



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**  
**MAESTRIA EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS**  
**DE SALUD**

**TESIS**  
**“BOCAS SANAS”**

**Hacia un nuevo horizonte en los modelos de atención en Odontología.**

**Od. Myriam Cristina Martí.**

**Maestrando**

**Dra. Mercedes Sanchez Dagum.**

**Directora de Tesis**

**2013**

**Tribunal de Tesis:**

Prof. Mgter. Rubén, **Castro Toschi**

Dra. Nuri, **Gaspio**

Mgter. Betina, **Dianda**

*A Dios, en primer lugar,  
Con mi mirada puesta en Jesús,  
Quien me inspira y anima en todas las circunstancias.*

*A mi familia,  
Fernando, Mateo y Francisco;  
Ellos son la esencia de mi vida.*

*A mis padres,  
Por el ejemplo recibido.*

## **Agradecimientos**

Agradezco, en primer lugar y especialmente, al Dr. Rubén Américo Martí por haber sido una vez más un visionario y haber tenido la claridad para interpretar mi necesidad de formación.

En segundo lugar, a la Dra. Mercedes Sánchez Dagum, Maestra y Tutora, por haber sido capaz de dedicarme su conocimiento y tiempo de docencia, no sólo por su alta calificación académico-científica, sino por su conducción y aliento necesario.

En tercer lugar, al Dr. Roberto Tafani, por su sabiduría y porque he conocido, durante el proceso de aprendizaje, a un verdadero Maestro.

A la Mgter.Marian Martínez, quien me brindó las herramientas científicas que orientaron mi investigación.

A todo el cuerpo docente, que con gran riqueza y diversidad de conocimientos, contribuyó mi formación.

A mis compañeras, Lic. Andrea Gutiérrez, Dra. Tania Aguirre, Cdora. Alejandra Kocian y Cdra. Constanza Fernández de Soto, quienes también colaboraron en mi proceso de aprendizaje.

Y, en particular, a mi compañera Dra. Eugenia Peisino, por aportarme datos que fueron parte imprescindible del presente trabajo.

**“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta tesis”**

Art. 23 – Ordenanza Rectoral 03/77

**INDICE**

<b>RESUMEN .....</b>	<b>9</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>10</b>
<b>1.- INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>Descripción del Centro de Atención Primaria.....</b>	<b>13</b>
<b>Servicios y Programas.....</b>	<b>15</b>
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>18</b>
<b>Elementos Teórico necesarios.....</b>	<b>22</b>
<b>Propósito de la Investigación.....</b>	<b>38</b>
<b>2.- OBJETIVOS.....</b>	<b>40</b>
<b>3.- MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>	<b>41</b>
<b>Materiales.....</b>	<b>42</b>
<b>Método.....</b>	<b>44</b>
<b>4.- RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
<b>Presentación de datos.....</b>	<b>55</b>
<b>Análisis de datos.....</b>	<b>60</b>
<b>5.- DISCUSIÓN.....</b>	<b>66</b>
<b>6.- CONCLUSIONES.....</b>	<b>75</b>
<b>7.- BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>83</b>

**RESUMEN:**

El presente trabajo aborda una problemática del Subsector Público Municipal de la Ciudad de Córdoba, dentro del Sistema de Salud en Argentina, más precisamente, en el Centro de Atención Primaria de la Salud N° 33, perteneciente al Barrio de Argüello.

Frente a la evidencia del impacto en el perfil epidemiológico del componente bucal de la Salud y enfermedades humanas, se ha relevado la necesidad de analizar el **modelo de atención Odontológica** que prestó dicho servicio. Para ello se realizó un estudio cuantitativo, según el alcance descriptivo de diseño transversal, y en relación al tiempo retrospectivo de enero a diciembre de 2012. Mediante los datos recogidos, pudo observarse que el modelo de atención Odontológica para el Centro en estudio, durante el año 2012, tuvo un enfoque curativo tradicional. Dicho enfoque no permite resolver los problemas del componente bucal de la Salud, por lo que surge la necesidad de identificar y evitar errores en los procesos de atención, utilizando como instrumento novedoso la gestión de riesgo. Mediante líneas o estrategias de intervención, se proyecta implementar un nuevo modelo, basado en una cultura de seguridad del paciente, pensando en el cuidado de la Salud, y adecuado a las necesidades de la población, privilegiando el **acceso**, la **promoción** de la Salud y la **prevención** de enfermedades bucales.

**Palabras claves:** modelos de atención Odontológica- acceso- promoción – prevención.



## SUMMARY

This paper addresses a problem of Municipal Public Subsector Health System in Argentina, Córdoba City, more precisely in a Primary Health Care N° 33, belonging to the Neighborhood Argüello.

Faced with the evidence of the impact on the epidemiological profile of the oral health component of human diseases, has relieved the need to analyze the **model of Dental Care** was provided in that service. This quantitative study was conducted according to the scope of cross-sectional descriptive and retrospective time compared to January to December 2012. Through the data gathered, the model was observed for Dental Care for the study center during 2012, presented a traditional curative care approach. These approach cannot solve the problems of oral health component, so there is a need to identify and prevent mistakes in processes of care, using new risk management tool and implement a new model by lines or strategies intervention based on a culture of patient safety, health planning, and appropriate to the needs of the population, favoring **access**, **promotion** of health and **prevention** of oral diseases.

**Keywords: models of Dental - access – promotion- prevention attention.**

## 1.- INTRODUCCIÓN:

Todo sistema de Salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes. Uno político, al que se puede denominar como modelo de gestión, otro es económico, al que se puede llamar como modelo de financiación, el tercero es la dimensión más técnica, al que se puede referir como modelo de atención. Cada uno de ellos involucra un conjunto de definiciones particulares<sup>1</sup>.

En este estudio se abordó un modelo de atención del subsector público de dependencia municipal, en donde las cuestiones que abarca incluyen la forma de provisión de servicios y de asistencia sanitaria.

Un modelo de asistencia sanitaria buco dental tiene como objetivo atender las necesidades de tratamiento en Salud oral de la población y, como fin último, promover la Salud y prevenir la enfermedad oral de la comunidad a la que pertenece.<sup>2</sup>

Actualmente, existen tendencias en la situación del componente bucal de la Salud de nuestro país que presenta una gran diversidad de cambios:

- Cambios en el perfil demográfico, como el envejecimiento de la población y el incremento de la esperanza de vida.
- Cambios en el perfil epidemiológico, en años recientes, ha habido una creciente toma de conciencia del hecho de que la Salud Bucal es parte integrante de la Salud general. (9) La caries ha sido considerada, a nivel mundial, como una de las enfermedades de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal.<sup>3</sup>
- Cambios tecnológicos, revelados por crecientes avances en investigación y biotecnologías que aumentan exponencialmente los costos,

---

<sup>1</sup> Tobar, F. (2002). *Modelos de Gestión en Salud*. Buenos Aires. **Versión on line**. Págs.106-115.

<sup>2</sup> Bravo, M. (2005). *Modelos de provisión y Financiación en Odontología. La prestación de servicios Odontológicos en España. Principios, métodos y aplicaciones*. Barcelona. **Editorial Masson**. Págs. 413-424.

<sup>3</sup> Recientes informes de la OMS indican que entre un 60% a un 90% de la población escolar sufre de caries dental.

destinando menos esfuerzos a la comprensión de la integración de la atención Odontológica en programas más amplios que aspiren a reducir la carga global de Enfermedades No Transmisibles (ENT).

Otras tendencias que se manifiestan son las necesidades de extender la cobertura, mejorar el acceso a los servicios y las dificultades para financiar gastos crecientes.

Estos cambios impactan motivando a un replanteo en los modelos de atención Odontológica. Realidad que no es ajena a la que sufre la población de la ciudad de Córdoba y del espacio institucional público, como el caso de nuestro objeto de estudio, el Centro de Atención Primaria de la Salud N ° 33 (CAPS N ° 33) de barrio Argüello, perteneciente a la Secretaría de Salud Municipal.

La visión 2020 de la *Federal Dental Association*(FDA) menciona que ha llegado la hora de desarrollar un abordaje, que dé respuesta a las necesidades y demandas del público y a los derechos de todos los seres humanos a gozar de una buena Salud Bucal.

Starfield B. y Shi Leiyu, (2006), señalan que el énfasis puesto en responder a la demanda de servicios de Salud, sin una preocupación por la reorganización de éstos, ha sido una dificultad para responder a las reales necesidades sanitarias.

Por lo anteriormente expresado, no está claro cómo ha respondido el modelo de atención Odontológica del CAPS N ° 33, implementado durante el año 2012, y si el mismo se adapta a las tendencias de la situación del componente bucal de la Salud de la población de Argüello, por lo que se investigó acerca de las características específicas que presentó en cuanto a la provisión de servicios y las estrategias que se deberían implementar para mejorarlo.

### **Interrogantes orientadores para definir y delimitar el problema:**

¿Cómo fueron los procesos de atención del servicio de Odontología para el CAPS N° 33, durante el año 2012?

¿Necesitan ser cambiados dichos procesos?, ¿por qué?

¿Cómo se priorizó la demanda? ¿Necesita ser modificada?

¿Cómo se priorizó la atención? ¿Necesita ser modificada?

¿Cuáles fueron las prestaciones efectuadas?, por qué?

¿Es importante que el Odontólogo forme parte de los controles de embarazo, crecimiento y desarrollo del niño sano?, por qué?

¿Cuáles son las líneas de intervención que mejorarían el modelo de atención para disminuir el riesgo de sufrir enfermedades bucales?

### **1.1 Formulación del problema**

*¿Cuál fue el modelo de atención para el servicio de Odontología que se implementó en el Centro de Atención Primaria de Salud N° 33 de la ciudad de Córdoba durante el año 2012? ¿Cuáles serían las estrategias para implementar un nuevo modelo orientado desde una perspectiva holística, en sentido amplio, del concepto de Salud?*

### **1.2 Descripción del Centro Atención Primaria de la Salud N° 33 (CAPS N° 33).**

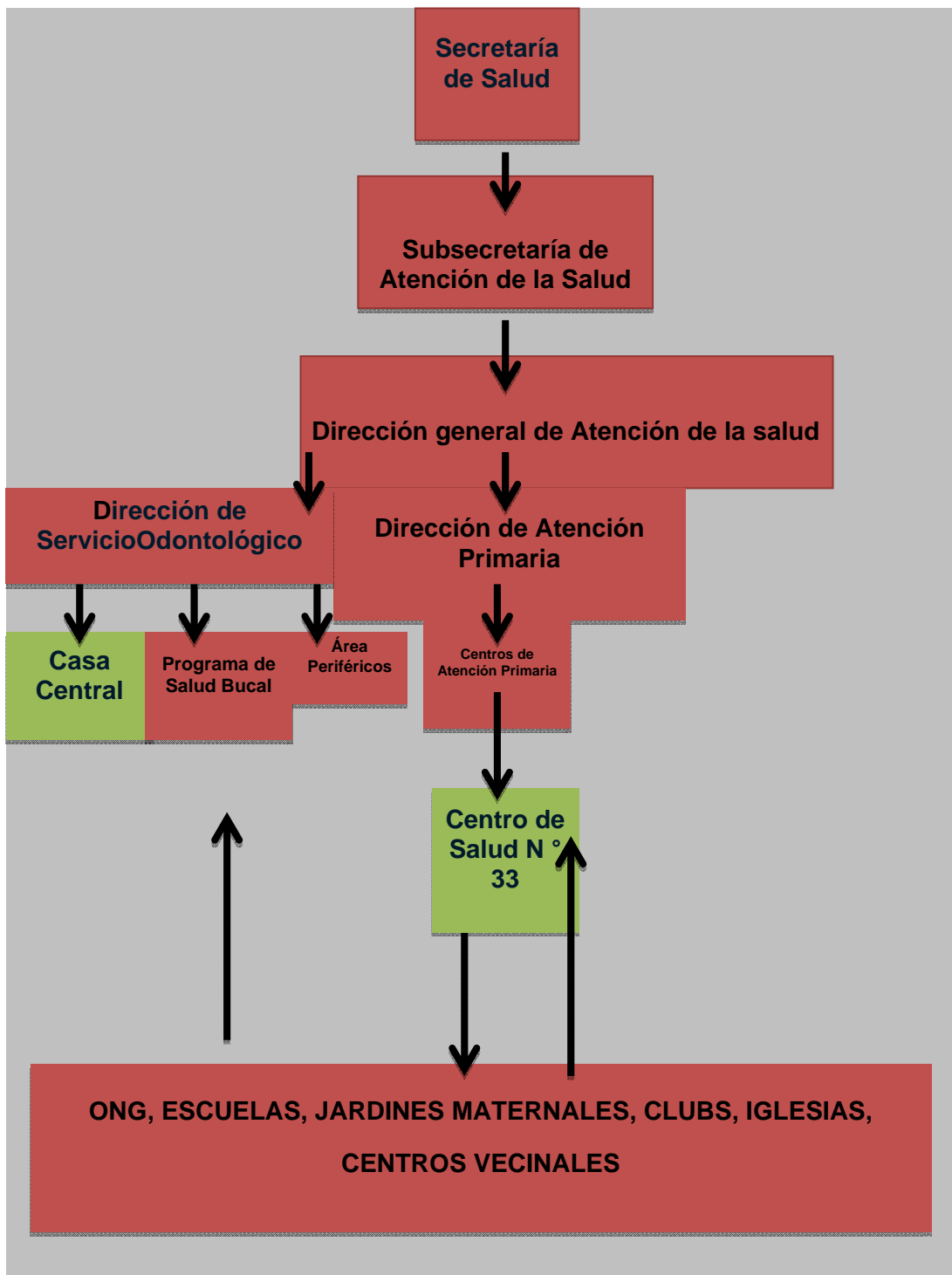
La ciudad de Córdoba es la ciudad capital de la Provincia de Córdoba, ubicada en la región central de Argentina. Es la segunda ciudad más poblada, después de Buenos Aires, y posee un extenso ejido municipal de 576 Km<sup>2</sup>. El censo nacional de 2010 estableció una población de 1.329.604 habitantes.

El subsistema público de Salud municipal se encuentra dividido en 6 zonas sanitarias. En su primer nivel de atención posee 97 CAPS, de las cuales, 78 cuentan con atención Odontológica (ver en anexo representación gráfica de las zonas sanitarias, figuras N° 25 y 26. La figura N° 1 muestra las dependencias Municipales de Salud).

El CAPS N° 33 de barrio Argüello pertenece a la zona sanitaria N° 6 (ver mapa en anexo) y se encuentra ubicado en el sector Norte de la Ciudad de Córdoba, es un Centro de Atención Primaria de la Salud Municipal, la figura N° 2 permite visualizar la integración del mismo a las dependencias de Salud.

La Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS) depende de la Dirección General de Atención de la Salud y ésta de la Subsecretaría de Atención de la Salud (Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba). El Servicio de Odontología de dicho CAPS pertenece a la Dirección del Servicio Odontológico y corresponde al Área Periféricos.

### Integración del CAPS a las Dependencias Municipales



**Figura N° 2** Representación gráfica de la integración del CAPS N° 33 en la Salud Municipal de la Ciudad de Córdoba, Argentina. Elaboración propia.

### **1.3 Población de referencia**

El universo poblacional de este estudio de investigación estuvo conformado por los pacientes efectivos y potenciales, correspondientes a vecinos ajustados al área geográfica delimitada por el Centro de Atención Primaria de la Salud N° 33 (CAPS) y a pacientes derivados de la zona sanitaria 6.

#### **Área Geográfica delimitada por el CAPS N° 33**

El centro de Salud N ° 33 se ubica en la zona noroeste de la ciudad de Córdoba capital, a 14 Km del centro de la misma, sobre avenida Donato Álvarez Km 7 ½, en el barrio de Argüello.

Las vías de acceso al centro de Salud son: Avenida Donato Álvarez, sobre la que se encuentra el centro de Salud, y Avenida Ricardo Rojas, paralela a Donato Álvarez. En cercanía, ambas avenidas nacen a la altura del C.P.C.de Argüello, en donde finaliza la avenida Rafael Núñez.

#### **Área de Responsabilidad de la Institución**

El área programática se delimita de la siguiente manera:

- Norte: Fin de barrio UOCRA, que limita al norte con Barrio Químicos.
- Sur: Avenida Recta Martinolli.
- Este: Islas del Atlántico Sur.
- Oeste: Calle Gallardo que limita con Villa 9 de Julio y Buenos Aires.

Los barrios que involucra son Argüello, Argüello Norte, Argüello Lourdes, UOCRA, Granja de Funes y parte de Silvano Funes.

La figura N° 3 muestra la delimitación correspondiente al área programática (ver Anexo).

**El Servicio de Odontología perteneciente al CAPS N ° 33 se encuentra en un marco contextual de diferentes servicios y programas, a saber:**

### **1.4 Servicios y Programas**

El CAPS N ° 33 es referencial de la zona sanitaria N° 6 y cuenta con las siguientes especialidades: Servicio de Laboratorio, Servicio de Ecografías y Servicio de Odontología. Esta entidad recibe derivaciones de otros Centros de la zona, como

los de Villa 9 de Julio, Villa Rivera Andarte, Argüello I.P.V., La Salle, Los Boulevares, Colinas del Cerro, El Cerrito, Mercantil Anexo, 16 de Noviembre, Villa Allende Parque, Los Cortaderos y Villa Cornú.

**-.Servicio de Odontología** (dependiente de la Dirección de Servicio Odontológico): Referencia de segundo nivel de atención. Además de la atención de primer nivel a niños, adolescentes y adultos, se realizan tratamientos de endodoncia, radiografías, prótesis removibles de acrílico, etc. Se atienden niños y adultos por demanda espontánea todos los días. Recibe derivaciones de los centros de Salud que conforman la zona sanitaria 6, participa del Control de embarazadas, Control de adolescentes, Control de niño sano, Control de paciente diabético y del programa de Salud escolar (Jardín Maternal Capullitos), que asiste a 160 niños.

Entrega de certificados escolares.

**-.Servicio de Ginecología** (dependiente de la DAPS):

Incluye los programas de prevención y control del cáncer genito-mamario de Salud sexual y programa de Salud sexual y reproductiva.

Concurren embarazadas para el control prenatal (119 pacientes bajo programa año 2012).

**-.Servicio de Pediatría** (dependiente de la DAPS):

Incluye los programas de atención de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Prevención y control de enfermedades diarreicas de menores de 5 años. Control de crecimiento y desarrollo de niño sano de 0 a 6 años (683 niños bajo programa año 2012)

**-.Servicio de Enfermería** (dependiente de la DAPS):

Programa de vacunación y participa de todos los programas, junto a cada servicio.

**-.Servicio de Medicina General** (dependiente de la DAPS):

Incluye los programas de Control del adulto asintomático, control y seguimiento del paciente hipertenso y diabético, Detección de casos de TBC pulmonar.

**-.Servicio de Administración** (dependiente de la DAPS):

A cargo de la entrega de turnos, medicamentos, leche. Entrega de historias clínicas en cada servicio, posterior orden de las mismas. Registro de consultas efectuadas por semana epidemiológica.

**-.Ludoteca**

Espacio de animación recreativa que ofrece la oportunidad de ocupar el tiempo libre en forma saludable. El CAPS se beneficia con las actividades que se desarrollan para la articulación interinstitucional y como punto de encuentros comunitarios.

**-.Servicio de Nutrición** (dependiente de la UNC):

Está a cargo de la profesora titular de la cátedra de Práctica en Salud Pública y alumnas de la Escuela de Nutrición. En el marco del convenio Municipalidad de Córdoba/Universidad Nacional de Córdoba. Participa de los programas del CAPS junto a cada servicio.

**-.Servicio de Laboratorio** (dependiente de la DAPS):

Participa de todos los controles y de la atención de las patologías, derivadas por los profesionales del Centro de Salud. Recibe derivaciones de la zona.

**-.Servicio de Ecografías** (dependiente de la DAPS):

Participa activamente del Control de embarazo y Control de DIU. Recibe derivaciones de la zona y de los distintos profesionales del CAPS.

**-.Servicio de Salud Mental** (depende de la Provincia de Córdoba):

Integrado por un Médico Psiquiatra, una Psicóloga y una Asistente Social.

**-.Servicio de Limpieza** (depende de contratación municipal):

Cubre los turnos de la mañana y tarde.

**-.Servicio de Vigilancia** (depende de contratación municipal):

Policía de la Provincia de Córdoba.



**Distribución de los recursos humanos**

Servicio	Recurso Humano	Horario (de lunes a viernes)	Horas semanales
Ginecología	2	7:00 a 19:12	36c/u
Pediatría	2	7:00 a 14:12	36/20
Enfermería	4	7:00 a 19:00	35 c/u
Medicina General	2	7:00 a 19:00	36 c/u
Odontología	2	7:00 a 14:12	36/25
Nutrición	3	8: 00 a 19:00	20 c/u
Salud Mental	3	8:00 a 19:00	20 c/u
Administración	2	6:30 a 13:30	35 c/u
Laboratorio	2	7:00 a 14:00	36 c/u
Ecografía	1	8:00 a 13:00	25
Ludoteca	2	8:00 a 19:00	
Limpieza	2	6:30 a 19:00	40 c/u
Policía	3	7:00 a 15:00	40 c/u

**Tabla N ° 1:** Distribución del Recurso Humano del CAPS N ° 33, horarios de atención y horas semanales. Elaboración propia. Año 2012.

**1.5 Marco teórico**

**1.5.1 Antecedentes**

Los modelos de atención definen la forma de provisión de servicios y se encuentran dentro de una organización perfectamente estructurada, integrándose en ella el conjunto de recursos humanos y financieros para poder llevar a cabo sus objetivos, dentro del esquema de la política sanitaria de un país. Las tendencias en la situación de la Salud bucal de nuestro país motivan un cambio en el modelo de atención Odontológica, ya que resulta trascendental la orientación con la que se abastecerán y organizarán los recursos de la oferta prestacional y los procedimientos técnico-administrativos destinados a relacionar la demanda con los servicios específicos que se deberán adoptar para satisfacer las necesidades de la población beneficiaria, en este caso, de la población que pertenece al CAPS N ° 33 de Barrio Argüello, en la Ciudad de Córdoba.

Dichas tendencias cobran especial importancia para mantener la Salud bucal de la población en el momento del diagnóstico y la oportunidad en la intervención, teniendo presente lo señalado por J. Boj y. Catalá (2011), estas representan un pilar fundamental para la prevención en la niñez y para la consecución de una Salud adecuada en la edad adulta.

Según N. Bordoni (2005), la caries dental puede considerarse como enfermedad trazadora, ya que, por la historia natural de la enfermedad, es sensible a la utilización y eficacia de la atención Odontológica, debido al control sobre los factores que influyen en la misma.

De acuerdo con los datos referidos por la OMS, la situación epidemiológica en Argentina arrojó un resultado, según el cual, el porcentaje promedio de niños con experiencia de caries en el grupo de 6 años fue del 74.4% y en el grupo de 12 años fue del 70%.<sup>4</sup>Estos datos indican una alta prevalencia e incidencia de la caries, afección que constituye un problema de Salud pública que se asocia a contextos vulnerables. También como síntoma, resulta visible durante la atención de otros problemas de Salud, motivando la derivación por parte de otras especialidades, como Pediatría, Ginecología, Enfermería, etc. (6)

Otras enfermedades bucales de gran importancia, por la frecuencia de casos, son las anomalías dentomáxilofaciales, éstas pueden ser advertidas al momento del diagnóstico, dando oportunidad a una pronta intervención.

La prevalencia de estas anomalías en la ciudad de Córdoba ha sido abordada por A. Lezcano de Ferrer y T. Villalba(2002).Las muestras fueron tomadas de escuelas municipales de la ciudad. Las anomalías relevadas correspondieron a un 82% de la población, es necesario tener presente que, generalmente, éstas se asocian a hábitos disfuncionales, los cuales pueden evitarse educando antes de su aparición y evaluando la necesidad o no de tratamiento temprano o la reeducación de algunas de sus funciones, ayudando así al crecimiento y a la Salud del sistema estomatognático. Frente a los cambios que se presentan, se deberá contextualizar una nueva forma de práctica Odontológica, esto implicaría, necesariamente, una discusión de los planteamientos tradicionalistas fuertemente arraigados.

