Maestría en Gerencia y Administración en Servicios de Salud

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

Tesis de Maestría

Evaluación y dinámica de las prestaciones odontológicas en el Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero"

Od. Hugo Luis Pizzi

Director: Dr. Leandro Dionisio

HLP

2011

Art. 23 – Ordenanza Rectoral 03/77
“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta tesis”

HLP

ÍNDICE

Resumen 1

Summary 2

Introducción 3

El sistema de salud en Argentina 4
Los sistemas de salud: desafíos actuales 5
Calidad de los Servicios de Salud 6
Calidad en los Servicios Odontológicos 8
El sistema público de salud: El Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero" 10
El Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero": identificación, misión y visión institucional 11

Objetivos 13

Materiales y métodos 14

Resultados 15

Discusión 34

Conclusiones 38

Bibliografía 39

RESUMEN

La construcción de políticas públicas y privadas en salud bucal debe respetar la integralidad del abordaje de la salud. En este sentido, y basado en los tres pilares esenciales de la Atención Primaria de la Salud (APS), la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, surge en el año 2003 el Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero", organismo centro de referencia y eje de las derivaciones de segundo y tercer nivel de complejidad.

Objetivo: estimar la magnitud y distribución de las prestaciones odontológicas realizadas por el Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero" en el período 2007-2009.

Materiales y métodos: se describió la estructura organizativa y funcional del Instituto en términos de recursos humanos y materiales y se determinó la distribución de las prestaciones odontológicas realizadas por servicio y por cada año del período de estudio. Se utilizó el test estadístico de Kruskal Wallis para comparar la cantidad de prestaciones entre servicios y la variabilidad anual.

Resultados: no se observaron diferencias significativas entre el número de prestaciones realizadas entre los años 2007 y 2009 ($p>0.05$) excepto para el servicio de Endodoncia, en el cual la cantidad de prestaciones realizadas durante 2009 fueron significativamente mayores que las efectuadas en los años 2007 y 2008 ($p<0.05$).

Conclusiones: los resultados presentes en este estudio sugieren que los servicios actuantes en El Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero" presentan una demanda variada, con un caudal importante y permanente de pacientes en lo servicios más integrales –como Adultos y Odontopediatría- y una tendencia al aumento en las prácticas más complejas, como es el caso de Endodoncia.

SUMMARY

The construction of public and private policies in oral health must respect the integrity of health approach. In this regard, and based on the three pillars of the Primary Health Care, prevention, treatment and rehabilitation, emerged in 2003, the Provincial Institute of Dentistry "Dr. Daniel Ferrero", agency referral center and axis of the derivations of second and third level of complexity.

Objective: to estimate the magnitude and distribution of dental services performed by the Provincial Institute of Dentistry "Dr. Daniel Ferrero" in 2007-2009.

Materials and methods: we described the organizational and functional structure of the Institute in terms of human and material resources and determining the distribution of benefits by dental service and for each year of the study period. We used the Kruskal Wallis statistical test to compare the amount of benefits between services and annual variability.

Results: no significant differences were observed between the number of services carried out between 2007 and 2009 ($p > 0.05$) except for service Endodontics, in which the amount of services performed during 2009 were significantly higher than those made in 2007 and 2008 ($p < 0.05$).

Conclusions: the results reported in this study suggest that the services active in the Provincial Institute of Dentistry "Dr. Daniel Ferrero" have a mixed demand, with a substantial and permanent flow of patients in more comprehensive services, such as Adult and Pediatric Dentistry, and an increasing trend in the more complex practices, such as Endodontics.

INTRODUCCIÓN

El mundo de hoy es una sociedad compuesta por organizaciones. Todas las actividades dirigidas hacia la producción de bienes o a la prestación de servicios son planeadas, coordinadas, dirigidas y controladas dentro de las organizaciones, constituidas por personas y por recursos materiales y financieros (15). En el campo de la salud, las organizaciones preponderantes son las que producen servicios. En este sentido, el correcto funcionamiento de una organización de salud depende, entre otras cosas, del conocimiento de su dinámica, de las modalidades de trabajo y de las demandas que la sociedad efectúa sobre la misma (12) (34).

La construcción de políticas públicas y privadas en salud bucal debe respetar la integralidad del abordaje de la salud. Así, en el año 2009, en el Encuentro Internacional de Coordinadores Nacionales de Salud Bucal de los Países Latinoamericanos, se postuló el compromiso de disponer de recursos suficientes, respetar su aplicación, y garantizar la organización estratégica de los mismos para cumplir con el deber de la garantía del derecho a la salud bucal con equidad e inclusión social (13). En este sentido, y basado en los tres pilares esenciales de la Atención Primaria de la Salud (APS), la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, surge en el año 2003 el Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero", organismo centro de referencia y eje de las derivaciones de segundo y tercer nivel de complejidad.

