulta .....	38
Gráfico N°28 - Distribución de pacientes neurológicos según lugar de residencia.....	38
Gráfico N°29 - Porcentaje de pacientes con síndrome de Down según sexo.....	39
Gráfico N°30 - Distribución de pacientes con síndrome de Down según edad.....	39
Gráfico N°31 - Porcentaje de pacientes con síndrome de Down según motivo de consulta.....	40
Gráfico N°32 - Distribución de pacientes con síndrome de Down según lugar de residencia.....	40
Gráfico N°33 - Porcentaje de pacientes hemofílicos según sexo.....	41
Gráfico N°34 - Distribución de pacientes hemofílicos según edad.....	41
Gráfico N°35 - Porcentaje de pacientes hemofílicos según motivo de consulta.....	42
Gráfico N°36 - Distribución de pacientes hemofílicos según lugar de residencia.....	42
Gráfico N°37 - Porcentaje de pacientes con alteraciones endócrinas según sexo.....	43
Gráfico N°38 - Distribución de pacientes con alteraciones endócrinas según edad .....	43
Gráfico N°39 - Porcentaje de pacientes con alteraciones endócrinas según motivo de consulta .....	44
Gráfico N°40 - Distribución de pacientes con alteraciones endócrinas según lugar de residencia .....	44
Gráfico N°41 - Porcentaje del total según sexo.....	45

Determinantes de la demanda por atención en la clínica odontológica de un hospital pediátrico de alta complejidad

---

Gráfico N°42 - Distribución según edad.....	45
Gráfico N°43 - Porcentaje del total de pacientes según motivo de consulta.....	46
Gráfico N°44 - Distribución según lugar de residencia.....	47
GráficoN°45 - Distribución de pacientes según patologías de origen.....	48

## BIBLIOGRAFÍA

(1) López de Castro F, Rodríguez Alcalá F J: **“Planificación Sanitaria (1)”**, artículo de la Maestría en Gerencia y Administración de Servicios de Salud 2007, pág. 244 a 254.

(2) Masciardi V. (2001): **“Demanda y Oferta del Personal de Salud de la Provincia de Córdoba”**, tesis de la Maestría en Demografía, pág. 15, 133-137.

(3) Rioboo R. (1994): **“Higiene y Prevención en Odontología, individual y Comunitaria”** Ediciones Avances Médicos-dentales S.L. Madrid, pág. 686

(4) Bordoni, Noemí, (2010): **“Los Sistemas de Salud en América Latina”** Parte 1 **“Consideraciones Generales sobre Sistemas y Servicios de Salud”** Buenos Aires Editorial Panamericana cap. 43:897-899

(5) Revista Panamericana de Salud Pública. Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las enfermedades de sus hijos. OPS Pan American Journal Of Public Health (1999) cap. 6, pág. 440.

(6) Aday A, Anderson R, (1992): **Marco teórico para el estudio del acceso a la Atención Médica, Investigaciones sobre Servicios de Salud, Publicación Científica N° 534- OPS**

(7) Pazos Hernández L, Valente A (2001): **“Morbilidad bucal y perfil de atención odontológica en preescolares y escolares del área programática del Hospital Parmenio Piñero”**. Buenos Aires, en Revista del Ateneo Argentino de Odontología, pág. 16.

(8) Costa, J. & Facchini L (1997): **“Utilizacão de serviços ambulatorias em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência”**. Revista de Saúde Pública, 31: 360-369.

(9) Buchet, D & Curtis, S (1986): **“Sociodemographic variation in perceived illness and the use of primary care: value of community surven date for primary care service planning”** Social Science and Medicine 23: 737-744.

(10) Beland F. (1988): **“Utilition of health services as events: an exploratory study”**. Health service research 23: 295-310.

(11) Anderson R. & Aday L. (1978): **“Access to medical care in the us realized and potential”**. Medical care. 16: 533-546.

(12) Alberts, J. (1997): **“Socioeconomic inequity in health care: a study of service utilization in Curacao”**. Social Science and medicine 45: 213- 230

(13) Cesar, C. & Tanaka, O (1996): **“Household surveys as an evaluation tool for health services a care study from the southeast region of greater Sao Paulo metropolitan area 1989-1990”**. Cadernos de saúde pública 12: 59-70.

(14) Balarajan, R. Yuen, P. & Machin D. (1987): **“Socioeconomic differentials in the uptake of medical care in great Britain”**. Journal of epidemiology and community health 41: 711-716.

(15) Roos, N.& Shapiro E. (1981):**“The Manitoba, longitudinal study on aging preliminary findings on health care utilization by the elderly”**. Medical care 9:644-657.

(16) Nolan, B. (1994): **“General practitioner utilization in yveland the role of socioeconomic factors”**. Social science and medicine 38: 711-716.

(17) Andersen, A & Laake, P. (1983): **“A causal model for physician utilization: analysis of norwegian data”**. Medical care 21: 266-278.

(18) Fylkesnes, K. (1993): **“Determinants of health care utilization visit and referrals”** Scandinavian Journal of social medicine 21:40-50

(19) Kleinman, J. Gold, M. & Makuc, D (1981): **“Use of ambulatory medical care by the poor: another look at equity”**. Medical care. 19: 1011-1029

(20) Newachek, P. (1988): **“Access to ambulatory care for poor persons”**. Health services research 23: 401-419.

(21) Flores N. Cámara V, Morales Estrella S, Cortez Velázquez (2000): **“Satisfacción de usuarios de dos servicios de odontológicos en Tláhuac, Distrito Federal”** En Revista ADM, Volumen LVII N°2 Marzo Abril. Distrito Federal. México pág: 45 a 49

(22) Honing C A, Massagli M (1979): **“Primary care physicians affective orientation toward their patients”** J Health Soc Behav, 20, 61-76.

(23) Jenny J Frazier P J, Bagramian R A, Proshe K J (1973): **“Patients satisfaction and dissatisfaction with their dentist”** J Pub Health Dent, 33, 211-221.

(24) Mata J.E; Martos E C; Anzaldi Ma A; (1996): **“Auditoría Odontológica”** Buenos Aires, Ediciones Dunken. cap 12 :144-152.

(25) Gollán, D. (2014): **“Hay que ocuparse más de mantener la salud que de recuperarla”** En la Voz del Interior, 13 de julio de 2014, pág. 10. Córdoba, República Argentina.

(26) Fridman G. A (2005): **“Enfoque Filosófico- Histórico de la Interdisciplina en las Ciencias de la Salud”** Corrientes, Argentina .Acta Farm. Bonaerense 24 (1) 149-154

(27) Bautista L, (2007): **“Enfermería y la Salud Pública Reto o Compromiso. Ciencia y Cuidado”**. Volumen 4 N° 4 Colombia Junio Pág. 47.

(28) Rezzónico, C. et al (1994) Hospital de Niños de la Santísima Trinidad Córdoba: BR copias.

(29) Ulloque, J. (2015): **“La convención de los derechos del niño y el derecho a la salud”**. Revista de la Confederación Odontológica de la República Argentina (Salud Bucal) N° 140 febrero. Marzo pág.: 27-28.