La promoción de nuevos paradigmas apunta hacia la construcción de una práctica mucho más integral en correspondencia con la complejidad de su objeto de trabajo.<sup>5</sup>

Por lo anteriormente expuesto, se observa la necesidad de reorientar los servicios. Actualmente, existen modelos de atención en los que la perspectiva radica en el

---

<sup>4</sup> Colombo Y. y U lloque J. (2013). Argentina. Revista de Salud Bucal de CORA: N° 132, Págs. 6-10.

<sup>5</sup> Romero U. Chile. Programa itinerante de atención odontológica integral para la población rural itinerante. Experiencia piloto en la parroquia Los Nevados. (2008-2010) Versión *on line*, Págs. 3-5.

abordaje conjunto de las dimensiones biológica y social del proceso Salud – Enfermedad bucal. Contrariamente a lo que ocurre en el modelo de atención dominante en nuestra sociedad, en el que las acciones se orientan, predominantemente, hacia el componente biológico, para “curar” las enfermedades. Según los datos incluidos en el Banco Global de Datos Orales de la OMS y de la literatura que emplea métodos comparables (*European Comision, 2003 y 2005*), es posible constatar la eficacia que tiene un modelo de atención Odontológico basado en una filosofía y un método pensado en la Salud y no en la enfermedad como así también la ineficacia de los tratamientos restauradores como elementos conceptuales y principales en un tratamiento, cuyo objetivo es llegar a la Salud del paciente. Estos modelos de atención, junto a la aplicación de medidas preventivas, han sido de alta eficacia y han puesto en evidencia una mejoría del estado buco dental de la población en los países europeos, durante los últimos 25 años.<sup>6</sup>

Sin embargo, no existe evidencia científica suficientemente concluyente sobre datos que permitan analizar acerca de las características que se deberían incluir, en relación con un desarrollo ordenado de las acciones que se ejecutan, en el marco de un modelo de atención buco dental, para el subsector público en Argentina, menos aún en Córdoba, ni en la zona geográfica a la que refiere este estudio. Los datos necesarios para dicho análisis serían:

- Aquellos en donde se manifieste la participación de la demanda de atención con los prestadores del servicio.
- En relación al conjunto de lineamientos, fundamentados según evidencia científica.
- En concordancia con el sentido de la oportunidad en el momento de la intervención por parte del servicio de Odontología.
- A las características de las prestaciones que se llevan a cabo.

Es así como se pretendió describir -a partir del análisis de la realidad existente en la población de estudio y en correspondencia con los cambios a los que se ha hecho referencia- el modo en que se interpela el modelo de atención para el servicio de

---

<sup>6</sup> Ricarte O, (2011). Evolución del programa de Salud bucodental Infantil en la comunidad autónoma de Murcia tras ocho años de su implantación (2003- 2010). Tesis doctoral. Version *on line*. Page. 17.

Odontología, esperando desarrollar un nuevo modelo basado en una cultura de seguridad que permita prevenir errores en los procesos de asistencia, por infrautilización de uso de recursos y técnicas de promoción y de prevención.

Para llevar adelante esta tarea, se observó y analizó el funcionamiento de los sistemas y servicios de atención pública en el CAPS N°33, aplicando como herramienta el principio de la gestión de riesgos asistencial o clínico, para encontrar y sortear los errores. Luego, se presentará un nuevo modelo dinámico y acorde con la población. De esta manera, se espera contribuir al conocimiento actual dentro de esta área de investigación y abrir un espacio de discusión a otras investigaciones sobre estos temas.

### **1.5.2 Fundamentación**

Las referencias bibliográficas muestran que la caries ha sido considerada como la enfermedad de mayor carga en la historia de la morbilidad bucal, la caries afecta al 60-90% de la población adulta a nivel mundial. (9)

Otra enfermedad bucal de gran importancia, por su alta prevalencia, son las anomalías dentomáxilofaciales; según afirman expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ésta es considerada el tercer problema de Salud bucal.

Estos conceptos involucran la situación general de la Salud bucal de la población referente al CAPS N° 33 y, más aún, a los grupos de mayor vulnerabilidad, que presentan una situación de desventaja con relación al resto de la población.

Existen varias causas que han repercutido sobre el notable descenso en la experiencia de caries dental y de la aparición de anomalías dentomaxilofaciales en otros países.

- La mayor sensibilidad de la población sobre Salud buco dental.
- El aumento de la cultura preventiva del colectivo profesional.
- Instauración, por parte de los servicios de Salud pública, de programas preventivos en la población escolar, que han conducido a una mayor accesibilidad de los individuos a estos servicios.

Todas estas causas responden a un Modelo de atención Odontológica, cuya forma en los lineamientos de provisión de servicios pone el acento en la promoción de la Salud y prevención de las enfermedades bucodentales.

El conocimiento de las mismas es necesario para controlarlas, ya que la cadena causal de los factores patogénicos puede interrumpirse eficazmente en varios momentos y, actualmente, es posible hacerlo en las fases de inicio de la enfermedad, antes de que ésta dé lugar a lesiones irreversibles.

En términos generales, se puede inferir una realidad asistencial para el CAPS N ° 33, que se encuentra descontextualizada, en donde existe un decir y otro hacer y en donde se puede:

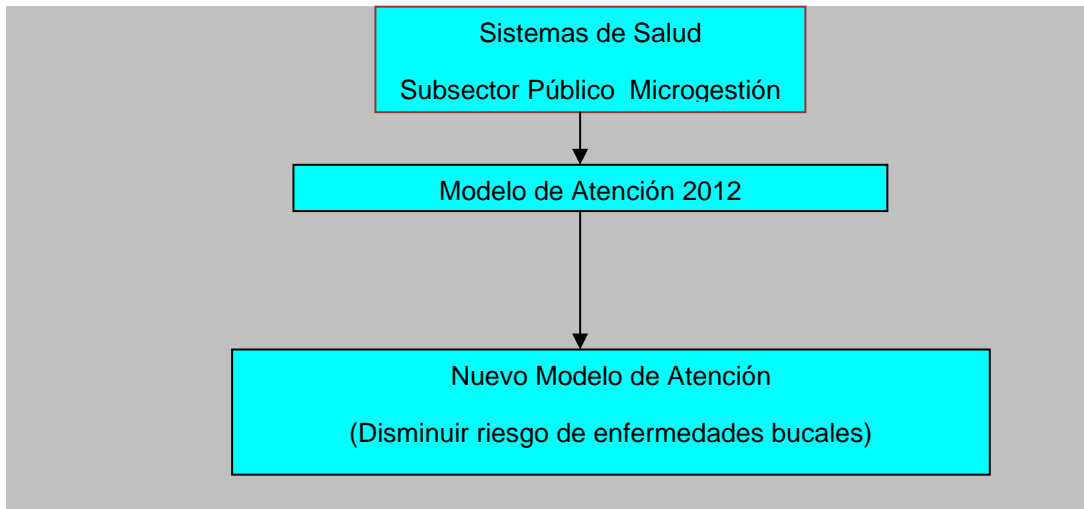
- Mejorar las actividades (oportunidad en la intervención).
- Facilitar la coordinación entre los diferentes profesionales que trabajan en el CAPS N ° 33 y otros servicios o instituciones.
- Disminuir la variabilidad no justificada de las actuaciones.

Actividades que, a largo plazo, llevarían a mejorar la Salud bucal de la población perteneciente al Centro de Salud.

### **1.5.3 Elementos teóricos necesarios para fundamentar el problema:**

1. Particularidades de los sistemas de Salud.
2. Tendencias de la situación de la Salud bucal a escala mundial.
3. Tendencias de la situación de la Salud bucal a escala nacional.
4. Cambios en el perfil epidemiológico.
5. Nuevas tecnologías.
6. Necesidades de extender la cobertura.
7. Dificultades para financiar gastos crecientes.
8. Paradigmas sobre modelos de atención.
9. Promoción de la Salud bucal.
10. Determinantes sociales de la Salud.
11. Prevención de la enfermedad bucal.
12. Atención Primaria de la Salud.
13. Riesgo.
14. Gestión de riesgo clínico.
15. Cultura de seguridad.

### Conjunto de relaciones del marco teórico



**Figura N° 4.** Conjunto de relaciones del marco teórico. Elaboración propia. Fuente: Metodología de la Investigación O.P.S.

#### 1. Particularidades de los sistemas de Salud:

El sistema de Salud en Argentina, como en la mayoría de los países de América Latina, no es una estructura rígida, sino cambiante, guardando estrecha relación con el contexto histórico. La estructura del sistema muestra un escenario fragmentado con **tres subsectores**: el subsector público, el subsector de las obras sociales y el subsector privado. El subsector público agrupa las instituciones de dependencia nacional, provincial y municipal. El subsector de obras sociales agrupa los servicios de las obras sociales nacionales y provinciales. El subsector privado agrupa las instituciones de medicina prepaga, las asociaciones de mutuales y los servicios de relación directa entre el usuario y el prestador. (5)

Desde la teoría general de sistemas, se define como sistema a la totalidad de elementos en interacción o a la unidad que comprende partes interdependientes, en mutua interacción, las cuales operan de acuerdo con ciertas leyes, de tal manera, que producen un efecto total o final, que no es la suma simple de las partes que lo componen.

Al aplicar el criterio sistémico, se entiende como Sistema de Salud a la entidad que contiene la totalidad de los componentes de un sistema abierto en continua interacción y que actúan sobre la Salud. El sistema posee como componente una

estructura de Salud que realiza diversos programas de Salud y provee asistencia sanitaria a la comunidad. (G. Acevedo, G. Martínez y J. Estario 2007)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la siguiente definición: “El Sistema de Salud incluye componentes interrelacionados del medio ambiente, actividades de las instituciones educativas, aspectos de la vivienda, condiciones laborales y otros sectores relacionados”.

Según F. Tobar (2002), se pueden distinguir tres componentes de un servicio de Salud: el político, el económico y el técnico. Cada uno de ellos involucra un conjunto de particularidades y cuestiones específicas, estando influidos por distintas dimensiones: la dimensión política, la dimensión económica y la dimensión médica. De esta manera, se pueden pensar los servicios de Salud como el conjunto de combinaciones que admite la intersección de los conjuntos: a) el político, al que se llamará **modelo de gestión**; b) el económico, al que se denominará **modelo de financiación**; c) el técnico al que referiremos como **modelo de atención** o **modelo asistencial**.

### Componentes del Sistema de Salud en Argentina

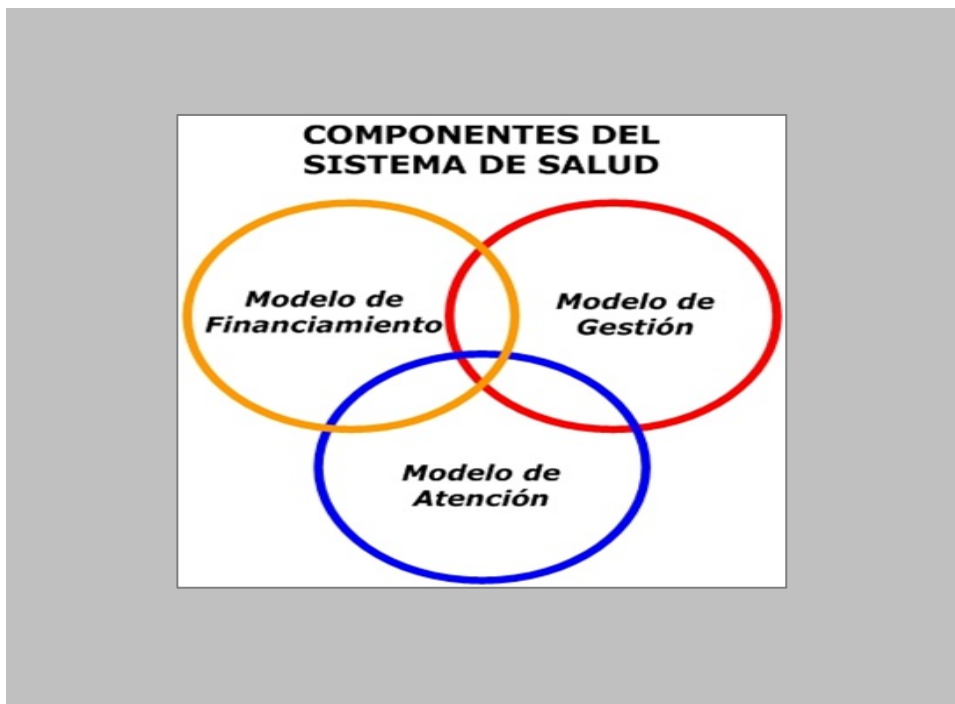


Figura N ° 5. Componentes del Sistema de Salud, según F. Tobar.

La problemática del modelo de gestión consiste en la definición de particularidades relativas a la conducción. La problemática del modelo financiero involucra un conjunto de definiciones económicas. La problemática del modelo asistencial o de atención es estrictamente médico-sanitaria, porque es una dimensión técnica, específica del sector, que involucra cuestiones vinculadas con la forma en que debe ser dividido y organizado el trabajo, para dar la respuesta adecuada a las demandas y necesidades de la población.

Para guiar este análisis se pueden seguir los siguientes interrogantes:

- *¿Cómo prestar?* Se trata de definir,
- *¿qué prestadores serán los responsables de la provisión de servicios?*  
En el sentido de la complejidad o adecuación de la calidad de los servicios.
- *¿Cuáles son los criterios o padrones que deben operar?* La problemática de la calidad involucra dimensiones en las cuales el saber sanitario es insustituible.
- *¿Dónde prestar?* De la misma manera, es necesario recurrir al saber médico sanitario para establecer,
- *¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta?*
- *¿Qué criterios de referencia y contra referencia adoptar?*

Vicente Ortún Rubio ha designado tres **niveles de gestión** en Salud, un nivel de *macrogestión*, que es la gestión de la política de Salud que involucra la intervención del estado. Un nivel de *meso gestión*, que es la gestión institucional que involucra centros, hospitales, mayoristas, aseguradoras y establecimientos de Salud. Y un nivel de *micro gestión* o gestión clínica, donde la mayor responsabilidad recae sobre los profesionales. Una particularidad del sector Salud es que el médico es responsable por la asignación del 70% de los recursos a través de millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas, tomadas cotidianamente en condiciones de incertidumbre; para ello gestiona, coordina y motiva a otras personas del propio servicio, de servicios centrales y de apoyo. (21)



## 2. Tendencias de la Situación de la Salud Bucal a escala mundial:

La caries dental junto con la enfermedad periodontal ha sido considerada, a nivel mundial, como una de las enfermedades de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal. En la actualidad, la distribución y severidad de las mismas varía de una región a otra y su aparición está fuertemente asociada con factores ambientales, socioculturales, económicos y del comportamiento, OPS (1997) / OMS (2002). La caries es todavía el mayor problema de Salud bucal en la mayoría de países industrializados. También es un problema de Salud muy prevalente en numerosos países asiáticos y sudamericanos, mientras que aparece con menos frecuencia en la mayoría de los países de África. (4)

Dos tendencias inquietantes corren paralelas a este aumento global de caries en los países en vías de desarrollo económico. Primero, ha surgido la decisión política, en una cantidad significativa de países europeos y de Asia-Pacífico, de alentar la práctica privada de la Odontología, dentro de estados que antes eran de bienestar, en los cuales, la profesión dental era, primariamente, un servicio brindado por el gobierno.

Esta "política de privatización" ha resultado en el deterioro de los programas de Odontología preventiva administrados por el gobierno. La consecuencia es que la enfermedad dental en niños presenta, en muchos países en vías de desarrollo, una tendencia creciente. Por ejemplo, la nueva generación de niños de los estados de bienestar social de la ex Unión Soviética ha comenzado a experimentar índices de caries más elevados. Se han reducido sustancialmente los fondos para programas dirigidos a la comunidad, particularmente los de prevención, llevados a cabo en las escuelas.<sup>7</sup>

La disminución en los niveles de caries observada en los países desarrollados ha sido el resultado de aplicar numerosas medidas de Salud pública, además del cambio en las condiciones y estilos de vida, y la incorporación de mejoras en las prácticas de auto cuidado.

Esta tendencia positiva podría disuadir la acción para mejorar la Salud oral o mantener los logros, también podría conducir a la creencia de que los problemas de

---

<sup>7</sup> Chester , W.D, (2010). *Oral Care Report* (ISSN 1520-0167) Versión *on line*.

caries ya no existen en los países desarrollados, haciendo que recursos actualmente disponibles para la prevención de caries se desvíen a otras áreas.

Sin embargo, se debe acentuar que la caries, como enfermedad, no se erradica sino que se puede controlar hasta cierto grado. (3).

Las anomalías dentomaxilofaciales son consideradas un problema epidemiológico de significativa importancia a nivel mundial, son el tercer problema de Salud bucal, después de la caries dental y las periodontopatías, según sostienen expertos miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Éstas tienen un profundo impacto en los individuos y en la sociedad en términos de molestias, limitaciones sociales y funcionales, ya que la percepción que los individuos tienen de su apariencia física influye en la valoración que estos hacen sobre su calidad de vida relacionada con la Salud bucal.<sup>8</sup>

Por otra parte, las prevalencias de dichas anomalías, reportadas por otros autores en diferentes partes del mundo, oscilan entre el 42% y el 89%. Es indudable que el problema, por su magnitud, pertenece al área de la Salud Pública.<sup>9</sup>

### **3. Tendencias de la situación de la Salud bucal a escala nacional:**

En la búsqueda de antecedentes para evaluar la situación en la República Argentina, se detectó que no existen datos oficiales actualizados y los que están disponibles, provistos por la Confederación Odontológica, no brindan información suficiente sobre la metodología utilizada en su recolección, lo que no permite saber si éstos son representativos de la población y de las regiones a las que hacen referencia, pudiendo existir sesgos que influyan en los resultados. Además, cabe destacar la dificultad existente para acceder a los mismos. Igualmente, salvando estos aspectos metodológicos y la mencionada dificultad de acceso a la información que poseen ciertas instituciones, como así también el hecho de que no existan datos actualizados, constituyen, en sí mismos, datos significativos a tener en cuenta. (6)

---

<sup>8</sup>Torres Fernández, C. (2009). Prevalencia y severidad de anomalías dentomaxilofaciales y necesidad de tratamiento Ortodóncico. Revista de publicaciones de portales médicos. Versión *on line*.

<sup>9</sup>Amerise, L. y Filippi, M. (2011). Epidemiología de alteraciones oclusales y máximo faciales. Su relación con factores socio-económicos y culturales. Educar en Ortodoncia. Vol 5, números 9-10, 27-36.

Los estudios disponibles muestran una estratificación en la carga de enfermedades bucales prevalentes, considerando las diferentes variables intervinientes (contexto vulnerable, estado de Salud general, acceso a programas preventivos). Este escenario parece responder a la profunda grieta que existe entre el conocimiento disponible producido por la investigación y las decisiones político-sanitarias que se adoptan. (5)

#### **4. Cambios en el perfil epidemiológico:**

En años recientes, hubo una creciente toma de conciencia del hecho de que la Salud buco-dental es parte integrante de la Salud general. Por añadidura, hay una asociación entre las enfermedades orales y las principales ENT (Enfermedades no transmisibles), puesto que comparten factores comunes de riesgo y hay indicios que señalan que las enfermedades orales en sí representan un factor de riesgo para el desarrollo de ENT. En suma, se ha identificado una relación entre enfermedades sistémicas y manifestaciones bucodentales en más de cien patologías, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las infecciones respiratorias, el cáncer y los problemas nutricionales. En septiembre de 2011, dicha reorientación culminó en una reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, cuya declaración final explícitamente reconoce que “las enfermedades renales, bucodentales y oftalmológicas constituyen una carga importante para el sector de la Salud de muchos países y que estas enfermedades comparten factores comunes de riesgo y pueden beneficiarse de las respuestas comunes a las enfermedades no transmisibles”.(9)

#### **5. Nuevas tecnologías:**

El manejo de las enfermedades orales está orientado, primariamente, hacia el tratamiento en un contexto clínico, lo cual se ve reflejado en el tipo de proyectos de investigación que se emprenden.

Hoy en día, vivimos en una era caracterizada por una cantidad creciente de avances y descubrimientos. En Odontología, éstos se centran, principalmente, en las siguientes áreas: mecánica y la biofísica del tejido conjuntivo, ingeniería de tejidos, biotecnologías (terapia genética), administración de drogas (dinámica del transporte),

e ingeniería molecular (estructura macromolecular, estructura de las proteínas y terapias moleculares). Las tecnologías dentales también evolucionan, especialmente en lo que respecta a los biomateriales y materiales dentales. (9)

En relación con la población puede decirse que, en general, los avances tecnológicos han contribuido a incrementar la esperanza de vida y la calidad de vida, aunque es preciso advertir que, en no pocos casos, también a profundizar las desigualdades.

Asimismo, la vertiginosa renovación tecnológica genera tensiones en forma permanente y continua en el interior de los sistemas de salud. (G. Acevedo, A. Farías y J. Sánchez, 2008)

#### 6. Necesidades de extender la cobertura:

Subsisten marcadas desigualdades de acceso a una atención buco dental adecuada, que encuentran su raíz en diversas causas, como la dispar distribución geográfica de profesionales competentes entre los distintos países, como así también, dentro de un mismo país; la distribución inequitativa de los tratamientos para algunos segmentos de la población, así como la incongruencia entre las necesidades reales y la demanda efectiva en áreas en las que hay una escasa conciencia acerca de lo que es la buena Salud buco dental. (9)

El sistema de Salud pública debería garantizar el acceso a la Salud, sin embargo, cuando hablamos de cobertura, según datos del censo 2008 de la Provincia de Córdoba, la tenencia de obra social o prepaga constituyen un indicador clave: en Córdoba, el **67,9% de la población tiene obra social y/o prepaga** y el porcentaje restante no cuenta con esta afiliación obligatoria o voluntaria, esto permite estimar la presión o demanda potencial sobre el sistema público. Comparando los resultados por sexo, se destaca que la población femenina cuenta con una mayor cobertura de obra social y/o prepaga que la población masculina (69,3% y 66,3%, respectivamente).

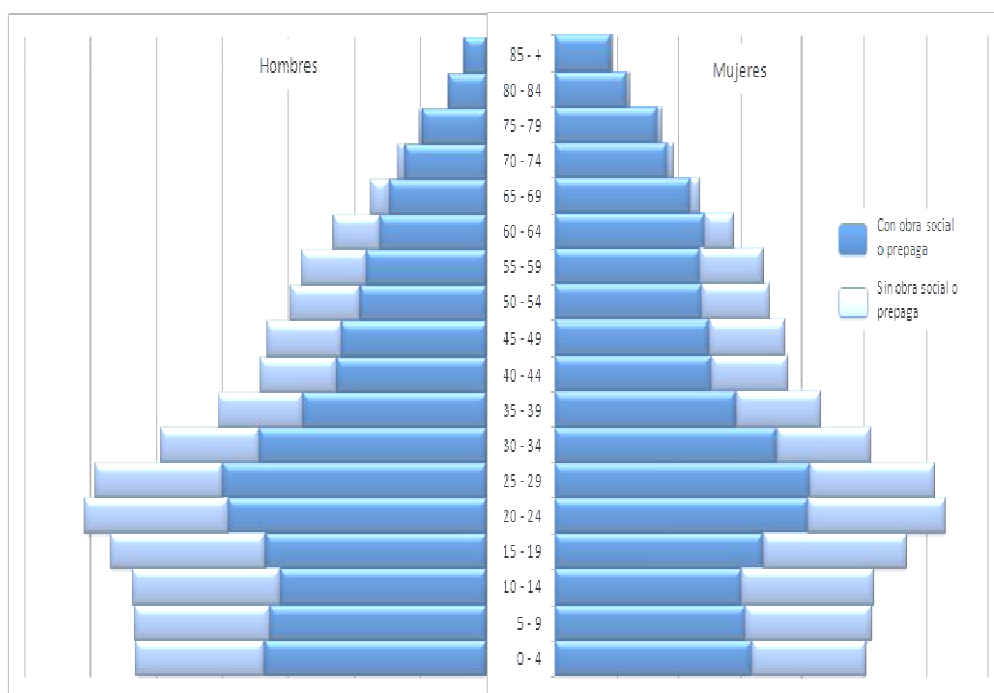
Para realizar una lectura por sexo y grupos de edades, se presenta una pirámide poblacional que grafica, unificadamente, la población por sexo, edad y tenencia de cobertura de Salud a través de obra social y/o prepaga.