Sin embargo, la calidad de los servicios depende, en gran medida, de la organización interna de una institución. De este modo, el análisis de su estructura y de su dinámica puede aumentar la eficacia y eficiencia del funcionamiento del sistema, colaborando en la planificación de actividades, la distribución del recurso humano y material y el diseño de políticas y programas de salud bucal (30) (7).

El sistema de salud en Argentina

La Argentina se distinguió durante muchos años por la eficiencia y calidad de su sistema de salud, pero hace ya largo tiempo que el área ve disminuidas sus capacidades y enfrenta problemas cada vez más importantes. En las últimas décadas, el sistema público, que está integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal) y que presta servicios de provisión gratuita, sufrió un gran deterioro. A su vez, esta situación actuó como disparador de un crecimiento expansivo del sistema de seguridad social (Obras Sociales) que se convirtió en el principal proveedor de servicios hasta que sus problemas se agudizaron en el transcurso de la década de los ochenta como consecuencia de múltiples factores: entre ellos, la pérdida de recursos y la debilidad institucional (3) (23).

El sistema de salud argentino se encuentra fuertemente fragmentado y desarticulado y esta circunstancia se constituye en una de sus principales características. Asimismo, la historia del formato actual se remonta a la década de los años cuarenta y a la constitución de un sistema sustentado en un modelo de desarrollo económico basado en el mercado interno y en el pleno empleo (18). En este contexto, el subsector público se conforma como tal bajo una fórmula universalista de atención que va encontrando, con el paso de los años, serias limitaciones en su impacto real. Simultáneamente a este proceso, se encuentra la conformación del subsistema de seguro social que se torna un elemento central y constitutivo del sistema de salud argentino. Este subsector también se forma con el supuesto del pleno empleo y pretende dar cobertura de salud a los trabajadores por rama de producción (2) (6).

Los sistemas de salud: desafíos actuales

HLP

Los sistemas de salud se encuentran en una encrucijada. En el mundo entero se está dando una búsqueda por mejores formas de regular, financiar y prestar los servicios de salud. Existe un sentido de innovación inminente, por el cual una diversidad de países de todos los niveles de desarrollo económico y con todos los tipos de sistemas políticos se han embarcado en procesos de reforma. Si bien el resultado final es todavía incierto, es muy posible que esta búsqueda conduzca a nuevos modelos conceptuales y prácticos para los sistemas de salud (24) (25).

La mayoría de los países latinoamericanos tienen frente a sí múltiples oportunidades como resultado de los avances en la reforma económica y la democratización. Al mismo tiempo, sin embargo, estas sociedades tienen que contender con una serie de retos muy complejos, mismos que, en gran medida, derivan de las rápidas transformaciones que han caracterizado la segunda mitad de este siglo. Durante este periodo, muchos países latinoamericanos han experimentado cambios que en los países desarrollados ocurrieron a lo largo de siglos. El ritmo de esta modernización ha sido muy diferente en los diversos segmentos de la sociedad, lo que ha agudizado la desigualdad entre los mismos (24) (28).

La evaluación y el mejoramiento de los servicios de salud implican un proceso de identificación y satisfacción de las expectativas de los usuarios. Como percibe el usuario la calidad de la atención recibida depende fundamentalmente de la diferencia entre lo que espera (expectativas) y lo que percibe (percepción de resultados reales); es por ello que la satisfacción dependerá sobre todo, de la información o expectativas que tenga el usuario acerca de la prestación del servicio. Puede darse el caso de que la realidad de la atención en salud es excelente, pero el usuario no la percibe así. De ahí que solo cuando se da una información clara, real y veraz, y se trate de igualar las expectativas a la realidad se puede conseguir que la realidad percibida sea igual a la calidad real.

Calidad de los Servicios de Salud

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años. Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia. Pero la adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector de los servicios ha provocado un "aggiornamiento" que debería repercutir favorablemente en los mismos. No se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario (27).

En el sector salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: *Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia*.

Cuando la prestación de servicios se realiza con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud.