En la parte interna (color celeste oscuro), tenemos la estructura de la población que cuenta con cobertura de Salud, obra social y/o prepaga, mientras que, en la parte exterior, se muestra a la población que no posee dicha cobertura de Salud.

Este gráfico permite ver que una alta proporción de la población adulta cuenta con obra social o prepaga. Contrariamente, en los menores de 30 años se observa una alta proporción de la población sin obra social o prepaga, donde los grupos entre 15 y 29 años muestran el menor nivel de cobertura.

A modo de conclusión, si bien la población femenina, respecto a la masculina, cuenta con mayor cobertura de Salud por obra social o prepaga, las diferencias que se presentan son explicadas más por la edad que por el sexo de las personas. Así, puede verse que es mayor la cobertura en la población adulta que en la población joven de 20 a 29 años, que presenta los menores niveles de cobertura. Diferente es la lectura de los datos en el caso de los menores de hasta 4 años, donde el acceso a la Salud cobra una mayor importancia y, aproximadamente, 4 de cada 10 niños de esas edades no cuentan con obra social y/o prepaga. (19)

**Pirámide poblacional  
(Por estructura de sexo y edad) según cobertura de Salud**



**Figura 6-**Pirámide poblacional, por estructura de sexo y edad, según cobertura de Salud. Fuente: Censo Provincial de Población 2008. Dirección General de Estadística y Censos.

La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de Salud se acercan a la población. Este concepto se entiende como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer. Es posible distinguir distintas clases de barreras las *geográficas*, definidas por la imposibilidad de acercar los servicios a la población, ya sea por un accidente geográfico natural o por una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista); b) las *económicas*, que aluden a la imposibilidad de acceso motivadas por falta de dinero; c) las *administrativas*, que expresan la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo, los horarios de atención o los turnos; d) y la *cultural*, que se encuentra definida por las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población, esta situación también es considerada una barrera de acceso.

El problema de definir la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Por lo que se deben definir las condiciones de acceso como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrán en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Esto nos lleva a considerar el concepto en su complejidad, incluyendo en su análisis una dimensión relacional.<sup>10</sup>

Dicho esto, definimos accesibilidad como el vínculo que se crea entre los sujetos y los servicios. Este vínculo se construye a partir de la combinatoria entre las “*condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios*”.

#### **7. Dificultades para financiar gastos crecientes:**

A nivel mundial, las enfermedades buco dentales son la cuarta patología más costosa de tratar; la caries dental afecta a la mayoría de los adultos y a un elevado

---

<sup>10</sup> Comes Y., Solitario R. y Garbus P. (2009). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. Buenos Aires. Anuario de Investigaciones. Vol. XIV. Págs. 209-210.

porcentaje de escolares, lo que conlleva la pérdida de millones de días de escuela cada año. (4) Pese a que éstas son previsibles, tanto para el individuo, como para la población, éstos deben asumir los costos elevados de su tratamiento. (5)

Además de estos costos directos, también se deben considerar los costos indirectos, incluyendo entre ellos la pérdida de productividad de aquellas personas que sufren de enfermedades bucodentales. Estas son la causa de una cantidad incalculable de días de trabajo perdidos en todo el mundo. En términos de beneficios, la Odontología y el resto de la industria de atención buco dental generan una contribución significativa al mercado laboral y a la economía de un país, principalmente, en los países desarrollados. (9)

Por otro lado, Chester Douglass (2004), Profesor de Políticas de Salud oral y Epidemiología en las Facultades de Odontología y de Salud Pública de la Universidad de Harvard, señala que, a medida que en los países en desarrollo se solidifica la privatización de la profesión odontológica, se ve severamente afectado el acceso a la atención dental basada, en gran medida, en la capacidad de pago. Este el caso de aquellos países en los que la atención está disponible, casi en forma exclusiva, a través del sistema de práctica privada, comprometiendo la Salud oral de los niños que carecen de cobertura privada. Al igual que en los Estados Unidos, los niños de familias con menores ingresos carecen de acceso adecuado a la atención Odontológica preventiva y de restauración temprana. Lamentablemente, este también es el caso de millones de niños que viven en los países en vías de desarrollo.

Por lo tanto, existe la urgente necesidad de prestar mayor atención global a la Odontología preventiva.

## **8. Paradigmas sobre modelos de atención en Odontología**

Es recurrente el uso del término ‘paradigma’, al cual podemos definir como el modelo o forma de pensar y actuar vigentes en determinado periodo y espacio. Los paradigmas se caracterizan por poseer cierta estabilidad, pero, con el transcurso del tiempo, estos modelos se desgastan y requieren de una adaptación o renovación; la reacción individual o de grupos de trabajo conjunto frente a estos cambios puede variar, ya sea que las personas generen, entiendan o ignoren los cambios producidos.

De esta actitud dependerá el éxito en las actividades emprendidas por cada uno de los profesionales o grupos multidisciplinarios. (17)

La Odontología convencional trata sólo problemas de la boca, mientras que la Odontología con enfoque holístico se esfuerza por descubrir la causa de los problemas y los efectos del problema en todo el cuerpo, con la menor exposición posible a las toxinas manejables, para alcanzar la Salud general. El enfoque holístico estudia cómo la Salud de la boca afecta al ser y viceversa. Trabaja bajo la creencia de que el cuerpo es un sistema complejo y que cada parte depende del correcto funcionamiento de todas las demás. (17)

La visión 2020 de la *Federal Dental Association* considera que se debe reorientar el modelo, abandonar el enfoque curativo tradicional, básicamente patogénico, y dirigirse hacia un enfoque más salutogénico. Lo que implica pasar de un enfoque exclusivo a un enfoque inclusivo, participativo, adaptable y eficaz, que tenga en cuenta a todos los agentes susceptibles de contribuir a la mejora de la Salud bucodental de la población. Para lo cual, se debe desarrollar un enfoque de la atención Odontológica basado en la evidencia científica, que se sustente en definiciones comunes y métodos de recolección y análisis de datos, con miras a garantizar que los actuales esfuerzos de investigación se mantengan, evitando que éstos se dispersen o fragmenten. (12)

## **9. Promoción de la Salud bucal:**

La Carta de Ottawa para la promoción de la Salud analiza el proceso Salud/enfermedad, considerando todos los instrumentos de que dispone la sociedad para la mejora de la Salud, uno de ellos es el esfuerzo de la acción social. Por otra parte, recuerda que, por fuera de los servicios sanitarios, se producen acciones que inciden en la Salud y anima a que se potencie el auto cuidado y la formación de grupos de ayuda mutua. (11) Además, destaca que se debe mejorar el nivel de información o “alfabetización informacional” de la población en materia de Salud bucodental, optimizar la planificación de la población activa global y suministrar recursos adecuados para educarla y entrenarla. Éstos son algunos de los retos y oportunidades que habrán de asumirse para satisfacer una necesidad actualmente insatisfecha.



#### 10. **Determinantes sociales de la Salud y su relación con la Salud bucal:**

Estos conforman las bases de la Salud pública moderna, ya que son los responsables de la mayor parte de las desigualdades sanitarias, es por esto que se los define como la “causa de las causas” de los problemas de Salud de un país. A lo largo de la historia, han sucedido hechos que han marcado el enfoque de los DSS, un hito clave fue la formación de la OMS (1946), que tuvo como una de sus funciones esenciales el promover mejores condiciones de vida para las personas y así proteger su estado de Salud.(10)

Podemos citar algunos de los determinantes más relevantes, a saber: género, ingreso económico, nivel de educación, condiciones de vivienda, empleo, saneamiento ambiental, acceso a servicios de Salud. Diversos estudios han cuantificado las consecuencias sociales de la enfermedad a través de las limitaciones en la vida diaria y la calidad de vida. En Salud pública, los DSS son un punto clave para poder solucionar los problemas de Salud y llegar a la meta de una equidad en Salud; es por eso que, cuando se diseña e implementar un programa, se deben tener presenta los mismos. En la práctica clínica Odontológica, los DSS son factores que participan en el proceso de Salud-Enfermedad. Por esto, se debe comprender que la caries dental y otras enfermedades bucodentales presentan una causa subyacente mucho más compleja, además del proceso biológico.

#### 11. **Prevención de la enfermedad bucal:**

El desarrollo de la dentición es una serie de eventos biológicos que, sin pausa, ocupan gran parte de la vida intrauterina y casi dos décadas postnatales, con variaciones individuales y un indudable efecto de factores ambientales que pueden influir, en forma positiva o negativa, durante el crecimiento. El Odontólogo debe estar comprometido con el diagnóstico y la oportuna detección de estos eventos y su eventual control. La evolución de la práctica profesional en Odontología pediátrica indica una fuerte tendencia a la evaluación integral del niño con un enfoque más amplio y sistémico que hará necesario el establecimiento de vínculos con otros profesionales para encontrar los momentos y las acciones más apropiadas y así asegurar el desarrollo normal del aparato masticatorio. (6)De lo contrario, se presentan **las anomalías dentomaxilofaciales** que difícilmente responden a un único

*factor causal*, siendo varios los que intervienen en su desencadenamiento. En algunos casos responden a un patrón genético, en otros, a factores ambientales como la respiración o, frecuentemente, a hábitos disfuncionales. En todos los casos, es fundamental el diagnóstico temprano.

Sucede algo similar con **las lesiones de caries dental**, los estudios de Köler y Col (1978) han demostrado que las madres con altos niveles de *Streptococos mutans* los transmiten frecuentemente a sus hijos, tan pronto como aparecen los dientes primarios, circunstancia que conduce a un aumento en el desarrollo de caries dental.(11) Situación que se agrava en dientes primarios recién erupcionados o en erupción, cuándo el esmalte es más susceptible a la caries dental, situación que persiste hasta que se completa la maduración, dos años posteriores a su erupción. La ciencia preventiva se define como “todas aquellas enseñanzas y actuaciones que tienen como fin conservar y proteger el máximo grado de Salud posible”. Se considera **prevención primaria** a todas aquellas actuaciones que se llevan a cabo para evitar la aparición de la enfermedad, interviniendo sobre los factores de riesgo y potenciando los factores de protección y prevención de la Salud. En el nivel de la asistencia primaria Odontológica, se puede actuar sobre el periodo pre patogénico de la enfermedad, realizándose una prevención primaria, o bien, una **prevención secundaria**, dentro de una fase temprana de la patología y, de este modo, se mitigan los factores de riesgo. La **prevención terciaria** es la que trata de revertir los daños que causa la enfermedad y controla sus consecuencias. (5)

## **12. Atención Primaria de la Salud bucal:**

La APS es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. (12) El conocido trabajo de Barbara Starfield demuestra que los países que disponen de un sistema más orientado hacia la Atención Primaria obtienen mejores resultados, entendido en términos de menores costes, inferior consumo de medicamentos, más satisfacción y mejores indicadores sanitarios.

En la región latinoamericana, desde hace casi tres décadas, los sistemas de Salud han experimentado reformas que dieron lugar a diferentes modelos con distintas fuentes

de financiamiento. La mayoría de los sistemas de Salud latinoamericanos enfrentan la segmentación y fragmentación, los cuales dificultan el fortalecimiento de la APS y la cohesión social.<sup>11</sup>

Para algunos autores, el criterio que acompaña al concepto de Atención Primaria de la Salud supera el modelo biomédico de la sanidad y, por el contrario, enfatiza la importancia de los factores sociales, conductuales y económicos como aspectos importantes en relación con la Salud. Esta visión crítica es especialmente relevante respecto a los servicios de Salud odontológica, en los que el enfoque individualista, hipertécnico y mecanicista ha sido predominante, y donde, prioritariamente, se han tratado más las lesiones y sus secuelas. (10)

### **13. Riesgo:**

Es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la Salud (enfermedad, accidente, incapacidad), en un período específico y en una comunidad dada. El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de Salud y figuran en él numerosas sugerencias acerca de las aplicaciones en la asistencia sanitaria. Estas ideas han surgido, precisamente, por la determinación de las posibilidades de predecir un acontecimiento, tanto en el plano de la enfermedad como en el de la Salud, lo que ofrece a la atención primaria de Salud bucal un nuevo instrumento para mejorar la eficacia y las decisiones sobre el establecimiento de prioridades. (16)

El **factor de riesgo** es todo factor ambiental, biológico o de conducta del individuo, que, estando presente, aumenta directamente la probabilidad de que ocurra la enfermedad, y, si está ausente o es eliminado, reduce dicha probabilidad. Identificar el riesgo es más difícil en las enfermedades crónicas, ya que éstas son causadas por múltiples factores. La caries dental se encuadra dentro de este tipo de enfermedades, cuyo manejo requiere de la modificación de conductas o hábitos y un fuerte compromiso personal o adhesión al tratamiento.

---

<sup>11</sup> Forti S. (2009) La APS como ordenadora del sistema de Salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial. Págs. 1,13, 63 y 64.

Los factores que causan el desarrollo de la lesión deben ser **identificados** y **modificados** para que el proceso de caries pueda detenerse en su totalidad y no progrese.

El riesgo cariogénico varía significativamente en diferentes grupos etéreos, individuos, dientes y superficies. En cuanto a las **edades de riesgo** en la niñez, un primer grupo lo constituyen los niños de uno a tres años, donde la enfermedad tiene entidad propia, conocida como **caries de la primera infancia**. La siguiente edad de riesgo es entre los cinco y siete años y tiene relación con **la erupción del primer molar** permanente. (6)

#### **14. Gestión de Riesgos Clínicos:**

La Gestión de Riesgos Clínicos nace como una disciplina nueva encargada de estudiar los efectos adversos de la asistencia sanitaria. Ésta se basa en la identificación y análisis de las causas que originan efectos adversos, para poder controlarlos y prevenirlos, o bien reducirlos. El error más común en atención primaria (50% de casos) fueron retrasos en el diagnóstico.<sup>12</sup>

Prácticamente, todos los elementos de la acción sanitaria están asociados con algún riesgo para el paciente. La presencia de estos riesgos, junto con la posibilidad de producirse errores en sistemas complejos, hace necesaria una adecuada gestión de éstos, lo que implica el compromiso, por parte de los profesionales y gestores sanitarios, de adoptar una actitud proactiva, orientada al uso de metodologías que permitan identificar los problemas y las causas que los originan, con el fin de desarrollar estrategias que los prevengan o que reduzcan su repetición. (6)

La gestión del riesgo asistencial-o riesgo clínico concerniente a los pacientes-es clave para la seguridad de los mismos y combina tres tipos de riesgos interdependientes:

- El riesgo inherente al paciente, relacionado con el proceso que padece y que, a su vez, puede estar condicionado por factores como la edad, la comorbilidad, el nivel educativo u otros factores.
- El relacionado con las decisiones médicas sobre las estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

---

<sup>12</sup> Suzette Woodward, (2010). Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria. National Patient Safety Agency. Versión *on line*.

- El ocasionado por aplicación de éstas y los cuidados recibidos.

### 15. Cultura de Seguridad:

La OMS define a la seguridad de los pacientes como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de Salud o mitigar sus consecuencias.

Todas las organizaciones que ponen en juego la seguridad deben desarrollar la cultura de la seguridad para prevenir errores humanos y lograr el beneficio de los aspectos positivos de las personas. La cultura de un determinado hospital, servicio o centro de Salud es el modo en el que se sienten y hacen “las cosas” en el mismo.

Actualmente, la cultura predominante en los escenarios en que se presta la asistencia sanitaria se caracteriza, entre otros aspectos, por el silencio de los errores que ocurren, debido al temor a sanciones, la pérdida de crédito y prestigio profesional; predominio del individualismo sobre el trabajo en equipo. Por todo ello es preciso un cambio cultural encaminado a conseguir que los errores no sean considerados fallos personales, sino consecuencia de la interacción de múltiples factores, así como oportunidades para mejorar el sistema y evitar los daños. Este es el primer paso para mejorar la seguridad del paciente. Lo más importante cuando surge un problema no es preguntarse *¿quién?*, sino *¿qué ocurrió?*, *¿cómo?*, *¿cuándo?*, *¿por qué?*, *Cómo se podría haber evitado?* y *¿qué puede hacerse para que no vuelva a ocurrir?* (2)

L. Tafani (2013), en su trabajo de responsabilidad médica, señala que **chance** es la posibilidad de un beneficio futuro probable y privara una persona de esa expectativa, “de ese beneficio futuro probable”, es **pérdida de chance**. Para los profesionales de la Salud el problema aparece cuando la expectativa se frustra por una negligencia médica. El paciente perdió la **chance** que tenía de haberse evitado un problema, de mejorar, de curarse o de sobrevivir.

### 1.6 Propósito de la Investigación

El propósito de la investigación fue observar, a partir de la relación establecida entre la demanda potencial de la población en relación con los turnos que se otorgaron, el

modo de organización de los turnos, la frecuencia de las prestaciones realizadas (orientadas a promoción, prevención y/o curación) y la frecuencia de derivaciones recibidas de los programas, cuál fue el modelo de atención cristalizado y las características que el mismo presentó en el CAPS N ° 33 durante el año 2012. A partir de estos resultados, se detectaron errores que permitirían establecer líneas o estrategias de intervención que admitan la mejora del modelo de atención 2012, mediante la gestión de riesgo bajo el concepto de cultura de seguridad.

## **2.- OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo General:**

- Analizar el modelo de atención Odontológica que se llevó a cabo en el CAPS N ° 33 de barrio Argüello Córdoba Argentina durante el año 2012, a fin de proponer un nuevo modelo, basado en la promoción de la Salud y la prevención de las enfermedades buco dentales, especialmente orientado a facilitar la accesibilidad de la población a dicho plan.

### **2.2Objetivos Específicos:**

- Analizar la demanda potencial de la población de referencia al CAPS N ° 33, en relación a los turnos que se otorgaron en el año 2012.
- Indagar acerca del modo de organización de turnos del servicio de Odontología perteneciente al CAPS N ° 33, para el año 2012.
- Describir la frecuencia de prestaciones Odontológicas de promoción, prevención y curación, que se realizaron en el servicio de Odontología durante el año 2012.
- Releva la frecuencia de las derivaciones atendidas en el servicio de Odontología provenientes de programas de Control de Crecimiento y Desarrollo de Niño Sano y de Control de Embarazo, durante el año 2012.
- Proponer líneas o estrategias de intervención para plantear un nuevo modelo y lograr la reducción de riesgo de enfermedades bucales.

### 3.-MATERIALES Y MÉTODO

#### **Selección de variables e identificación de su relación con el problema de estudio:**

- a. La variable central se relacionó con las características del modelo de atención Odontológica, que se desarrolló durante el año 2012 en el CAPS N ° 33. Ésta es la variable dependiente.
- b. Las variables independientes son aquellas que ayudan a explicar y analizar el comportamiento de la variable dependiente del problema y se han identificado como:
  1. La demanda potencial de la población de referencia sobre el CAPS N ° 33, en relación con los turnos que se entregaron, esto permitió observar si existió respuesta adecuada a las necesidades de la población.
  2. El modo de organización de turnos, por la cantidad de turnos otorgados con diferentes finalidades, que orientó el modelo de atención Odontológico 2012.
  3. Particularidades de la asistencia sanitaria expresada mediante las prestaciones realizadas de promoción, de prevención y curación, que permitieron explorar las características del modelo de atención 2012, de acuerdo al perfil Salud-Enfermedad.
  4. Momento cronológico oportuno en la intervención Odontológica, que se manifestó mediante el análisis de las derivaciones de Control de Embarazo y de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño, en relación con los programas y su eventual derivación, también contribuyeron con el estudio del modelo de atención.



### 3.1 Materiales

La recolección de datos fue un proceso lento, dificultoso y se seleccionaron los siguientes elementos:

En relación con la **demanda potencial de atención de la población de referencia** sobre el CAPS N ° 33, fue necesario conocer la cantidad de habitantes pertenecientes al mismo, para ello se utilizó la base estadística oficial de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba que utilizó como fuente de datos el Censo Nacional para Hogares y Viviendas, INDEC 2010. Este dato se proyectó a los antecedentes del censo provincial 2008, en donde se establecen porcentajes de población en relación con la cobertura de Salud, con el objeto de estimar la cantidad de habitantes sin dicha cobertura, considerando a este grupo como la demanda potencial de la población de referencia.

El resultado permitió realizar una interesante comparación con la cantidad de turnos disponibles en mesa de entradas, que se tomaron teniendo en cuenta los días hábiles del año calendario 2012, en los cuales se brindó atención en el Centro de Salud.

Debe señalarse que los datos son estimativos y, para el caso de los censos tomados y la relación establecida, se presentan como variable contextual de interés para el presente estudio.

**El modo de priorización de turnos para el día** constituyó otro elemento de análisis. Se distinguieron cinco formas diferentes de solicitar turnos para el día para el servicio de Odontología, por parte del usuario, para lo que se dispuso una determinada cantidad de turnos por día de atención, dentro del período de enero a diciembre de 2012:

- Turnos para demanda espontánea y atención en el día
- Turnos derivados de la zona sanitaria 6 para rx
- Turnos derivados de otros servicios (Ginecología, Pediatría, Enfermería)
- Turnos para urgencias
- Turnos para certificados buco dentales

A partir de estos datos, se estableció la relación existente entre la organización de la demanda de atención y la orientación en el modelo de atención Odontológica, el mismo quedó visualizado por la cantidad de turnos disponibles para cada finalidad.

Otro factor o elemento seleccionado fue con respecto a las **prestaciones realizadas**, estos datos se extrajeron de la base estadística del Servicio Odontológico Municipal. Las prestaciones Odontológicas se encontraron clasificadas por códigos que describen actividades, cada código tiene su cantidad total anual. Estas prestaciones fueron agrupadas en tres conjuntos para valorar la orientación del enfoque, en la atención Odontológica que se llevó a cabo en el centro de Salud, se trabajó en dos niveles, uno teórico conceptual y un segundo nivel, en el que se agruparon las prestaciones. De acuerdo con la descripción de las actividades que se llevaron a cabo, proponemos la siguiente clasificación:

- Prestaciones orientadas a la promoción de la Salud bucal (charlas de educación para la Salud, control del bebé hasta los 24 meses de vida, asesoramiento dietético, Control de Embarazo y prevención del contagio madre al hijo).
- Prestaciones orientadas a la prevención de enfermedades bucales (topicaciones con flúor; selladores de fosas, surcos y fisuras; técnica de higiene individual).
- Prestaciones orientadas a la curación de enfermedades bucales (todas aquellas prestaciones en las que ya aparece algún síntoma de enfermedad bucal).

Como último elemento se estableció la cantidad de **derivaciones atendidas** en el servicio de Odontología, provenientes de los servicios de Pediatría y Ginecología, en relación con la cantidad de pacientes bajo programa de atención de los Controles de Embarazo y de Crecimiento y Desarrollo de Niño Sano (CCDN) respectivamente para el año 2012.

Para llevar adelante esta tarea se hizo una búsqueda de historias clínicas, las de Control de Embarazo, que se encuentran separadas por programa en el servicio de Odontología. Hubo que apartar las historias clínicas de Crecimiento y Desarrollo del Niño, del resto de las historias clínicas de niños, siendo sólo escogidas las de 0 a 5 años de edad. En ambas, debía encontrarse registrada la atención del control en el año 2012.

## 3.2 MÉTODO

### 3.2.1 Diseño

Se realizó una investigación cuantitativa, a fin de contemplar características propias del modelo de atención. Según análisis y alcance, de tipo descriptivo<sup>13</sup>. Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, retrospectivo. Según el período y secuencia del estudio, de diseño transversal, de Enero a Diciembre de 2012, cuyo soporte documental fueron registros y datos oficiales del CAPS N ° 33.

### 3.2.2 Muestra de estudio

#### Unidades de muestreo:

1. Demanda potencial que asiste al CAPS para la atención Odontológica: constituida por los potenciales pacientes de la población de referencia, sobre el CAPS N° 33.
2. Turnos para el día por demanda espontánea para el servicio de Odontología año 2012.
3. Prestaciones realizadas en el servicio de Odontología del CAPS N ° 33 en el año 2012.
4. Derivaciones atendidas y documentadas provenientes de los programas de Control de Embarazo y de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño, en el año 2012.

La técnica de muestreo sería no probabilística, para las unidades 1, 2 y 4 ya que se caracterizó por el hecho de que no fue posible determinar la probabilidad de inclusión de cada unidad elemental de la población en la muestra, citándose el muestreo intencional o por conveniencia, en donde se seleccionaron las muestras siguiendo algunos criterios identificados para los fines del estudio. En el caso de la unidad 3 (prestaciones realizadas) se tomaron la totalidad de prestaciones, en las cuales podían presentarse determinadas características susceptibles de ser estudiadas.

---

<sup>13</sup>De Canales F., De Alvarado E. y Pineda B. (1986). *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de Salud*. O.P.S. Primera edición. México: Limusa, S.A. Págs. 135, 142 y 144.

**Unidades de muestreo**

<b>Unidad de muestreo</b>	<b>Criterio y Justificación</b>
<b>Pacientes potenciales de la población de referencia sobre el CAPS N ° 33</b>	<p>Se analizó el proyectado de los estimados censales (32,3%) de la población de referencia perteneciente al CAPS N ° 33, que no tiene obra social y/o prepaga y se estableció una relación con el número de turnos disponibles para el servicio de Odontología en el CAPS N ° 33 en el año 2012.</p> <p>Debe señalarse que los presentes datos fueron estimativos, pudiendo establecerse sesgos en los resultados, sin embargo, fue interesante la relación establecida.</p>
<b>Turnos para el día por demanda espontánea</b>	<p>Se tomaron como referencia los turnos disponibles por demanda espontánea para el día (31 turnos), la modalidad de entrega fue estipulado por el servicio de Odontología perteneciente al CAPS N ° 33, se excluyeron del estudio los turnos de demanda programada ya que corresponden a un solo día de atención de la semana y su variabilidad con respecto a la orientación en la atención es similar. Se utilizaron estos criterios de inclusión y exclusión en muestra para abordar con particular relevancia, la relación de la cantidad de turnos que se otorgaron por finalidad de interés (curación, promoción, prevención), en doce meses de ejecución del modelo de atención año 2012.</p>
<b>Prestaciones realizadas</b>	<p>El total de 4401 prestaciones realizadas de enero a diciembre del 2012, aquí fue de gran valor realizar un análisis exhaustivo de la totalidad de las mismas, ya que se encontraron clasificadas por códigos, la importancia de las prestaciones fue en relación con la acción Odontológica y se clasificaron en: prestaciones de promoción, prevención o curación.</p>
<b>Derivaciones atendidas y</b>	<p>La población de 78 historias clínicas pertenecientes al programa de Control de Embarazo, que se encontraron</p>

<p><b>documentadas provenientes de Control de Embarazo.</b></p>	<p>debidamente separadas para ese programa, en el servicio de Odontología, se incluyeron solo aquellas en las que se hubiere asentado la atención del control en el año 2012, se excluyeron las historias clínicas en las que no se registró control en ese año. Este criterio fue aplicado en relación con la cantidad de pacientes bajo programa de Control de Embarazo (112), en el servicio de Ginecología para el año 2012.</p>
<p><b>Derivaciones atendidas y documentadas provenientes de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño.</b></p>	<p>La población de 136 historias clínicas de niños de 0 a 6 años, en las que se registró atención de enero a diciembre del año 2012. Se escogió la totalidad de derivaciones atendidas y documentadas provenientes del Control de Crecimiento y Desarrollo de Niño Sano. Se excluyó el resto de historias clínicas de niños de 6 a 12 años, ya que no se encuentran dentro de la edad que involucra el programa de crecimiento y desarrollo del niño sano.</p> <p>Este criterio fue aplicado en relación con la cantidad de pacientes bajo programa de atención de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño (683), en el servicio de Pediatría, para el año 2012.</p>

**Figura N ° 7** Unidades de muestreo, criterios y justificación. Elaboración propia.

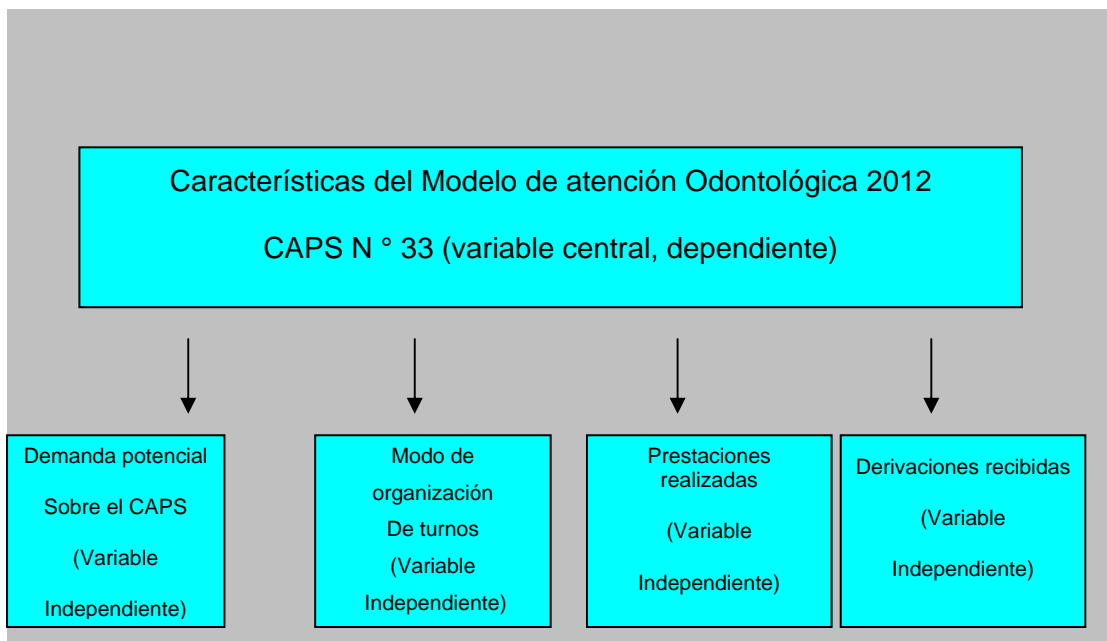
Cabe destacar que, del universo de derivaciones del CAPS N° 33 al servicio de Odontología, se seleccionaron las provenientes de los servicios de Ginecología y de Pediatría. El criterio adoptado fue en función del fundamento teórico descrito, según el cual, de acuerdo con diferentes autores, el momento más apropiado para comenzar el control Odontológico es a partir de la vida intrauterina, con el Control de Embarazo, donde la madre se encuentra en una etapa sumamente receptiva, con un trabajo de constante refuerzo, durante la niñez de 0 a 5 años, beneficiando el Control de Crecimiento y Desarrollo de Niño Sano, para asegurar el desarrollo normal del aparato masticatorio. Otra razón por la que se optó por este criterio de selección es la importancia y fortaleza de ambos programas en la Atención Primaria de la Salud.

### 3.2.3 Selección, identificación y proceso de operacionalización de variables

Las variables que se investigaron quedaron identificadas en el momento en que se definió el problema.

La figura N° 8 muestra cómo una variable abstracta puede ser interpretada en forma muy diferente por distintas personas. Según la influencia que se le asignó sobre otras variables, se la clasificó en dependiente o independiente.

#### Identificación de Variables



**Figura N° 8.-**Selección e identificación de las variables del Modelo de atención 2012, para el CAPS N° 33.

La variable central dependiente, “características del modelo de atención en Odontología”, se encuentra influida por las variables independientes, que fueron escogidas para establecer una característica que supone la causa del fenómeno estudiado. Pudieron observarse variables de control, que modifican al resto de las variables independientes, tal es el caso de la variable “modo de organización de turnos”, que modifica la variable “prestaciones realizadas”.

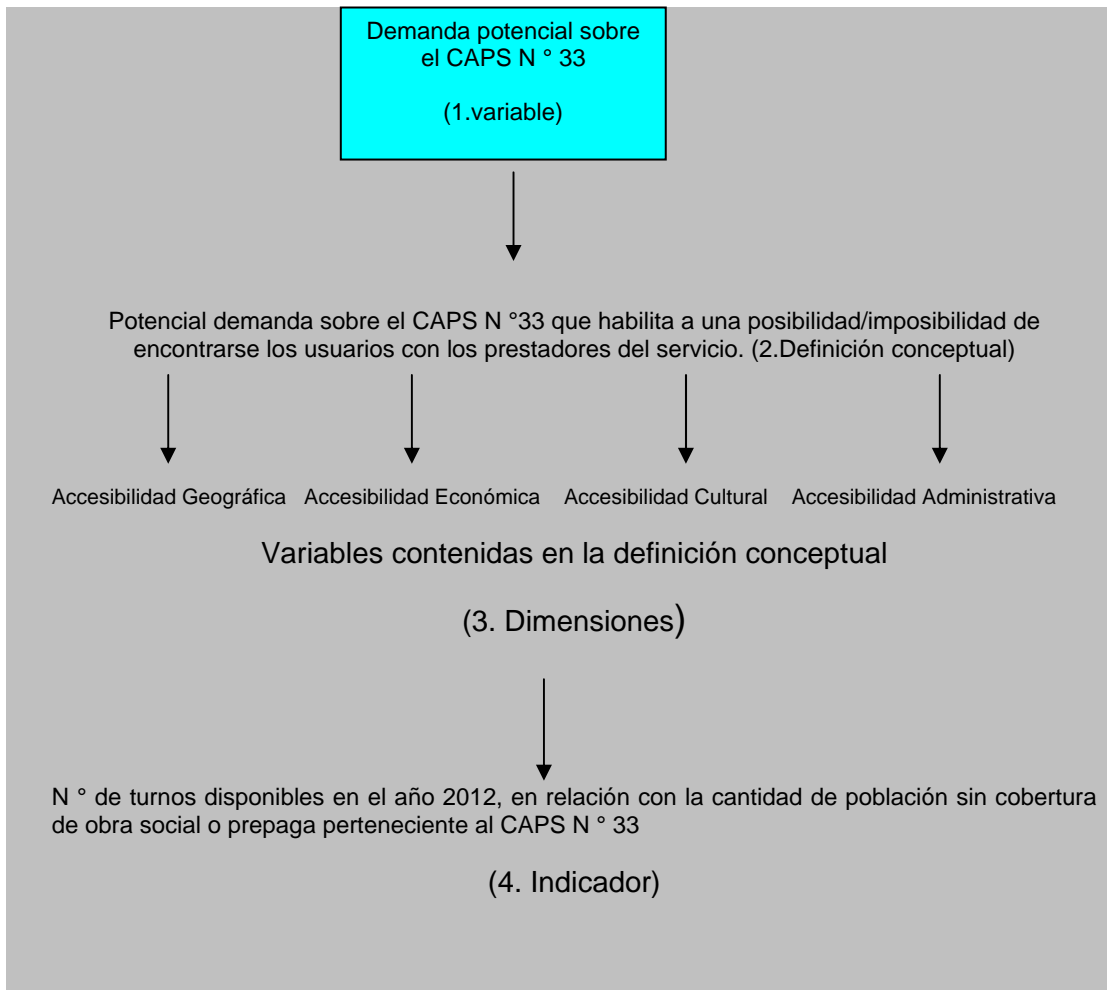
Este proceso continuo cuando se trabajó en el marco teórico, momento en el que se identificaron y se conceptualizaron las variables secundarias. Según Goode y Hatt,

los conceptos representan el sistema teórico y son símbolos de los fenómenos que se estudian, sin embargo, este nivel de definición es abstracto, por lo que se hizo necesaria la derivación a variables más concretas que permitieran una medición real de los hechos. El proceso de llevar una variable de un nivel abstracto a un plano operacional se denomina operacionalización, la función básica de dicho paso es precisar o concretar al máximo el significado o alcance que se otorga a una variable en un determinado estudio. Dicha operacionalización se logró a través de un proceso que transformó una variable en otras con el mismo significado y que fueran susceptibles de medir; para lograrlo las variables fueron incluidas en dimensiones. Por último fue necesario traducir estas dimensiones, anteriormente descriptas, a indicadores para permitir la observación directa del modelo de atención:

1.-En relación con la variable, **demanda potencial sobre el CAPS** se hizo referencia a la población que asiste al CAPS N° 33 para el servicio de Odontología. La misma se definió como variable contextual de tipo cualitativa, cuya fuente de obtención de los datos fueron los proyectados censales, los cuales permitieron desarrollar un análisis comparativo de la cantidad de turnos ofrecidos, correspondientes al año 2012. Esta variable incluye las siguientes dimensiones:

- Accesibilidad geográfica: permitió valorar la ubicación Geográfica del CAPS N ° 33 y sus vías de acceso.
- Accesibilidad económica: Se tuvo en cuenta la disponibilidad económica para cubrir el gasto de recibir la posible atención.
- Accesibilidad cultural: manifestación expresada por la percepción de necesidad de Salud bucal.
- Accesibilidad administrativa: facilidad o dificultad en la obtención de turnos por mesa de entradas.

**Variable: Demanda potencial sobre el CAPS N° 33**



**Figura N° 9** Proceso de Operacionalización de la variable demanda potencial sobre el CAPS N° 33. Elaboración propia. Fuente: Metodología de la Investigación. Manual de O.P.S.

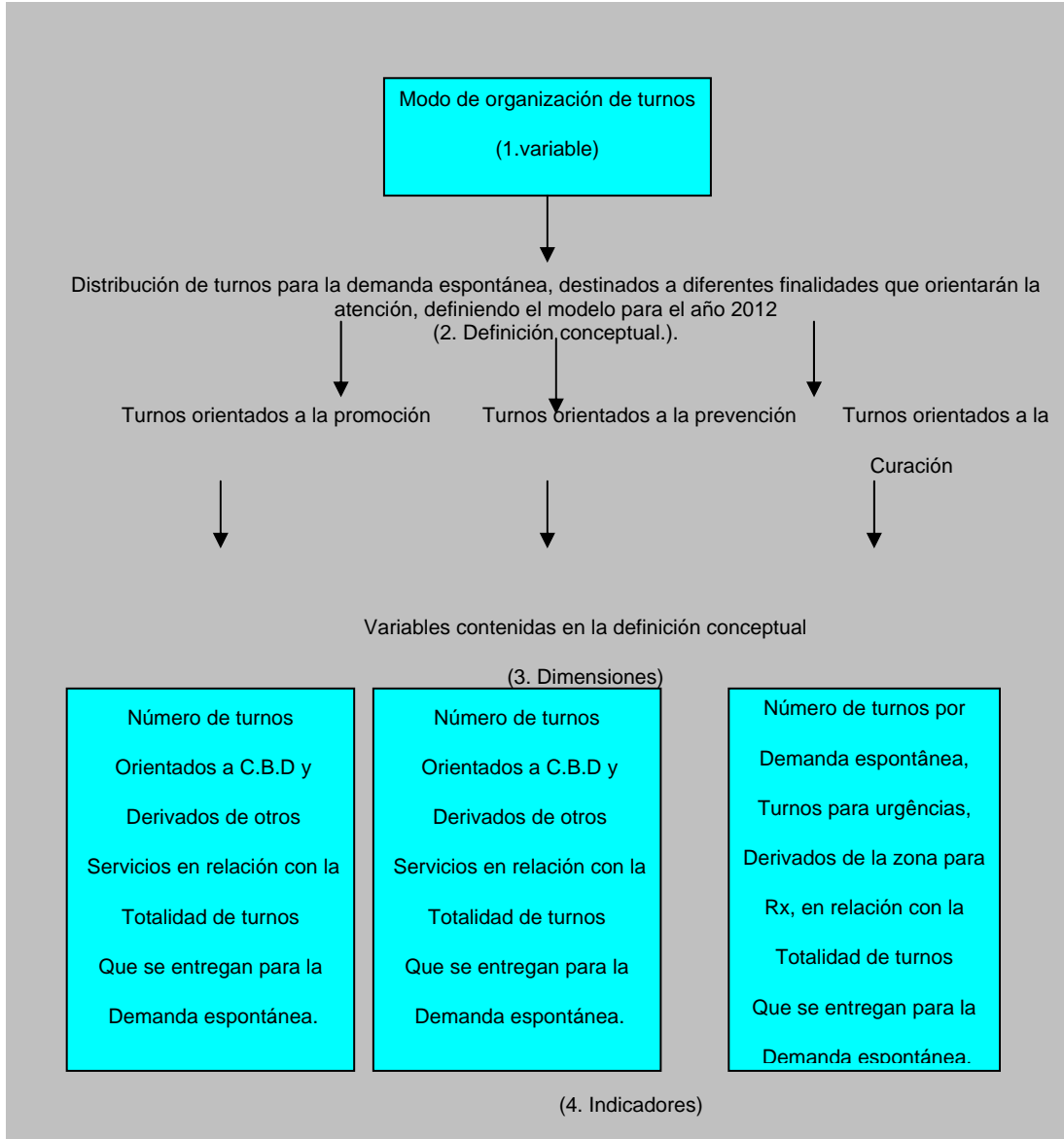
2.- La variable **modo de organización de turnos** se utilizó para hacer referencia a la distribución de turnos para la demanda espontánea con diferentes finalidades. Esto condujo la orientación de la atención Odontológica y fue definiendo las características del modelo correspondiente al año 2012. La misma se presentó como una variable cualitativa nominal, cuya fuente de obtención de datos fue secundaria, a través de registros estipulados por el servicio de Odontología. Se tuvieron en cuenta las siguientes dimensiones, a saber:

- Turnos orientados a la promoción (turnos derivados de otros servicios, certificados buco-dentales).



- Turnos orientados a la prevención (derivados de otros servicios, por demanda espontánea para la atención en el día, certificados bucodentales).
- Turnos orientados a la curación (destinados a urgencias, por demanda espontánea para atención en el día, derivados de la zona para rx).

**Variable: Modo de Organización de Turnos**

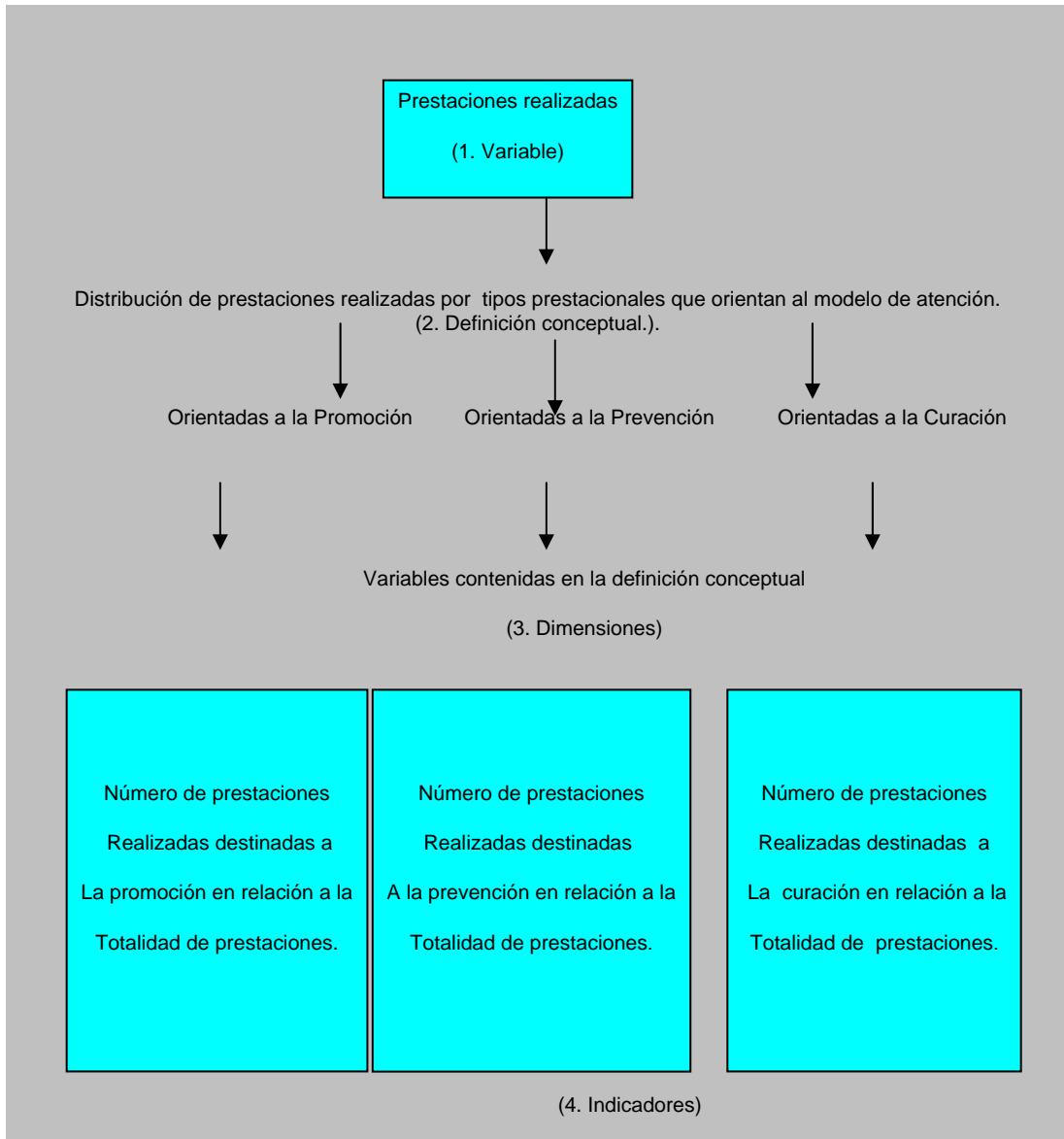


**Figura N° 10.-**Proceso de Operacionalización de la variable modo de organización de Turnos. Elaboración Propia. Fuente: Metodología de la Investigación. Manual de O.P.S.

3.-En relación con la variable **prestaciones realizadas** en el servicio de Odontología (distribución de prestaciones realizadas, que se clasificaron según códigos y

definieron el modelo de atención en el año 2012) se mostró como una variable cualitativa nominal, cuya fuente de obtención de datos fue secundaria a través de registros que se encontraron en la base de datos estadísticos pertenecientes a la Dirección del Servicio Odontológico Municipal.