Uno de los desafíos que el sector de salud en América Latina y el Caribe deberá enfrentar en las próximas décadas es la reducción de la iniquidad en salud en lo que se refiere al acceso a los servicios sanitarios y cobertura de salud. Esto ocurre porque el proceso de globalización de la economía, la reforma del estado, y en consecuencia la reforma del sector de la salud, no han conseguido responder a las demandas de la población en lograr mejores servicios de salud y mejor calidad de vida. De una forma concertada, la reforma del sector de la Salud, en la mayoría de los países, se ha centrado en el desarrollo y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, incorporando valores como: salud como derechos de los ciudadanos, universalidad, equidad, integralidad de la atención (algunos citan solidaridad) sumados a efectividad, eficacia y eficiencia, a las estrategias de descentralización administrativa y a la participación de la comunidad con control social (28).

Una de las estrategias utilizadas para disminuir esa inequidad ha sido la busca de una mejora de la calidad de los servicios, a partir de una definición del concepto de calidad, orientada a lograr tanto la satisfacción del usuario externo (población), como la HLP

motivación del usuario interno (trabajador del sector salud). También se ha intentado establecer la relación entre calidad, reducción de los costos y la equidad.

El sistema argentino se ha caracterizado por ser heterogéneo con respecto a la cobertura, las características de la población atendida y las fuentes de financiamiento (pública, privada y de la seguridad social). En 1997, se transfieren los hospitales a las provincias y de éstas a los municipios. La política de reforma del sector de la salud pretende lograr la hegemonía del sector público sobre los otros, con plena vigencia del derecho a la salud, con requisitos de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, cobertura a toda la población y descentralización.

Impacto positivo:

a) proceso de descentralización;

b) establecimiento de la normativa para los Hospitales de Autogestión (HPA) – los efectos pueden facturar a la población con cobertura social, establecimiento de convenios, utilización de los recursos por la venta de los servicios también para incentivar la productividad y eficacia del personal;

c) desregulación de las obras sociales - libre elección de los afiliados;

d) las obras sociales tienen que pagar al sector público los gastos que demandan las prestaciones de servicios a sus asociados y las del Ministerio de Salud llamado Programa Médico Obligatorio (PMO), y e) fiscalización del cumplimiento del PMO.

Impacto negativo:

a) Inequidad en la prestación de los servicios, e

b) inestabilidad laboral en relación a la ley de flexibilización del trabajo.

El surgimiento de los primeros programas de calidad - los programas de credenciamiento de hospitales tuvo lugar a nivel hospitalario. Así, países como Argentina, Brasil, Cuba, Colombia, Honduras, México, Paraguay, Puerto Rico y Venezuela afirman contar con estos programas en sus estructuras de gobierno, mientras que se encuentran en proceso de elaboración en El Salvador. Estos programas se centran fundamentalmente en la atención médica, pero algunos de ellos describen también estándares e indicadores de enfermería. Sin embargo, no se relatan procesos de acreditación para el primer nivel de atención (28).

HLP

Se hace necesario entonces, fortalecer institucionalmente sistemas y estructuras gubernamentales para la evaluación, promoción y resguardo de la calidad de atención, de forma de inducir al sector transformaciones en ese sentido como un proceso continuo, permanente y uniforme para todos los subsectores del sector salud y en forma consensuada con las jurisdicciones provinciales y municipales. Es esto último lo que ha dado origen al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica creado por Resolución Secretarial 432/92 y refrendado por el Decreto 1424/97 (8).

Calidad en los Servicios Odontológicos

Las exigencias actuales obligan a volver la vista a ese aspecto que hasta hace poco había estado el olvido, la calidad en el servicio. Resultado tal vez, de que toda la cultura de control de calidad fue concebida y desarrollada científicamente en el sector industrial, de donde fue adoptada y adaptada al sector de servicios de salud, específicamente al de servicios médicos y de ahí a los servicios odontológicos (5).

Donabedian menciona que para evaluar los procesos de servicios de salud, desde la óptica de la calidad, todos los elementos que intervienen en dichos procesos deben clasificarse en tres grandes grupos (9):

a) *Estructura*: elementos que tienen que ver con aspectos de infraestructura física, como serían mobiliarios, espacios físicos, equipo científico y tecnológico, entre otros,

b) *Proceso*: elementos relacionados directamente con el cómo y el con qué y cuándo se realizan los procesos, como serían programas, métodos, técnicas, planes, entre otros,

c) *Resultado*: elementos que muestran los resultados obtenidos con la combinación de los elementos de estructura y proceso.