**Variable: Prestaciones realizadas**



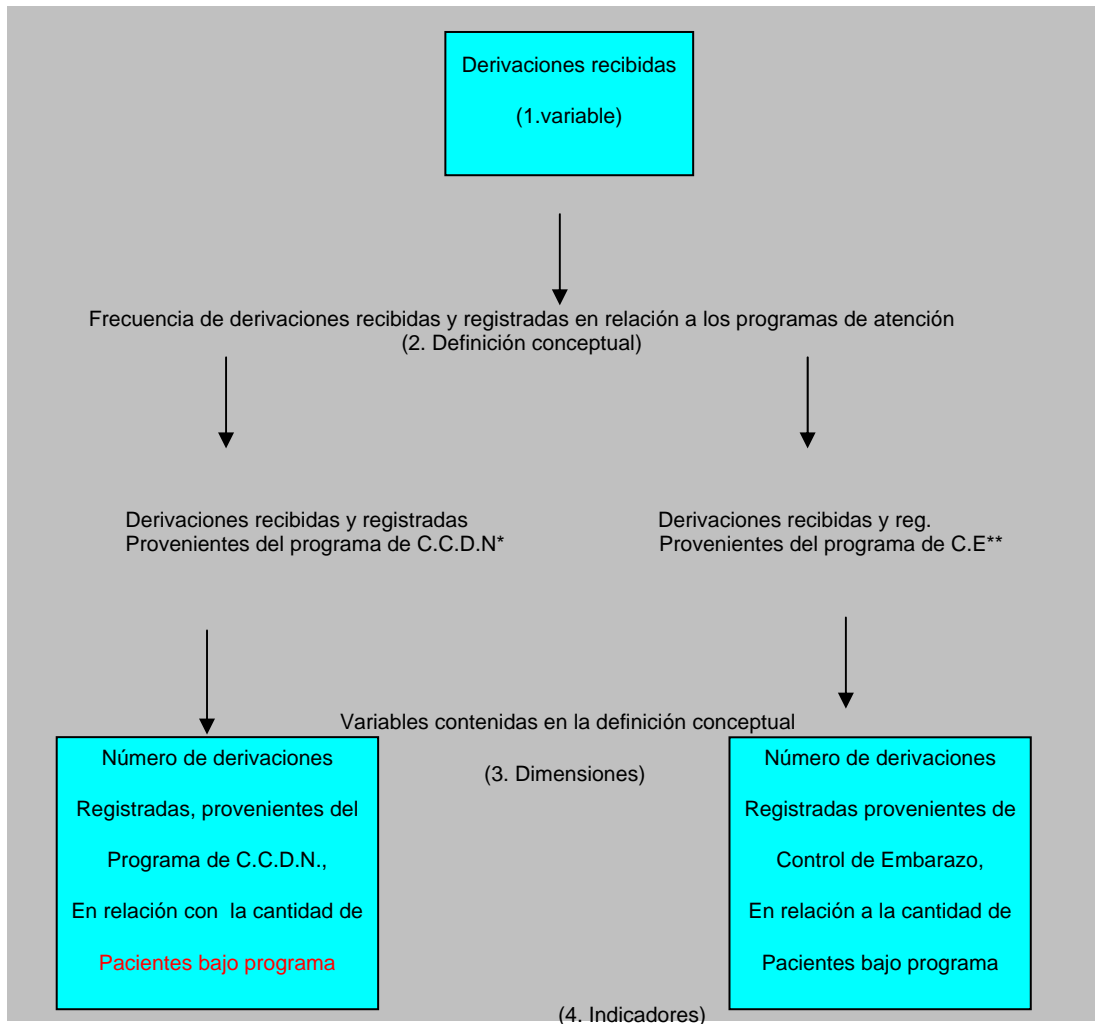
**Figura N° 11.-** Proceso de Operacionalización de la variable prestaciones realizadas, año 2012. Elaboración propia. Fuente: Metodología de la Investigación. Manual de O.P.S.

Las siguientes dimensiones fueron establecidas en relación a la práctica, de acuerdo a los códigos de prestación:

- Orientadas a la promoción: se incluyeron prestaciones orientadas a la promoción de la Salud bucal (charlas de educación para la Salud, control del bebé hasta los 24 meses de vida, asesoramiento dietético).
- Orientadas a la prevención: fueron aquellas prestaciones orientadas a la prevención de enfermedades bucales (topificaciones con flúor, selladores de fosas, surcos y fisuras, técnica de higiene individual y/o grupal).
- Orientadas a la curación: prestaciones orientadas a la curación de enfermedades bucales (todas aquellas prestaciones en las que ya aparece algún síntoma).

4.- Con respecto a la variable **derivaciones recibidas**:

**Variable: Derivaciones recibidas**



**Figura N ° 12.-** Proceso de operacionalización de la variable derivaciones, año 2012. Elaboración propia. Fuente: Metodología de la Investigación. Manual de O.P.S.

\*C.C.D.N: Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño \*\*C.E: Control de Embarazo.

La variable **derivaciones recibidas** se presentó como una variable cuantitativa discreta, cuya fuente de obtención de datos fue secundaria, provenientes de la documentación en historias clínicas, en las que se registró el control. Se evaluó la frecuencia de derivaciones recibidas y registradas, provenientes de Control de Embarazo (C.E) y de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño (C.C.D.N) en el servicio de Odontología en relación a los totales de embarazadas y niños de 0 a 5 años, pertenecientes a los programas del CAPS N° 33, año 2012.

## 4.- RESULTADOS

### 4.1.-Población a cargo

El universo poblacional de este estudio de investigación estuvo conformado por el conjunto de pacientes efectivos y potenciales, constituido por vecinos ajustados al área geográfica delimitada por el Centro de Atención Primaria de la Salud N ° 33 (CAPS) y pacientes derivados de la zona sanitaria 6.

#### **Características de la población del Área de Influencia Centro de Salud N ° 33**

En el área de influencia pudieron diferenciarse dos sectores:

- **Sector de mayor vulnerabilidad:** Comprendió la zona de Argüello Lourdes y Argüello Norte. Esta zona se caracterizó por presentar calles de tierra con insuficiente alumbrado público. Las viviendas fueron precarias, la mayoría de material, en algunos casos no contaban con ventanas o puertas adecuadas. En cuanto a la provisión de servicios públicos en Argüello Lourdes y en sectores de Argüello Norte el agua fue suministrada a través de tanques, de acuerdo con los datos del Censo de Hogares y Viviendas INDEC 2010, de 3.834 hogares 103 tenían agua fuera de la vivienda y 13 de ellos tenían agua fuera del terreno, el resto de la zona contaba con agua corriente. Este dato puede compararse con la población del CAPS N° 57, que de 2.760 viviendas, 378 tenían agua fuera de la vivienda y 39 fuera del terreno.

Se observaron familias numerosas y según los datos del mencionado Censo, se registraron 81 viviendas con hacinamiento.

Este sector contaba con servicio de recolección de residuos, pero éstos eran depositados en baldíos cercanos.

- **Sector con mejores características contextuales:** Esta zona estuvo comprendida por los barrios de Argüello, parte de Argüello Norte y Silvano Funes. La misma se caracterizó por viviendas mejor terminadas, más higiene y cuidado. Presentó mayor cobertura de alumbrado público, agua potable, recolección de residuos, transporte urbano de pasajeros y escuelas.
- Por último, pudo diferenciarse un sector de Argüello, Granja de Funes y UOCRA, con viviendas bien construidas un grupo de viviendas antiguas

(casas quintas). Calles asfaltadas, alumbrado público, recolección de residuos, gas natural, transporte urbano e interurbano de pasajeros, agua corriente y escuelas. Se observó que el barrio UOCRA estuvo integrado por planes de vivienda que poseían todos los servicios.

#### 4.2.- Presentación de datos

Con el objeto de estimar la demanda potencial de la población sin cobertura de obras sociales y/o prepagas sobre el CAPS N° 33, se debió establecer la magnitud de la población a cargo, para lo cual se realizó una búsqueda en los censos disponibles: La Secretaría de Salud cuenta con una base de datos del Censo Nacional de Hogares y Viviendas INDEC 2010, que registran información acerca de la población de la Ciudad de Córdoba por zona sanitaria y por Centro de Salud.

#### Total de habitantes del CAPS N° 33

CAPS	Denominación	Varón	Mujer	Total Personas
33	ARGUELLO	6.078	6.738	12.816

**Tabla N° 2** Magnitud de la población a cargo. Base de datos estadísticos. Secretaría de Salud, Municipalidad de Córdoba. Fuente: Censo Nacional de Hogares y Viviendas, INDEC 2010.

#### Habitantes por Grupos de Edades

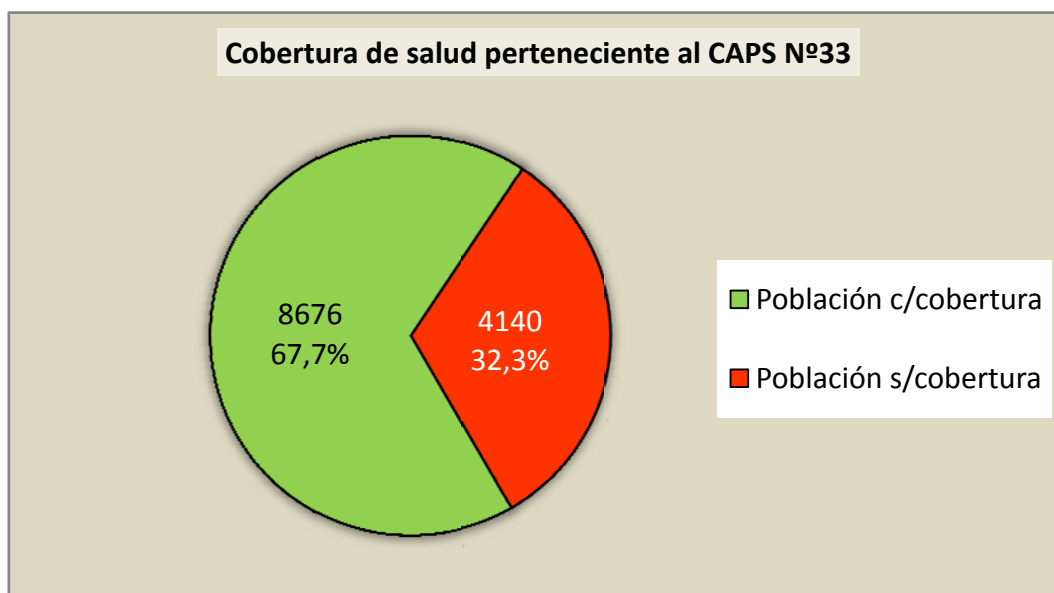
CAPS	Denominación	0 a 14 años		15 a 64 años	65 años y más	Total Personas
		0a5 años	6a14 años			
33	ARGUELLO	1.132	1.742	8.456	1.486	12.816

**Tabla N° 3** Distribución por edad. Base de datos estadísticos. Secretaría de Salud, Municipalidad de Córdoba. Fuente: Censo Nacional de Hogares y Viviendas, INDEC 2010.

#### Demanda potencial sobre el CAPS N° 33:

La figura N° 13 muestra que el número de habitantes de la población fue de **12.816** (100%) según INDEC, la población sin cobertura de Salud para la provincia de Córdoba correspondió a un **32,3%** según censo provincial año 2008, es decir, **4.140** habitantes de la zona perteneciente al CAPS N° 33 no contaron con cobertura de Salud. Como fue mencionado, es importante aclarar que se deben considerar posibles sesgos de error, ya que los datos censales provinciales, de los cuales se toma el porcentaje de cobertura de Salud, corresponden al censo provincial 2008, esta relación se aplica a la población del censo 2010.

### Cobertura de Salud de la población perteneciente al CAPS



**Figura N°13** Expresión del valor hallado, en relación al 32,3% (4140) que corresponde a la población perteneciente a el CAPS N° 33 sin cobertura de Salud. Elaboración propia. Fuente: datos del censo provincial 2008 y datos INDEC 2010.

La figura N° 14 muestra la relación que se estableció entre los **4140** habitantes sin cobertura de Salud, pertenecientes al área programática del CAPS N° 33, y el número de turnos disponibles (se contaron **31** turnos por día para el servicio de Odontología en el año 2012, esto corresponde a **6975 turnos en el año**).

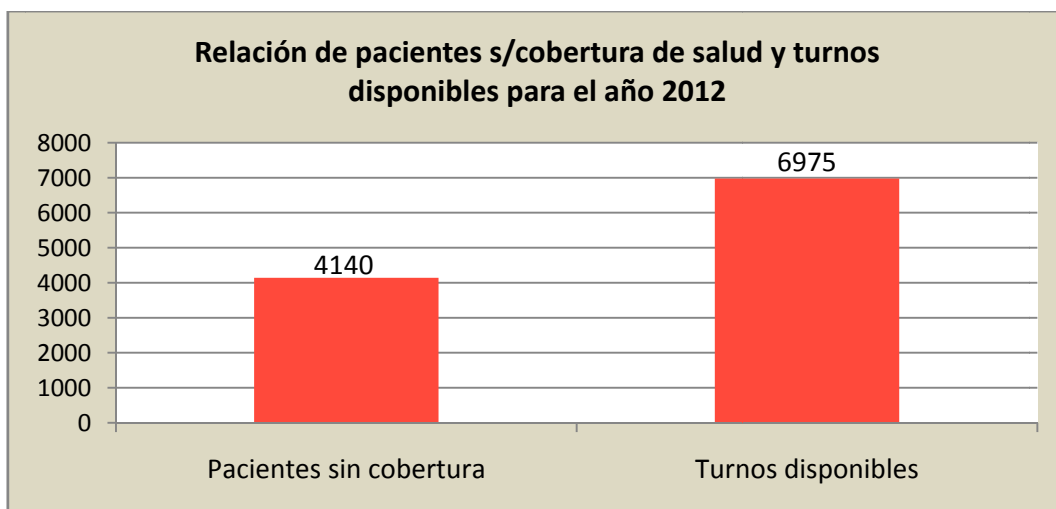
Para el cálculo de la cantidad de turnos se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Los días hábiles del año calendario 2012, se tomaron como referencia los 365 días al año, constituidos por 52 semanas.
- Se descontaron 21 días de licencia anual, 7 días de licencia por enfermedad, 14 días, entre feriados y asuetos, y 7 días de capacitación.
- Por lo tanto, fueron 45 semanas, en las cuales se brindó atención en el CAPS.

*45 semanas en el año x 5 días hábiles en la semana: 225 días*

*225 días x 31 turnos por día: 6975 turnos*

**Relación entre habitantes sin cobertura de Salud y turnos disponibles**



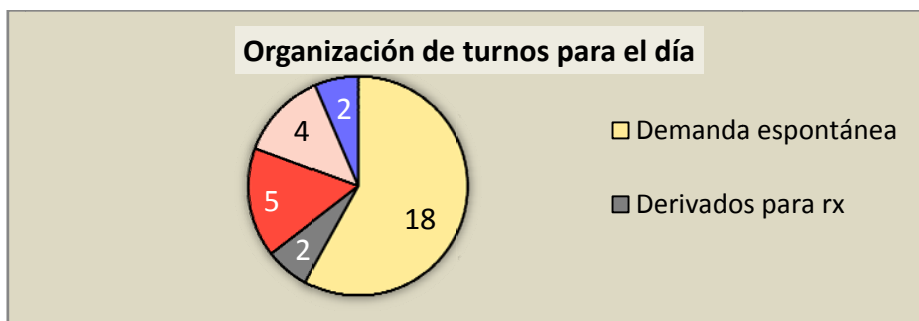
**Figura N ° 14** Relación entre habitantes sin cobertura de Salud y turnos disponibles para el servicio de Odontología, referentes al año 2012. CAPS N ° 33. Elaboración propia.

El resultado permitió realizar una interesante comparación con la cantidad de turnos disponibles que hubo en mesa de entradas, en relación a habitantes sin cobertura de salud que corresponderían a potenciales pacientes.

**Modo de organización de turnos para el día:**

La figura N° 15 muestra los **31** turnos disponibles para el Servicio de Odontología, en un día de atención, distribuidos de la siguiente manera: **18.-** Demanda espontánea, **2.-** Derivados para rx **5.-** Urgencias, **4.-** Derivados de otros servicios **2.-** Certificados bucodentales.

**Distribución de turnos para el día**

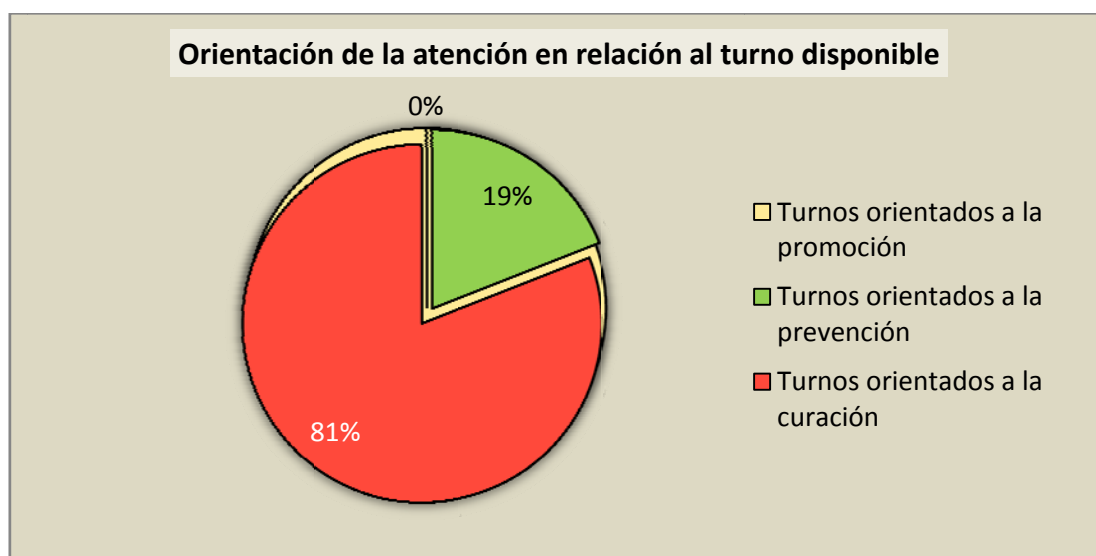


**Figura N ° 15** Expresión del valor hallado, al analizar el modo de organizar los turnos. Elaboración propia. Fuente: Servicio de Odontología del CAPS N ° 33, año 2012.



De los datos obtenidos en cuanto a la organización de la demanda de atención, se establecieron los siguientes resultados que se muestran en la figura N° 16: **18** turnos estuvieron disponibles para la demanda espontánea, **2** disponibles para derivaciones de radiografías, **5** disponibles para urgencias, los cuales constituyeron el **81%** de turnos que se organizaron orientando la atención a la curación. Mientras que, si tuviésemos alguna posibilidad de orientar la atención hacia la promoción o la prevención, sería a través de los **4** turnos disponibles para derivaciones de otros servicios o de los **2** disponibles para Certificados buco dentales, que constituyeron el **19%** de turnos que se organizaron según la capacidad de trabajo en un día de atención.

#### Orientación de la atención con relación al turno disponible



**Figura N° 16** Expresión porcentual hallada en la orientación de la atención en relación al turno que disponible. Elaboración propia. Fuente: Servicio de Odontología del CAPS N° 33, año 2012.

#### Frecuencia de prestaciones de promoción de Salud, prevención y curación de enfermedades bucales correspondientes al año 2012:

La figura N° 17 muestra que, de 4041 prestaciones efectuadas durante el año 2012 para el servicio de Odontología perteneciente al CAPS N° 33, el **73%** correspondió a prestaciones orientadas a la curación; el **25%**, a prestaciones orientadas a la prevención y el **2 %** restante, a la promoción de la Salud bucal.

**Prestaciones relevadas**

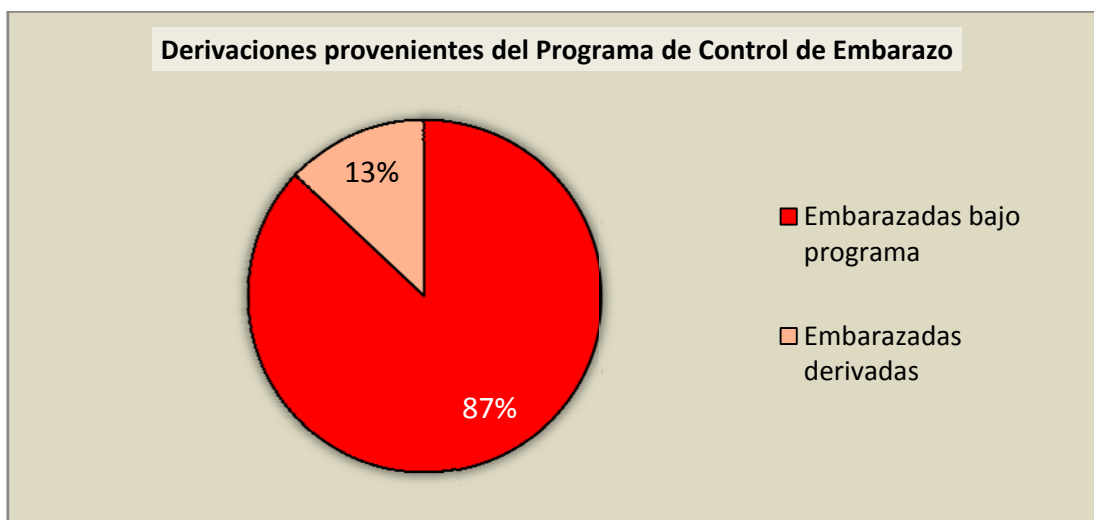


**Figura N ° 17** Expresión porcentual hallada en las prestaciones efectuadas en el CAPS N° 33, año 2012. Elaboración propia. Fuente: Base de estadísticas del servicio Odontológico Municipal.

**Frecuencia de derivaciones recibidas y atendidas en el servicio de Odontología provenientes del Control de Embarazo y del Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño (CCDN):**

La figura N° 18 muestra que, de 112 embarazadas bajo programa de Control de Embarazo, el **13%** fue derivado y atendido en el servicio de Odontología (15), mientras que el 87% de pacientes embarazadas no accedió al control Odontológico.

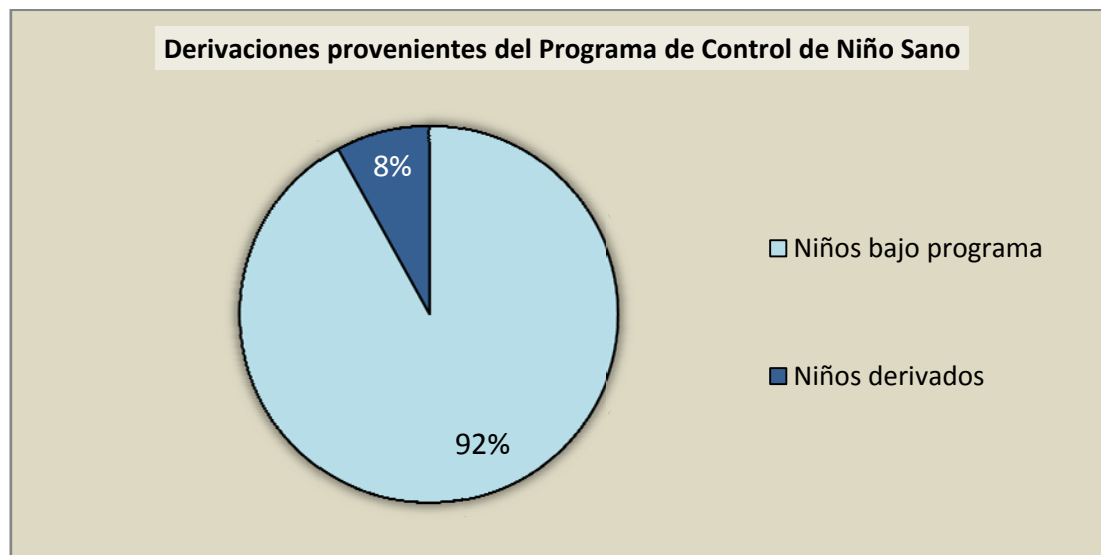
**Derivaciones provenientes del programa de Control de Embarazo**



**Figura N ° 18** Expresión porcentual hallada en relación con las derivaciones provenientes del programa de Control de Embarazo. Elaboración propia. Fuente: Registro de historias clínicas del servicio de Odontología del CAPS N ° 33, año 2012.

La figura N° 19 muestra que, de 683 niños bajo programa de control de crecimiento y desarrollo, el 8% fue derivado y atendido (55), mientras que el 92% restante no accedió al control Odontológico.

#### Derivaciones provenientes del Control de Niño Sano



**Figura N ° 19** Expresión porcentual hallada en relación con las derivaciones provenientes del Control de Niño Sano. Elaboración propia. Fuente: Registro de historias clínicas del Servicio de Odontología CAPS N ° 33, año 2012.

#### 4.3.-Análisis de datos

##### Demanda potencial de la población perteneciente al CAPS N ° 33

A partir de la proyección de los estimados censales, la demanda potencial de la población se consideró como proyección estadística no lineal, ya que la estadística general de falta de obra social o prepaga mostró diferentes grados de concentración por área geográfica de la ciudad. La zona de referencia para este estudio presentó, a su vez, sectores con mayores índices de vulnerabilidad por tanto la estadística se agravó.

Otro dato de importancia fue que, en los menores de hasta 4 años, la estadística muestra que 4 de cada 10 niños no tienen obra social o prepaga. (18)

Además, se debe considerar la demanda de la población con cobertura de Salud que acudió a la atención del servicio de Odontología, perteneciente al CAPS N ° 33.

Lo expuesto permitió el análisis de las siguientes dimensiones:

Accesibilidad geográfica: se observó que la ubicación del CAPS N ° 33 no presentó barreras geográficas, en relación con sus vías de acceso, a la población de referencia.

Accesibilidad económica: existió, en términos generales, disponibilidad económica para cubrir el gasto de recibir la posible atención. La misma se manifestó por la presión que la demanda ejerció y la urgencia de ser constantemente atendida. Esta situación se valida con la condición de actividad para la zona, que presentó 6617 habitantes ocupados. En cambio, en otras zonas cercanas, como Argüello I.P.V., en las que contamos casi la misma cantidad de habitantes, sólo 4481 contaban con trabajo registrado.

Accesibilidad cultural: según datos del INDEC, del total de habitantes, 11.596 pueden leer y escribir, si lo comparamos con Argüello IPV, que cuenta con una población similar, sólo 9.688 presentaron las mismas condiciones de lectoescritura. A partir de los resultados de la observación de las diferentes zonas, las de mayor vulnerabilidad presentaron más casos de enfermedades bucales, lo que indica que esta situación estuvo fuertemente relacionada con el factor socio-económico. Estas zonas se caracterizaron por la falta de higiene, carencia de información con respecto a hábitos saludables de alimentación y educación en principios de auto cuidado.

El resultado permitió valorar que deberán implementarse estrategias para la toma de conciencia en la población de referencia de la necesidad en Salud bucal.

Accesibilidad administrativa: No se puede valorar la misma, ya que no se dispone del dato acerca la cantidad de pacientes que accedieron al CAPS N ° 33 para sacar turno.

**Modo de priorización en la atención, según la forma de organización en los turnos para el día:**

Al indagar estos antecedentes, se observó que se brindó mayor atención a las necesidades urgentes de patologías bucales, otorgando el **81%** de turnos para el día con esta finalidad.

La importancia de esta variable es la correlación que se ofrece con la definición del modelo de atención.

**Frecuencia de prestaciones de promoción de la Salud, prevención y curación de enfermedades bucales correspondientes al año 2012:**

Del total de prestaciones realizadas, el **73%** de prestaciones fueron orientadas a la curación de enfermedades bucales. Aquí se reflejó, irrefutablemente y con claridad, el enfoque del modelo de atención de la lesión ocasionada por la enfermedad. Las acciones se dirigieron al componente biológico, la constante insistencia de realizar tratamientos restauradores para llegar a la Salud. A pesar de la tendencia de los prestadores del servicio por tener una mirada preventiva, solo el **25%** de las prestaciones del año 2012 se orientaron en ese sentido. Y el **2%** restante, a prestaciones de promoción, acentuándose las acciones que se orientaron al componente biológico, es decir, a “curar la enfermedad”.

**Frecuencia de derivaciones atendidas en el servicio de Odontología, provenientes de programas de Control de Embarazo y de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño:**

Del total de pacientes bajo programa de atención de Control de Embarazo, sólo el **13%** de las mismas fueron atendidas y registradas en el servicio de Odontología perteneciente al CAPS N ° 33.

Se observó que, de la totalidad de pacientes bajo programa de atención de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño, sólo el **8%** de pacientes niños fueron atendidos y registrados en el servicio de Odontología perteneciente al CAPS N ° 33.

Se deben considerar estos dos controles como *grupo vulnerable identificado*. Además, el control prenatal debe incorporarse e incluir control de Bofill, a lo que deben agregarse los exámenes para el control del diagnóstico en niños, ya que, como se pudo observar, la población de niños de 0 a 5 años fue de 1.132, de los cuales 683 se encontraban bajo programa.

Se tuvieron en cuenta los posibles sesgos de los datos por la diferencia de años, entre el censo provincial 2008, INDEC 2010 y el relevamiento del estudio en cuestión 2012.

A partir del análisis de lo anterior expuesto, estamos en condiciones de describir el modelo de atención establecido para el CAPS N ° 33.

**Descripción del modelo de atención 2012:**

Para describir el modelo de atención Odontológica que se llevó a cabo en el CAPS N° 33 de Argüello, se ha seguido el modelo propuesto por F. Tobar, en *Modelos de gestión en Salud*. Va en cursiva si se trata del título de un libro, entre comillas si es un capítulo. # ok

**Análisis del modelo de atención 2012**

	<b>Modelo de atención</b>
<b>¿Cómo se prestó el servicio?</b>	Centrado en lo curativo convencional, priorizando la atención de la lesión.
<b>¿Qué prestadores fueron los responsables de la provisión de servicios?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos (2) Odontólogos pertenecientes al centro de atención primaria de Salud N° 33. Y agregados <i>adhonorem</i> que rotaron por el servicio.</li> <li>• Y, en menor medida, profesionales de otros servicios que derivaron en relación a la detección de enfermedades bucales (Pediatras, Ginecólogos, Enfermeros, Nutricionistas).</li> </ul>
<b>¿Cuáles fueron los criterios o padrones que operaron?</b>	<p>Priorización de la atención <b>25 turnos</b> (capaces de resolver problemas bucales).</p> <p><b>6 turnos</b> (con posibilidades de orientar la atención a la promoción y/o prevención).</p>
<b>¿Dónde se prestó el servicio?</b>	<p>Servicio de Odontología del CAPS N° 33.</p> <p>Ludoteca.</p> <p>Jardín Maternal Capullitos.</p>
<b>¿En qué lugares y de qué manera se distribuyó la oferta?</b>	<p>Administración: entrega de turnos y medicación.</p> <p>Enfermería: derivación ante la manifestación clínica de caries.</p> <p>Pediatría: derivación ante la manifestación clínica de caries o mal oclusión.</p> <p>Ginecología derivación ante la manifestación clínica de caries.</p> <p>Odontología: atención orientada al tratamiento de la</p>

	<p>enfermedad.</p> <p>Nutrición: el servicio deriva en caso de tener conocimiento de la presencia de caries y reciben derivaciones ante la detección de dietas ricas en hidratos de carbono,</p> <p>Jardín Maternal Capullitos: programa de Salud bucal escolar.</p> <p>Ludoteca: actividades de promoción.</p> <p>*modifiqué () por los dos puntos, me parece que se ve más claramente la información. Ok</p>
<p><b>¿Qué criterios de referencia y contra-referencia se adoptaron?</b></p>	<p>Derivación a Nutrición en caso de que se observaron síntomas de dieta rica en hidratos de carbono y más de cuatro momentos diarios de ingesta de los mismos.</p> <p>Eventual derivación a Psicología en caso de detección de hábitos disfuncionales (succión de dedo, o uso prolongado de chupete o mamadera).</p> <p>Referencia y contra referencia con SOM: anomalías dentomaxilares (Ortopedia),Rx(Ortopantomografías).</p>

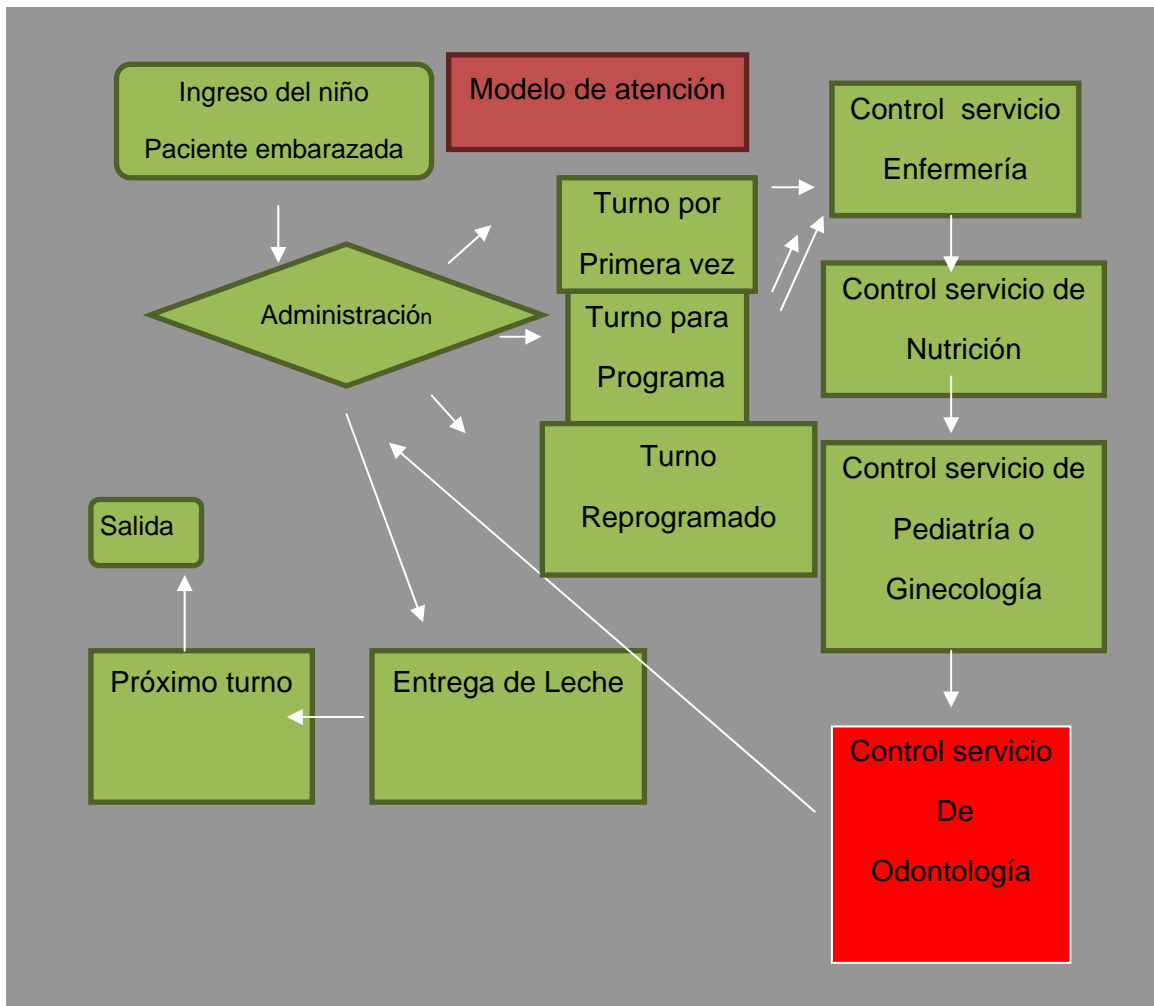
**Figura N° 20** Interrogantes para guiar el análisis del modelo de atención. Año 2012. Elaboración propia. Fuente: F. Tobar y datos recogidos del CAPS N ° 33.

Para facilitar la descripción e interpretación de las actividades en su conjunto, se aplicó una herramienta frecuentemente utilizada para estos fines: el diagrama de flujo, debido a que la misma permite una percepción visual del flujo, que incluye la entrada y salida necesaria para el proceso de atención de los controles 2012, con relación al circuito interno que el paciente realizó. Cabe destacar que, del universo de derivaciones del CAPS N ° 33 al servicio de Odontología, se seleccionaron las provenientes de Ginecología y de Pediatría, según el criterio acorde con el fundamento teórico descripto.

Otra de las razones que se tuvo para aplicar esta herramienta fue la vinculación de las actividades con el servicio responsable de su ejecución, ya que la misma permite reflejar cómo se relacionaron los diferentes servicios que intervinieron en el proceso.

La figura N° 21 representa cómo es posible llevar a cabo una descripción de manera gráfica, mostrando el recorrido del paciente que ingresa al Centro de Salud para realizar el Control de programas, tanto para la mujer embarazada como para el niño sano. Se señala el Servicio de Odontología en rojo, ya que sólo fueron derivados cuando los pacientes de control cuando padecieron manifestaciones o síntomas de enfermedades bucales.

**Diagrama de Flujo de pacientes de Control de Embarazo y CCNS:**



**Figura N°21**Diagrama de flujo, que muestra el circuito interno de pacientes bajo programa de Control de Embarazo y CCDN. Elaboración propia. Año 2012.

Para la representación del diagrama se recurrió a la utilización de una serie de símbolos que proporcionan un lenguaje común y que facilitan la interpretación del mismo.



## 5.- DISCUSIÓN

Los servicios de Salud tienen una estructura que involucra un conjunto de combinaciones, admitiendo el encuentro de los modelos de gestión, de financiación y de atención que se adecuan al contexto local, nacional y a su vez mundial. (21)

Teniendo en cuenta las tendencias que asume la situación de la Salud en la región estudiada (Barrio Argüello de la Ciudad de Córdoba) será necesario redefinir la función y la orientación del enfoque de atención de salud que deberá contemplar la complejidad del perfil epidemiológico y adecuarse las necesidades poblacionales (G. Acevedo, A. Farías y J. Sánchez, 2008).

La dimensión técnica del modelo de atención implica la reorganización de los mismos, según afirman C. Salinas y F. Vio del Río, con fundamento en la promoción de la Salud, enlaza un cambio difícil en el pensamiento, conocimiento y gestión clínica de Salud. Cuando el Odontólogo se plantea la educación y la promoción de la Salud bucal de las personas, tanto a nivel individual como grupal, comienza un recorrido complejo que implica numerosos desafíos. (20)

Los resultados disponibles que permitieron describir el modelo de atención Odontológica, llevado a cabo en el CAPS N ° 33, durante el año 2012, plantearon la necesidad de *traducir el conocimiento en acción*, esto es, desarrollando un nuevo modelo de atención que dé respuesta al vigente perfil epidemiológico.

A partir de su análisis, se reveló una importante carga en las enfermedades bucales que afectan a la Salud general (9), las cuales aumentan en contextos de vulnerabilidad, en relación directa con las condiciones socio-económicas y culturales.

Se observó que el criterio general utilizado para abordarlas se encaminó hacia el tratamiento clínico, sin dedicar muchos esfuerzos a una prevención eficaz, que advierta los determinantes de la Salud bucal que participaron en el proceso Salud-Enfermedad. Esto da cuenta de un desconocimiento del complejo origen subyacente, que interviene más allá del proceso biológico, su consideración permitiría responder con un mejor ajuste a la problemática de la realidad local.

Las enfermedades bucales son la cuarta patología más costosa de tratar, por lo que resulta clave tener en cuenta que la población presenta marcadas desigualdades de

acceso a la atención buco dental; tal es el caso de la población joven, la cual presenta bajos índices de cobertura de Salud, como así también, los menores de 4 años, de los cuales, el 40% no posee obra social o prepaga. (19)

Otro aspecto a tener en cuenta es la importancia de posicionar la acción Odontológica sobre la base de la evidencia científica existente. (9) Es fundamental iniciar los controles en la vida intrauterina, cuando comienza el desarrollo de la dentición, ya que en esta etapa los factores ambientales pueden influir de manera favorable o perjudicial. (6) La atención debe continuar y reforzarse durante la infancia, especialmente en las dos primeras décadas posnatales, fortaleciendo la prevención de problemas que el individuo podría padecer durante el resto de su vida. (4)

Estos conceptos se transforman en una oportunidad para la Atención Primaria de la Salud (APS), ya que permiten acompañar el proceso educativo del individuo y de las familias de la comunidad desde la gestación. Para lo cual, deben asumirse los determinantes sociales como ingredientes substanciales, en relación con la Salud general y su componente bucal, lo que permitiría realizar acciones tendientes a mejorar el nivel de educación en Salud y el acceso a los servicios de Salud. Adoptar esta mirada resulta especialmente relevante para los servicios de Salud Odontológica, en los que la orientación individualista, técnica y mecánica ha predominado. (10)

Estas ideas se relacionan con la posibilidad de prever un evento y brindar a la Atención Primaria de la Salud bucal una herramienta diferente que permita aumentar la eficacia en la toma de decisiones sobre las prioridades médicas. (16)

Ello consiste en identificar y modificar, no sólo los factores que intervienen en el desarrollo de lesiones, según su dificultad, sino tener en cuenta todos los elementos involucrados en la acción sanitaria. Lo que, a la vez, significa profundizar la gestión de riesgo clínico de los pacientes a sufrir enfermedades bucales, haciéndose necesaria una readecuación de la atención en el servicio de Odontología en todos los servicios del CAPS, que logre poner en juego valores y actitudes que instituyan una cultura de seguridad, orientada a prevenir errores y enfocada a la protección del individuo. (2) De esta manera se privilegiaría el beneficio de no enfermarse.

Con el objeto de describir y mostrar las características del fenómeno “modelo de atención odontológica para el año 2012 en el CAPS N° 33”, se analizaron las siguientes unidades de estudio:

En cuanto a la **demanda potencial** de la población sobre el CAPS N ° 33, los resultados de la proyección de los datos censales respecto a la población que no posee cobertura de Salud, en relación con la cantidad de turnos ofrecidos, arrojaron una valoración positiva. Sin embargo, no podemos dejar de lado que, como refiere Y. Comes (2006) se definieron desde la oferta (turnos ofrecidos), dentro de una variable contextual influida por la presión que ejerce la población sin cobertura, quedando invisibilizado el hecho de que los sujetos son constructores de la accesibilidad. Lo que nos lleva a considerar una dimensión relacional entre la oferta y demanda, respecto a la posibilidad del servicio de encontrarse con los pacientes.

El resultado permite corroborar, en la observación de lo cotidiano, que se ratifica lo planteado por N. Bordoni (2010) quien señala que las brechas en el acceso oportuno a la atención se profundizan como resultado de las desigualdades sociales.

Cabe aclarar, respecto a esta variable contextual y haciendo hincapié en la accesibilidad cultural, que se ha observado una escasa difusión de las distintas alternativas para la promoción del componente bucal de Salud. Esto **agrava el escenario** en la comunidad, traduciéndose en una cultura de conciencia de atención de lesiones, situación que lleva a un incremento de la demanda, la cual se dirige a una búsqueda de respuestas, con una constante insistencia de atención de lo urgente, provocando que se privilegien en la organización **de los turnos para el día, para atención de la enfermedad**. En consecuencia, prevalecen la premura y la atención puesta sobre la lesión. Es necesario tener en claro que las intervenciones aisladas, centradas únicamente en el cambio de los comportamientos en materia de Salud bucal, no logran mejoras sostenibles. (7)

Este contexto se ve reflejado en las **prestaciones realizadas**, en las que sólo se trató de revertir los daños que causaron las enfermedades bucales y de controlar sus consecuencias (prevención terciaria). O bien, en el mejor de los casos, interrumpir el desarrollo de la enfermedad en las fases de inicio, antes de que éstas den lugar a lesiones irreversibles.

Sin embargo, son pocas las enseñanzas y actuaciones que se realizaron para conservar y proteger al máximo la Salud. Y menos aún, para mejorar el nivel de información, potenciando el auto cuidado. (16)

La Atención Primaria de Salud brinda la posibilidad de asistencia sanitaria, ofreciendo a la población diversas especialidades. El servicio de Odontología puede beneficiar el espacio en el que las actuaciones se orienten a la promoción de la Salud o a la prevención de la enfermedad bucal. Este espacio podría reflejarse en la frecuencia de **derivaciones atendidas**, en las que sólo un **13%** de las pacientes embarazadas fueron registradas, teniendo presente el antecedente agravado de la falta cobertura de Salud, según datos del censo de la Provincia de Córdoba, donde esta carencia es crítica, sobretodo en la edad de mayor frecuencia de embarazos, esto es, entre 15 y 29 años.

Cabe destacar, la gran importancia que posee la toma de decisiones tendientes a evitar problemáticas bucales en las mujeres embarazadas, incluyendo en este grupo también a infantes y preescolares, con quienes se podría actuar antes de las edades de riesgo cariogénico y a partir de los 5 años antes de la erupción del primer molar permanente.(6) Durante esta etapa resulta oportuno, además, realizar la prevención de otras patologías bucales anteriormente descritas, como las anomalías dentomáxilofaciales. En estos casos, es importante la incorporación de exámenes para el diagnóstico y control de resolución de problemas precoces vinculados con hábitos.

Hasta aquí se ha realizado un análisis acerca de las medidas de promoción y prevención que pueden llevarse adelante, destacando la importancia de la intervención temprana, ya que con el modelo que se llevó a cabo en el año 2012, estamos llegando tarde.

Córdoba Villalobos (2010) plantea: *“el nuevo paradigma radica en comprender que el beneficio de prevenir una enfermedad o sus complicaciones, es mayor que el que se obtiene por atenderla de manera oportuna y adecuada.”*

Si bien la seguridad del paciente siempre ha constituido un tema importante para las profesiones sanitarias, en los últimos años se observa una mayor disponibilidad de datos y de investigación científica, así como un incremento del interés en la materia, tanto por parte de los profesionales de la Salud como de la población en general.

Como consecuencia de ello, los sistemas sanitarios comienzan a hacer más hincapié en el suministro de una atención segura y de calidad y en la aplicación de nuevas medidas para garantizar la seguridad del paciente y reducir errores, lo que a su vez genera mayores expectativas entre los profesionales de la Salud. Al mismo tiempo que se amplían las responsabilidades en el ámbito de la Salud, se plantea la necesidad de que todos los profesionales sanitarios tengan un mayor conocimiento y comprensión de los elementos esenciales de la seguridad del paciente. La Odontología no es una excepción: se espera que, como profesionales de la Salud, se satisfagan las necesidades y demandas de los pacientes individuales y de la comunidad en términos de normas aceptables de atención buco dental. En este sentido, es primordial que se incorpore la complejidad de la atención al paciente, por ejemplo:

- Las barreras a la atención segura, bajo normas de bioseguridad.
- Las barreras de acceso, fundamentalmente administrativas, que permitirían facilitar la entrega de turnos a través de una modalidad de turnos programados para los programas, como así también las culturales, para las que se propone la implementación de una estrategia comunicacional.
- Los factores relativos al sistema, transferido al presente trabajo, por la infrautilización de servicios que evitarían la producción del daño, integrando el servicio de Odontología a los controles de programas, donde quedaría asentado el registro de los mismos, aplicando los criterios de referencia y contra referencia cuando fuere necesario)
- El trabajo en equipo interdisciplinario y coordinación de acciones (reuniones de consenso entre las distintas disciplinas).
- La gestión del riesgo clínico, específico de la especialidad. Para ello se presentan una serie de consideraciones en las líneas o estrategias de intervención, como medida fundamental para evitar el riesgo de sufrir enfermedades bucales.

Frente a este escenario, aparece la necesidad de instalar un proceso que sea aceptado entre los diferentes actores del CAPS, que permita incluir en el mismo la evidencia sobre el contexto, en relación con el perfil percibido de necesidades de salud de la población de referencia.

Para afianzar este proceso se debe incorporar el concepto seguridad del paciente, según J.Aranaz y C. Aibar (2008), se puede definir como la ausencia, prevención o minimización del daño producido por el proceso de atención sanitaria. Lo que implica una responsabilidad para los profesionales pertenecientes al CAPS N ° 33, un compromiso para la tarea que se busca recrear cada día y desarrollar estrategias que prevengan los problemas bucales.

Destacamos, nuevamente, que lo más importante cuando surge un problema no es preguntarse *¿quién?*, sino *¿qué ocurrió?*, *¿cómo?*, *¿cuándo?*, *¿por qué?*, *¿cómo se podría haber evitado?* y *¿qué puede hacerse para que no vuelva a ocurrir?* (2)

### Análisis del problema

¿Qué ocurrió?	Se implementó un modelo de atención que privilegia la atención de las lesiones.
¿Cómo?	Respondió sin prevenir errores en el proceso de asistencia, tanto en la organización de turnos (la mayor parte se organizaron con finalidades curativas), como por infrautilización de servicios (con escasas derivaciones de los controles).
¿Cuándo?	De enero a diciembre de 2012.
¿Por qué?	Debido a la presión que ejerció la población de referencia se organizaron los turnos para el día, privilegiando lo inmediato. Sin haberse detenido a observar con una visión amplia para establecer estrategias que permitan encaminar el desarrollo de mejores condiciones de Salud bucal y general.
¿Cómo se podría haber evitado?	Revalorizando fortalezas del CAPS N ° 33, a saber: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo en equipo.</li> <li>• Ambiente laboral agradable.</li> <li>• Personal comprometido y responsable.</li> </ul> Aprovechando las oportunidades de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento de tendencias al perfil socio epidemiológico.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo y control de los programas mediante un adecuado diagrama de flujo.</li> <li>• Posicionar al servicio de Odontología del CAPS N ° 33 bajo un enfoque salutogénico.</li> <li>• Buena relación interinstitucional (Provincia, Salud mental-municipalidad)</li> <li>• Fortalecer alianzas estratégicas del CAPS con SOM, DEM, Jardín Maternal Capullitos.</li> <li>• Actualizar los protocolos clínicos ya confeccionados.</li> </ul>
¿Qué puede hacerse para que no vuelva a ocurrir?	Diseñar un nuevo modelo basado en una cultura de seguridad que permita prevenir errores en el proceso de asistencia, logrando que el paciente no pierda la chance de evitar el daño.

**Figura N ° 22** Análisis del problema del CAPS N ° 33, bajo la cultura de seguridad, con la finalidad de prevenir errores en los procesos de atención y así prevenir enfermedades bucales. Elaboración propia. Fuente: J. Aranz, C. Aibar, J. Vitaller y J. Mira (2008). Gestión Sanitaria.

Esta combinación es un proceso efectivo difícil de implementar, el esquema que se encuentra a continuación representa el diseño de una gestión de riesgo del servicio de Odontología que permita facilitar el acceso, fomentar la promoción de la Salud y la prevención de enfermedades bucales adaptado al CAPS N ° 33.

Con el objetivo de poder gestionar los riesgos, previamente se analizaron en profundidad los servicios, los pacientes y el entorno. Esto constituyó una **primera instancia o fase**, representada gráficamente en la figura N° 23 que se utilizó como referente para el abordaje de las siguientes etapas. Las herramientas que se emplearon como apoyo en esta primera fase persiguieron alinear cada uno de los procesos que componen el servicio que presta el Centro de Salud y la población del área perteneciente al CAPS.

En una **segunda instancia**, se identificaron los riesgos de sufrir enfermedades bucales, por no actuar antes, ya sea por infrautilización de servicios por no adecuar y reorganizar los procesos de atención. Se realizó una caracterización de riesgos potenciales, a fin de que estos no produzcan efectos adversos.

En una **tercera instancia**, se realizó un análisis y una evaluación de riesgos, para los que se tuvieron en cuenta los factores más relevantes: la identificación del abordaje necesario para el diagnóstico precoz y la derivación oportuna en la prevención de caries y anomalías dentomaxilofaciales, identificándolos como riesgo apreciable.

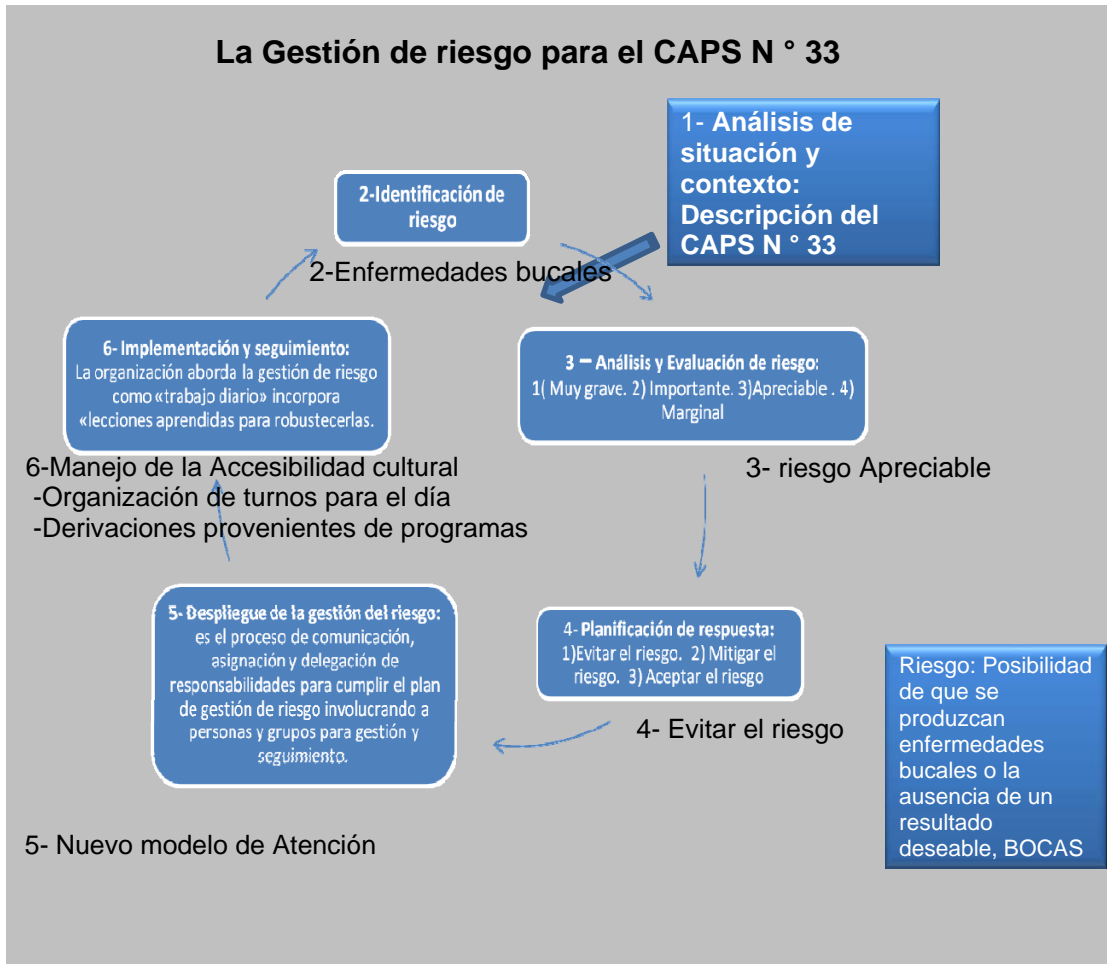
La **cuarta instancia** se caracterizó por la planificación de respuestas, donde se conocieron los servicios que proporciona el CAPS y, tras analizarlos, se identificaron cuáles fueron los más importantes para evitar el riesgo.

La **quinta instancia** fue el despliegue de la gestión de riesgo, luego de haber reconocido los puntos débiles se deberá trabajar sobre ellos y fortalecer cada uno, para el desarrollo de un nuevo modelo de atención.

Por último, la **sexta instancia**, es cuando se pondría en práctica el nuevo modelo desarrollado, acción que requiere de una revisión constante y de una comunicación fluida dentro del equipo de Salud. (2)



**Diagrama de flujo con las fases de gestión de riesgo para el CAPS N°33**



**Figura N° 23** La Gestión de riesgo para el CAPS N ° 33. Elaboración propia. Fuente. Aranaz(2008). Gestión Sanitaria.

Sobre la base de esta discusión se proponen a continuación, ya modo de conclusión, las líneas y estrategias de intervención orientadas a reorganizar el servicio de Odontología perteneciente al CAPS N ° 33 y, de este modo, desarrollar un plan de atención Odontológica basado en el nuevo modelo de atención propuesto.

## 6.- CONCLUSIONES

### Consideraciones generales

Los principales hallazgos de las investigaciones realizadas permiten reconocer relaciones entre los siguientes conceptos:

La representación global del sistema de Salud en Argentina, muestra una estructura fragmentada y esta situación se traslada a la ciudad de Córdoba, en donde la problemática que se planteó, en cuanto al paradigma del modelo de atención, reveló un enfoque curativo que involucró en este caso al subsector público.

El servicio de Odontología del CAPS N ° 33 buscó dar respuestas adecuadas y oportunas, en un contexto en el que las tendencias manifiestan cambios en la situación de la Salud bucal en el que se ponen en juego las aptitudes para tomar decisiones que involucran a la micro gestión de dicho servicio. Es allí donde quienes se encuentran inmersos en esta realidad deben contar con la solvencia para enfrentar la complejidad y desafíos que requiere este nuevo contexto.

Las personas con enfermedades bucales son parte de un complejo escenario cuya solución está muy lejos del sillón dental. Las lesiones de caries y las anomalías dentomaxilofaciales no son otra cosa que consecuencias del proceso Salud-enfermedad-atención, donde el modelo de asistencia hegemónico que se lleva a cabo frente a los cambios descriptos pierde vigencia.

A pesar de los esfuerzos y suma de voluntades en la tarea que se realiza cada día, es necesario readecuar el modelo de atención y desarrollar un nuevo modelo. Éste debe presentar plasticidad para los cambios que pudiesen ocurrir en la situación actual, dentro del marco de los avances tecnológicos y de la investigación enfocada a la búsqueda de alternativas, que permitan alcanzar una práctica Odontológica efectiva en materia de prevención de patologías bucales. En otro sentido, es necesario que el nuevo modelo se adecúe a las necesidades reales de accesibilidad de la comunidad, orientándose hacia la promoción de la Salud bucal dentro del CAPS, mediante actividades que motiven a la población de Argüello a construir estilos de vida saludables para que, de esta manera, sea viable crear y consolidar ambientes donde se promueve la Salud y se reduzcan los riesgos de sufrir enfermedades bucales.

Es decir, un modelo basado en la prevención que, en el campo de la Salud general y de la Salud bucal en particular, implica un pensamiento científico-social de trabajo

y no sólo un modo de hacer. En otros términos, exige un nuevo modo de pensar, que abarque la complejidad de fenómenos que atraviesan la problemática del cuidado de la Salud bucal, fomentando innovaciones organizacionales y de actuación.

Para evitar el incremento de los riesgos de sufrir enfermedades bucales, es necesaria una acción vinculada y articulada entre el CAPS N° 33 y su población de referencia.

La finalidad del nuevo modelo no es poner la mirada sobre el pasado para buscar causas o responsabilidades, sino el diseño de nuevos escenarios posibles para el futuro. Este propósito exige de una serie de gestiones coordinadas que desarrollen acciones paulatinas para generar cambios graduales, que sean progresivamente incorporados a las actividades habituales de los profesionales. Para su efectiva implementación se requiere:

- Que bajo un enfoque holístico se integre la Salud bucal dentro de la Salud general, a través de la incorporación del Servicio de Odontología a los programas de control.
- Que considere la prevención en un sentido amplio del concepto de Salud bucal, teniendo el propósito de evitar la aparición de riesgos para la Salud del individuo, de la familia y la comunidad.
- Que el trabajo de los especialistas se desarrolle de manera coordinada para evitar la aparición de afecciones, o bien para disminuir sus efectos. Esto se logra a través de la investigación, del trabajo en equipo, de la ampliación de conocimientos, de la iniciativa y de la creatividad.
- Que busque dar respuestas a las necesidades de la población de referencia al CAPS, mediante actividades que permitan lograr una toma de conciencia en materia de Salud bucal.
- Que permita construir un vínculo entre los miembros del CAPS y la comunidad.
- Que desarrolle planes para una cultura de la seguridad, orientados a prevenir errores humanos en los procesos de asistencia o que pudieran ser causados por la infrautilización de recursos. Estos planes deberán promover técnicas de promoción y prevención.
- Que de manera comprometida precise la forma de la división del trabajo de la oferta prestaciones y los procedimientos técnico-administrativos destinados a

relacionar la demanda con los servicios específicos. De esta manera, se podrá orientar la atención a la promoción de la Salud y a la prevención de las enfermedades bucales, lo que permitirá dar una respuesta adecuada a las necesidades de la población que asiste al servicio de Odontología.

- Que identifique como grupos vulnerables a la mujer embarazada y niños.
- Que incorpore el examen prenatal de los protocolos referidos al diagnóstico y el control de problemas asociados con el biofilm de placa dental, atendiendo su impacto en la Salud general.
- Que se integre al control de niño sano para lograr un diagnóstico temprano y una intervención oportuna, con el objeto de lograr la resolución de problemas vinculados a las enfermedades bucales.
- Que las prestaciones preventivas y las actividades de promoción de la Salud bucal formen parte de la labor diaria.

**Diseño del nuevo modelo de atención.**

	<b>Nuevo modelo de atención</b>
<b>¿Cómo prestará el servicio?</b>	Centrado en la promoción y prevención, privilegia la atención de las causas que ocasionan las lesiones.
<b>¿Qué prestadores serán los responsables de la provisión de servicios?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Odontólogos pertenecientes al CAPS N ° 33 y agregados <i>ad honorem</i>, que rotan por el servicio.</li> <li>• Profesionales de otros servicios que incluirán el servicio de Odontología como parte integrante de los Controles, Administración, Enfermería, Pediatría y Ginecología.</li> </ul>
<b>¿Cuáles serán los criterios o padrones que deben operar?</b>	Priorización de la atención <b>12 turnos</b> capaces de resolver problemas bucales. <b>19 turnos</b> con posibilidades de orientar la atención hacia la promoción y la prevención.
<b>¿Dónde se prestará?</b>	Servicio de Odontología del CAPS N ° 33. Ludoteca.

	Jardín Maternal Capullitos (Programa de Salud Escolar).
<b>¿En qué lugares y de qué manera se deberá distribuir la oferta?</b>	<p>Administración/ Odontología: coordinando los turnos para el día y los turnos programados para los controles.</p> <p>Enfermería: coordinada con los otros servicios.</p> <p>Pediatría/Odontología: coordinando controles de crecimiento y desarrollo del niño.</p> <p>Ginecología/Odontología: coordinando los controles de embarazo.</p> <p>Odontología: disponiendo de atención orientada a la promoción de la Salud y prevención de la enfermedad.</p> <p>Nutrición: deberá incluir una educación relativa a los hábitos saludables. Ésta deberá informar acerca de la cantidad recomendada de los momentos de ingesta de hidratos de carbono (máx. cuatro por día) y de los momentos de incorporación de alimentos semisólidos y sólidos.</p> <p>Psicología: previniendo el desarrollo de hábitos disfuncionales.</p> <p>J. Maternal Capullitos: manteniendo el programa de Salud bucal, actualmente vigente.</p> <p>Ludoteca: reforzando la actividades de promoción programadas semanalmente.</p>
<b>¿Qué criterios de referencia y contra referencia se adoptarán?</b>	<p>Referencia y contra referencia</p> <p>Con la DEM: Respirador bucal, ORL. Hábito postural, Kinesiología. Deglución disfuncional, Fonoaudiología.</p> <p>SOM: mal oclusión (ortopedia) y Rx, por Ortopantomografías.</p>

**Figura N ° 24** Interrogantes para guiar el análisis del diseño del nuevo modelo de atención. Elaboración propia. Fuente. Tobar, datos recogidos del CAPS N ° 33.

Otras consideraciones generales fueron las relaciones entre costo/beneficio que tiene el nuevo modelo para el CAPS N° 33, donde se realizará una cartera de prestaciones

que disminuirá gastos de insumos y utilización de equipamientos. De este modo, la proyección futura disminuirá considerablemente los costos a mediano y largo plazo, logrando como beneficio mejorar la Salud bucal de la población perteneciente al área programática, gracias a la posibilidad de evitar la eventual aparición de las enfermedades bucales y/o del diagnóstico precoz de las mismas. En función de ello, serán las valoraciones que se sustenten acerca de la obtención, administración y distribución de los recursos fiscales, con el propósito de hacer rendir de modo más eficiente la inversión en Salud que la destinada al tratamiento de la enfermedad.

Sin embargo, es bien sabido que lograr poner en marcha este plan de acción implicará un gran esfuerzo, porque la práctica Odontológica, en nuestra realidad nacional actual, está alineada con la atención y tratamiento de la enfermedad.

Estos aspectos permiten formularse nuevas preguntas: ¿Cómo está orientada la formación profesional?, ¿cómo influye la misma en la producción de servicios? Esta situación problemática que, según este estudio ha podido constatar, y se encuentra en el subsector público, ¿se replica en el subsector privado y en el de obras sociales? Estos interrogantes quedan abiertos para iniciar otra investigación.

### **Consideraciones específicas: líneas y estrategias de intervención a partir del proceso de investigación**

Las líneas y estrategias de intervención reúnen las características de un proyecto factible, ya que la propuesta o alternativa de cambio sugerida conlleva la formulación de conclusiones que garantizan su ejecutabilidad.

En el supuesto caso de que éste no pudiera ser concretado en la práctica, existe la posibilidad de que dicha propuesta sea retomada por otro investigador, para ser revisada, actualizada y viabilizada.

Destacamos el hecho de que no se requiere de inversión para su implementación, sino de la voluntad para socializar y lograr la concientización del grupo, con el ajuste mutuo requerido.

**Actividades:**

1.-Sobre la **demanda potencial o presión sobre el CAPS N° 33**, en cuanto a accesibilidad geográfica y económica, no es posible proponer estrategias de intervención al alcance de las funciones de micro gestión.

- Accesibilidad administrativa: ofrecer la posibilidad de mayor cantidad de turnos programados, a través de la incorporación del servicio de Odontología a los programas de Control, ya que éstos permiten organizar la demanda y planificar la atención.
- Accesibilidad cultural: La cultura en Salud bucal tiene una relación indiscutible con los conceptos de ‘estilo de vida’ y ‘principios de autocuidado’. Éstos son algunos de los mecanismos de intervención sobre los que se sustenta la promoción de la Salud, que es una de las estrategias propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien la define como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su Salud para mejorarla. Para lograrlo, puede implementarse por medio de la habilidad comunicacional, orientando los recursos de atención del servicio de Odontología y del equipo de Salud a actividades sistemáticas de promoción. Estas actividades pueden llevarse a cabo semanalmente en la Ludoteca, ya que éste es un espacio físico creado junto a la comunidad en el 2012, con la intención de fortalecer la promoción de Salud ofrecida desde el CAPS N° 33 a la población de la zona programática y, de esta manera, facilitar la articulación entre el centro de Salud y otras instituciones.

La Ludoteca representa un espacio que permitirá que el equipo de Salud pueda conocer y analizar la vida cotidiana de las familias, para poder estimular, adecuadamente, la incorporación de conductas saludables.

2.- Respecto al **modo de organización de turnos**, resultará productivo que el procedimiento sea consensuado con el servicio de Odontología para introducir los cambios necesarios para mejorar su eficiencia. Lo que implicará reorganizar los turnos que se entregan en mesa de entrada, aspirando a reducir la cantidad de turnos destinados a resolver problemas bucales y a un incremento de turnos orientados a la

prevención de las enfermedades. Esto será posible, teniendo presente los resultados de las actividades de promoción del cuidado de la Salud.

3.- Sobre el total de **prestaciones realizadas**, como consecuencia de la reorganización en el modo de otorgar los turnos antes descripta, aumentarán considerablemente las estadísticas de prestaciones destinadas a tareas de prevención de enfermedades y/o promoción de la Salud. Incluimos aquí a la presentación de protocolos de atención, en relación con la gestión de riesgo clínico, que se traducirán en las prestaciones que el servicio de Odontología deberá llevar a cabo, las cuales se exponen en el anexo.

4.- En cuanto a la frecuencia de **derivaciones atendidas**, provenientes de los Programas de Control, deberán llevarse a cabo decisiones sanitarias específicas relacionadas con la gestión de riesgo clínico. Lo que también contribuirá a que el servicio de Odontología llegue a realizar una mayor cantidad de prácticas relacionadas con la promoción y la prevención. Los protocolos de atención para las derivaciones se describen en el anexo.

### **Consideraciones Finales**

El propósito del presente estudio fue cumplido, mediante el exhaustivo análisis del modelo de atención 2012, a partir del cual se elaboró un detallado informe acerca de las características del mismo.

La decisión de implementar un plan de acción desde la perspectiva holística, considerando el concepto de Salud en un sentido amplio, ha permitido proyectar una reorganización de la atención, que facilite el acceso cultural y administrativo a la comunidad. La principal finalidad de esta propuesta es la prevención de la aparición de problemas en la Salud bucal y, cuando esto no ha sido posible, agilizar una oportuna intervención que evite su agravamiento.

Para alcanzar estos objetivos, es necesario readecuar los servicios a las características específicas de la demanda, teniendo en cuenta que no siempre existe disponibilidad de recursos materiales y económicos que garanticen una buena atención. En cambio, sí podemos estar seguros de que en la búsqueda de una mejora continua en Salud pública y, en especial, priorizando la atención materno-infantil, será necesaria una



presencia activa de todos los profesionales, en éste caso del Centro de Salud, con el objetivo común de educar y mantener la Salud de la población.

Las líneas o estrategias de intervención, conjuntamente con los protocolos de atención y el trabajo sinérgico entre diferentes disciplinas dentro del CAPS N ° 33, permitirá maximizar el uso de los recursos existentes y potenciar las capacidades de un equipo comprometido con su trabajo, lo cual redunda en un inmediato beneficio para la población de referencia.

El trabajo individual de análisis y replanteo de la organización de los servicios de Salud es un proceso dinámico, que exige al profesional de la Salud ser consciente de que su labor no debe reposar en el aprendizaje inicial de su formación, sino que debe mantener una constante búsqueda de conocimientos y prácticas que contribuyan a consolidar las metodologías de trabajo.

Sin embargo, estas consideraciones no son más que el puntapié inicial para abrir un nuevo camino, que invite a los equipos de Salud a transitar un recorrido de exploración hacia un cambio de paradigma en el modelo de atención sanitaria. Para alcanzar este propósito de transformación, orientado a mejorar la calidad de vida de las personas, los profesionales involucrados debemos desarrollar y mejorar las capacidades de comunicación, las cuales permitirán continuar trabajando junto a la comunidad para hacer realidad una toma de conciencia del cuidado de la Salud. Esta búsqueda es una de las alternativas que nos permitirán evitar el desarrollo de enfermedades bucales, que son, como hemos observado en este estudio, de las más costosas de tratar, por lo que afecta con mayor severidad a los sectores socio-económicos más vulnerables. Una mayor educación en materia de prevención y cuidados significará una mayor disponibilidad de recursos en la salud pública.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Altcheh, J. y Ferrero F. (2011). *Guía para elaborar un proyecto de investigación*. Arch Argent Pediatr. Volumen 109. Págs. 371-37
- (2) Aranaz J., Aibar C., Vitaller J. y Mira J. (2008). *Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes*. Ediciones Díaz de Santos. Alicante: Fundación Mapfre. Págs. 249-268
- (3) Biermann S. González Carrera, M., Carrizosa L; (2007) *Guía Práctica Clínica para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la caries dental*. Política Pública de Salud Oral para Bogotá. 1era edición. Bogotá. Versión *on line*. Págs. 25-26
- (4) Boj J., Catalá M. y García Ballester, C. (2011) *La evolución del niño al adulto*. 1º Edición. Madrid. Ripano S.A. Prólogo. Pág. 835
- (5) Bordoni, N. (2008). *De la Investigación a las Políticas en Odontología Pediátrica*. Texto de la conferencia pronunciada en la Reunión de la Asociación Argentina de Odontología para Niños. Versión *on line*. Págs. 1-7
- (6) Bordoni N., Escobar A. y Castillo Mercado, R. (2010). *Odontología Pediátrica la Salud bucal del Niño y el Adolescente en el mundo*. 1º Edición. Buenos Aires. Médica Panamérica. Versión *on line* Págs. 107-108 y 886-888.
- (7) Cameron A. y Widmer N. (1998). *Manual de Odontología pediátrica*. Ed. En Español Harcourt Brase de España. S.A Cap. 2 págs. 39-54
- (8) Dávila Saavedra A. (2005). *El rostro desdentado de nuestros pueblos. La cara de la exclusión, la pobreza y la inequidad en América Latina*. Versión *on line*. Págs. 1-27

- (9) Glick M. (2011). *Leading the world to optimal oral health*. FDI World dental federation. Version On line. Págs. 1-27
- (10) Hadad Arrascue N., y Del Castillo López, C. (2011) *Determinantes Sociales Salud y Caries dental*. Odontología Pediátrica Volumen 10 Versión *on line* N° págs. 13-21
- (11) Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J. ;( 2003). *Global goals for oral health*. *International dental Journal* Vol. 53, Versión on line, pag.285-288
- (12)La Serna M, (2001) *Atención Primaria de la Salud y promoción de la Salud en los Sistemas de Atención Odontológica* Tesis publicada. Versión on line
- (13)Navarro Montes, I (2010). *Estudio epidemiológico de Salud buco dental en una población infantil adolescente*. Castilla La Mancha. Versión on line. Pág.: 1:206
- (14)Rivera Martínez, C.; (2011). *Pre-school Child Oral in a Rural Chilean Community* .*International Journal Odontoestomatología* Vol.5.Versión on line. Pág.: 83:86
- (15)Richarte O, (2011). *Evolución del programa de Salud buco dental Infantil en la comunidad autónoma de Murcia tras ocho años de su implementación (2003- 2010)*. Tesis doctoral. Versión on line. Pág.: 17
- (16)Rodríguez Calzadilla, A. (1997). *Enfoque de Riesgo en la Atención Estomatológica*. *Revista Cubana Estomatología* Vol. 34, N°1.Versión on line, Pág. 40: 49
- (17) Romero U, (2008) .Chile. *Programa itinerante de atención odontológica integral para la población rural itinerante*. Experiencia piloto en la parroquia Los Nevados. (2008-2010) Versión on line, Pág. 3:5

(18) Salinas C. y Vio del R. F; (2002). *Promoción de la Salud en Chile*. Revista Chilena de Nutrición Vol. 29, Suplemento N°1. Versión *on line*, Pág. 164-173.

(19) Senmartín C., Falcón Aybar M. y Ortega D. Censo 2008 de población de la Provincia de Córdoba. Dirección General de Estadística y Censos. Versión *on line*, Págs. 1-46.

(20) Silvestro C. (1997). Odontología Clínica a fines del milenio. *El Odontopediatría como parte integrante de un equipo interdisciplinario*. Córdoba. Kent- von Düring. Págs. 154-155

(21) Tobar F, (2002). *Modelos de gestión en Salud*. Buenos Aires. 1° edición Versión *on line*. Pág.18

ANEXO

Plano oficial de las dependencias de Salud municipales

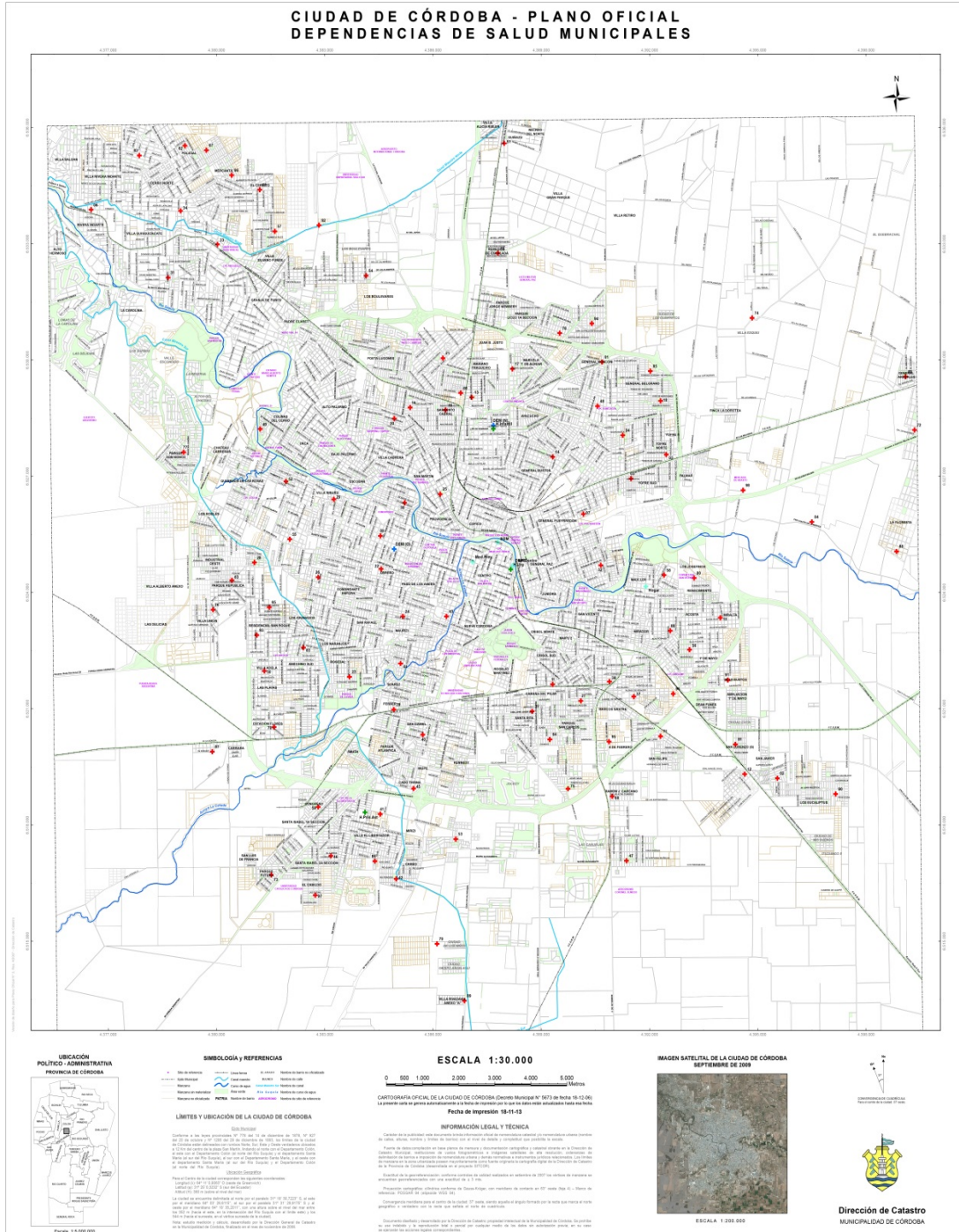


Figura N ° 1 Distribución geográfica de los 97 CAPS en Córdoba Capital. Fuente: Secretaría de Salud

Representación Gráfica de las zonas sanitarias

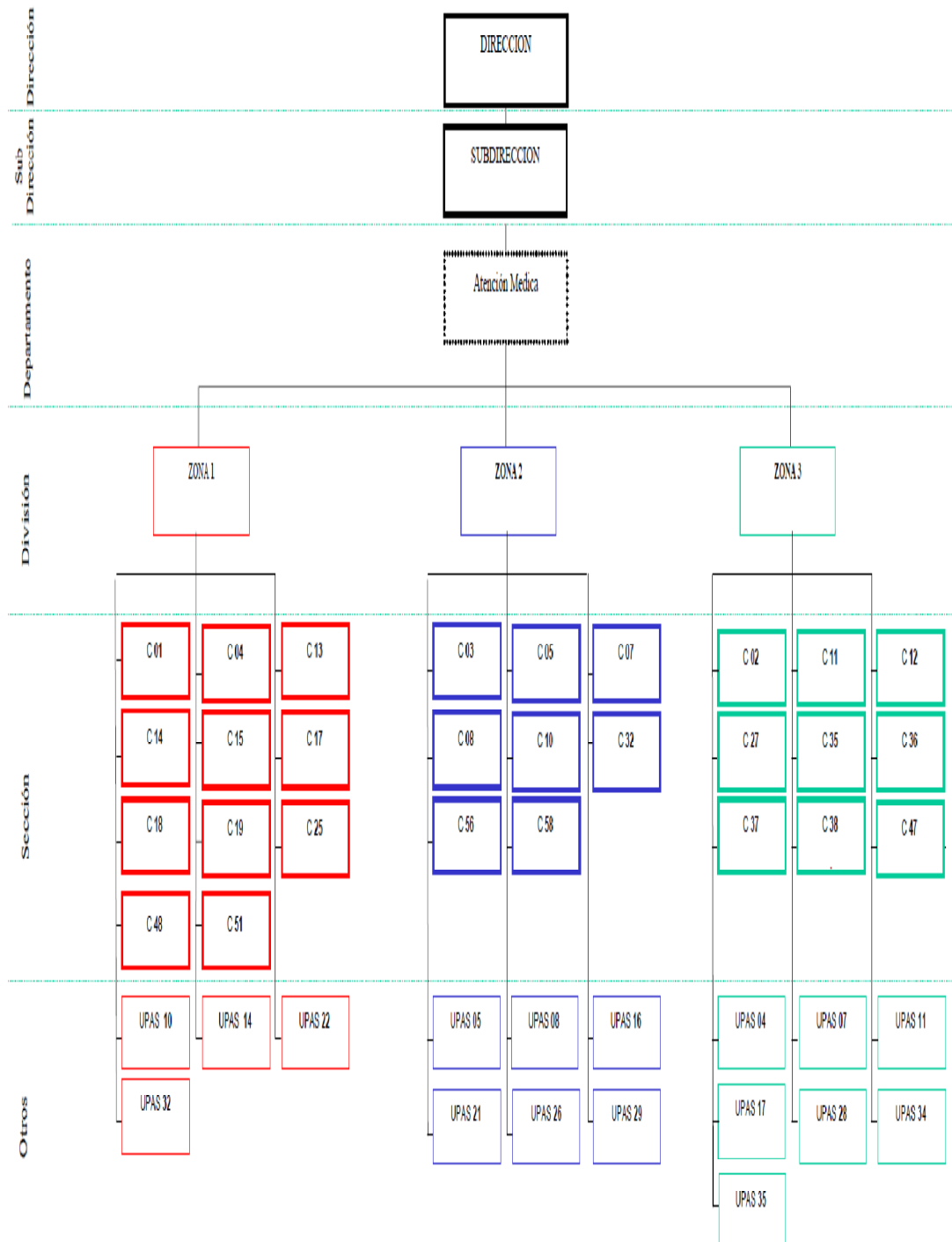
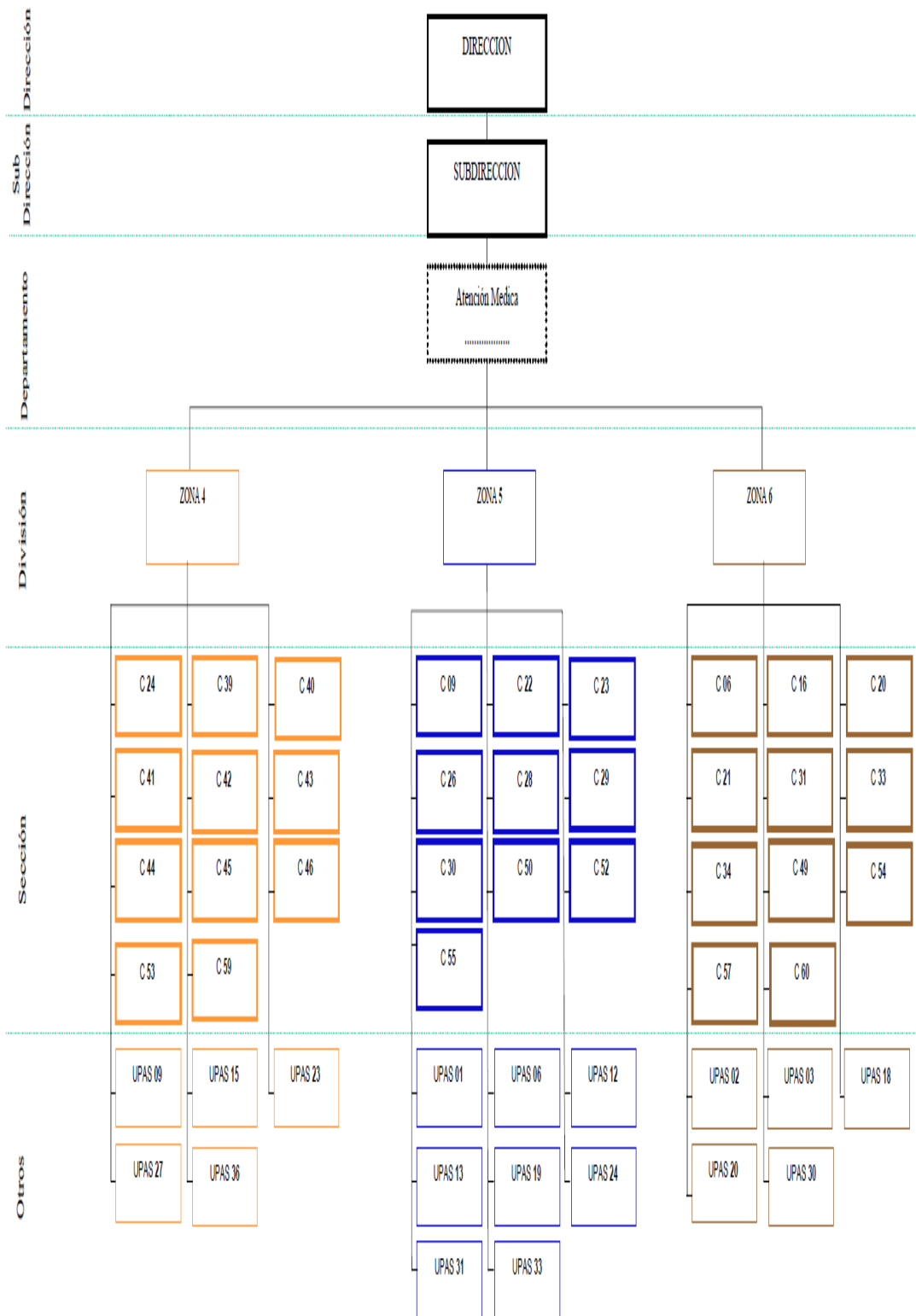


Figura N ° 25. Representación gráfica de las zonas sanitaria 1, 2 y 3. Fuente: Dirección de Atención Primaria de Salud. Municipalidad de Córdoba.



**Figura N ° 26.** Representación gráfica de las zona sanitarias 4, 5 y 6.  
 Ver: Centros de Salud en marrón, corresponden a la misma zona sanitaria de quienes se reciben derivaciones al CAPS N ° 33.  
 Fuente: Dirección de Atención Primaria de Salud. Municipalidad de Córdoba.

## Plano del área programática



**Figura N ° 3.** Delimitación del área programática.

Véase, marcada en azul, la delimitación del área de responsabilidad del CAPS N ° 33.

Fuente: Equipo Zonal Interdisciplinario zona sanitaria N° 6.

### Gestión del Riesgo Clínico

Se tendrán presente, en la atención específica de cada paciente, los siguientes protocolos de atención.

#### A nivel individuo:

a) Dieta: Detectar el consumo de hidratos de carbono entre comidas. Se deberá incluir, dentro de los hábitos saludables, una educación relativa a momentos de ingesta de los mismos con eventual derivación oportuna a Nutrición.



b) Higiene bucal: prevenir la incorrecta remoción de la placa bacteriana. A nivel de promoción, instruir sobre higiene colectiva y técnicas de higiene personalizada.

**A nivel superficie dentaria:**

a) Características físicas y químicas de los tejidos duros del diente: zonas retentivas de placa, defectos de mineralización. Será fundamental realizar una intervención a tiempo, antes de que ocurra la lesión.

b) Ubicación de la pieza en la cavidad bucal: existen zonas de difícil acceso al cepillado.

c) Tiempo post eruptivo: abarca los dos primeros años post erupción, donde el esmalte dentario aún no ha finalizado su mineralización, es de fundamental importancia en relación a la edad de riesgo.

**Gestión del Riesgo Clínico mediante protocolos de atención a programas de Control**

**A nivel del programa de control en la mujer embarazada:<sup>14</sup>**

Se tendrán presente, en el control específico de cada paciente, los siguientes protocolos de atención.

a) La atención de la embarazada debe realizarse en el trabajo conjunto con el equipo, al inicio de las consultas prenatales, para llevar a cabo una consulta odontológica que incluya, mínimamente, las siguientes actividades:

b) Orientación sobre las posibilidades de atención durante el embarazo.

c) Identificación de patologías bucales.

d) Diagnóstico precoz de lesiones de caries y necesidad de tratamiento, lo que provocará una mejor alimentación y bienestar en la embarazada.

e) Diagnóstico precoz de gingivitis y lesiones periodo tales.

---

<sup>14</sup> PRECONC / PALTEX (1992). PREC 2, Modulo 1. Dirección general: Noemí Bordoni. OPS/OMS.

- f) Planificación de atención de la embarazada con necesidad detectada y para medidas preventivas.
- g) Seguimiento del proyecto terapéutico.
- h) Orientación sobre hábitos alimentarios e higiene bucal.
- i) Las embarazadas pueden recibir tratamiento Odontológico.
- j) No existe riesgo en la utilización de la anestesia local si se realiza en conjunto con el obstetra o generalista el acuerdo sobre cuál es el anestésico más adecuado, principalmente cuando hay alteraciones en la presión arterial.
- k) El embarazo no es el responsable por la aparición de la caries ni de la pérdida de minerales (como el calcio) de los dientes de la madre para formar las estructuras calcificadas de los bebés. El aumento de la actividad cariogénica está relacionado con alteraciones de dieta y la presencia de placa bacteriana por higiene inadecuada. Seguidamente se produce una disminución del PH bucal, tornándose más ácido, significa que se requiere una mejor y mayor frecuencia de higiene bucal para neutralizar el PH.
- l) Los cuidados requeridos implican: el uso adecuado de cepillos dentales, la utilización de hilo dental y la limpieza de la lengua. Reparando, principalmente, en la técnica y la frecuencia utilizada.
- ll) Educar desde aquí, acerca del amamantamiento, el tiempo de uso de mamadera y chupete, el tipo de alimentación para el correcto desarrollo de los maxilares y evitar mal oclusiones.

### **A nivel del programa de control del crecimiento y desarrollo del niño<sup>15</sup>**

La atención del niño también debe realizarse en trabajo conjunto con el equipo, al inicio de las consultas y desde el nacimiento. Se tendrán presente, en el control específico de cada paciente, los siguientes protocolos de atención:

---

<sup>15</sup> PRECONC / PALTEX (1999). PREC 1, Modulo 3. Dirección general: Noemí Bordoni. OPS/OMS.

**Bebé de 0 a 3 años**

a) La primera consulta debe ser antes del primer año de vida. Dentro de lo posible, la alimentación del recién nacido debe ser exclusivamente materna.

b) La succión del seno materno, es fundamental para instituir un correcto hábito de respiración nasal y movimientos masticatorios adecuados en el futuro.

Es el primero y más importante mecanismo natural de ortopedia de los maxilares y en el desarrollo del niño en los aspectos nutricionales, inmunológicos y psicosociales. Tiene un papel muy importante en el desarrollo óseo-muscular y, por lo tanto, en el equilibrio del posicionamiento de las arcadas y la lengua. Por eso, la importancia de prevenir el destete precoz y promover la actuación interdisciplinar para alentar el amamantamiento materno exclusivo hasta los 6 meses y mixto hasta los 24 meses.

c) Uso del chupete: el uso prolongado del chupete puede provocar mal oclusiones, mordida abierta anterior, seguida de paladar ojival, protrusión de incisivos superiores, deglución y fonación atípicas, siendo la edad de 2 y 3 años la etapa etaria más afectada. Si usa chupete, debe ser anatómico y se debe informar el tiempo aconsejado de retiro del mismo.

d) Nutrición y dieta de la gestante: tiene una gran influencia en la Salud del bebé.

Es importante el asesoramiento nutricional, para explicar la transmisibilidad de las bacterias y el uso racional de flúor. Las orientaciones incluyen también el cuidado del futuro bebé, el amamantamiento exclusivo hasta los 6 meses, destete gradual e introducción de papillas, teniendo la preocupación por la consistencia de los alimentos que determinará el patrón de masticación.

Evitar que el niño se duerma con un biberón con leche, jugo de frutas o líquidos endulzados o gaseosas. Evitar la ingesta de dulces sólidos y/o líquidos entre comidas.

e) Higiene oral: introducción de higiene oral en el bebé desde el nacimiento.

f) Atención interdisciplinar de la gestante, así como su priorización en la atención Odontológica, fundamentalmente por el papel que ejercen en la promoción de la Salud en sus hijos.

g) Tratamiento mecánico de placa

- Antes de la erupción de incisivos→ higienizar encías con gasa.
- Desde erupción de incisivos→higienizar con cepillo.
- Técnica horizontal.
- Cepillos de consistencia suave
- Frecuencia: 1 vez por día. Preferentemente, nocturno (si su ingesta es < 4 momentos de azúcar).
- No usar pasta dental

### Niños de 3 a 5 años

- Participación de los padres
- Técnica horizontal
- Cepillos de 3 hileras de consistencia suave
- Frecuencia: 2 veces por día. Es importante el cepillado nocturno.
- Dentífricos infantiles: 500 a 800 ppm de Flúor en poca cantidad (se utiliza el término ‘ tamaño de lenteja’ para indicar esta medida).
- NO usar pasta si no controla la técnica de enjuague bucal, ni enjuagatorios fluorados.

### Consideraciones Conceptuales sobre Gestión del Riesgo Clínico

#### Transmisibilidad

Existen períodos claves en la vida del niño que representan momentos de mayor susceptibilidad para la adquisición de *Streptococos Mutans* (SM) denominados **ventanas de inefectividad**. Se identifica claramente una primer ventana entre los 16 y 29 meses de vida (promedio 24 meses), relacionada con la erupción del primer molar.

Los autores consideran que, si no se identifican niveles de colonización de SM a los dos años de vida, existen pocas posibilidades de que la misma se produzca hasta los

6 años de vida, aproximadamente. En esta etapa se produce la erupción del primer molar permanente, correspondiéndose con la segunda ventana de ineffectividad.

Socializar con la madre, padre, cuidadores y equipo de Salud (pediatras, enfermeros, agentes sanitarios, médicos) los conocimientos sobre transmisibilidad bacteriana, a nivel individual (en el espacio de la consulta) y a nivel colectivo, en sala de espera, instituciones, talleres barriales y hospitales

### **Ventana de Infección**

- 1a. Ventana

Cuando aparece el 1er. diente en boca, aparece *la posibilidad de transmisión microbiana*, que proviene de la madre y dura hasta que se completa la dentición temporal (aprox. 36 meses), ya que el período de erupción es muy inestable (por procesos inflamatorios, etc.) y se estabiliza cuando termina este proceso.

En este caso la flora que se traspa es mucho más agresiva y patógena, ya que es la de un adulto.

Se ha detectado que, cuando una embarazada presenta caries, el niño reconoce esta flora como normal, el problema es que el organismo de éste no tiene la capacidad aún de defenderse.

- 2a. Ventana:

Va de los 6 a los 10 años, desde que empiezan a cambiar las piezas deciduas por permanentes. El riesgo viene de los pares, que es menos agresivo.