Asimismo, menciona Donabedian que toda evaluación debe hacerse desde dos dimensiones, una técnica: que tiene que ver con instrumental, equipo, técnicas, espacios físicos, entre otros, es decir, todo aquello de lo cual se vale el prestador del servicio para brindarlo; y otra interpersonal: la cual aborda las formas en que el usuario de un servicio y el prestador del mismo interactúan antes, durante y después de la elaboración del servicio en cuestión (10).

En todo momento el odontólogo, y cualquier prestador de servicios de salud directa o indirectamente, al estar en contacto con el paciente debe contemplar que se encuentra ante un ser humano, que más allá de estar afectado por algún problema de salud, siente, piensa, sufre, anhela, ama; y no convertirlo en un expediente más o en un conjunto de datos, y lo que es peor, en un bien económico.

El odontólogo debe situarse como un profesional competente, asesor experimentado que busca como objetivo el bien del paciente, y quiere ofrecerle caminos, posibilidades de mejor salud, y que por lo tanto, debe reconocer sus propias limitaciones. Deberá conocer los principios éticos y bioéticos básicos para regir dentro de la moral su actitud y frenar la deshumanización de su quehacer cuando éste adopte actitudes y prácticas que dañen al ser humano.

El sistema público de salud: El Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero"

El sistema público de salud tiene que ir destinado a mejorar la salud de sus ciudadanos, utilizando de la forma más eficiente, accesible y equitativa los recursos disponibles. Esto no se puede conseguir sin que la Atención Primaria de Salud sea resolutiva y para ello es preciso que esté dotada de recursos y que sus profesionales tengan capacidad suficiente para organizarse y para optimizar el uso de los recursos disponibles (10) (19).

El hospital es el protagonista de la cobertura ordenada del segundo y tercer nivel de atención, es el nodo central de la red por lo que debe ser preciso en la definición de su perfil prestacional, sus niveles resolutivos y sus parámetros de atención.

El Instituto Provincial de Odontología fue inaugurado con el objetivo de crear un centro de referencia para los primeros niveles de atención de la Provincia de HLP

Córdoba. Desde su inauguración, se ha logrado la apertura de diferentes servicios que posibilitan la atención en un segundo y tercer nivel resolutivo, lo que permite la implementación de programas que contemplan alta básica, intermedia y final de los pacientes.

Teniendo en cuenta los lineamientos del Plan Federal de Salud en el que se considera como temas clave para la organización eficiente del sistema de Salud:

- el fortalecimiento del hospital público,
- la regulación de recursos humanos y
- la calidad desde la perspectiva del modelo de gestión

se analiza el perfil prestacional del Instituto Provincial de Odontología en relación a la evaluación de productos (4) (20).

El Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero": identificación, misión y visión institucional

El análisis de una institución de salud pública tiene como objetivo la promoción de la utilización racional de los recursos teniendo en cuenta que, mejorar la eficiencia hospitalaria, implica el conocimiento previo del producto hospitalario y sus costos para valorizar la producción, establecer el grado de eficiencia actual y avanzar en el mejoramiento de la relación costo/efectividad.

El aumento de las actividades, el mejoramiento de los rendimientos y la incorporación de innovaciones tecnológicas y de gestión a fin de desarrollar una mayor y mejor cobertura para atender la demanda, permite optimizar el uso de los recursos y lograr una eficaz actividad asistencial.

El Instituto Provincial de Odontología Dr. Daniel Ferrero depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba; fue inaugurado oficialmente en Diciembre de 2004 como centro de referencia de los primeros niveles de atención de la Ciudad de Córdoba y de la Provincia con el fin de garantizar la cobertura integral de las personas que asisten al mismo.

HLP

El Instituto Provincial de Odontología está conformado por recursos humanos y tecnológicos necesarios para desarrollar la actividad asistencial en distintas especialidades odontológicas. En función de ello, cuenta con un área de actualización permanente de dichos recursos, acorde con la demanda creciente que se observa en los últimos tiempos. Esto ha obligado a generar una dinámica especial e innovadora en la atención de pacientes, exigiendo una mejor gestión y utilización de los recursos, que conllevan un motor del cambio asistencial eficiente y efectivo.

Desde su inauguración en diciembre de 2004, hasta la fecha se ha logrado gestionar la apertura de los diferentes servicios que posibilitan la atención en un segundo y tercer nivel resolutivo, lo que permite la implementación de programas que contemplan alta básica, intermedia y final de los pacientes.

Los pacientes que asisten al Instituto, son derivados de los centros de atención primaria conformada por 10 CAPS (Centros de Atención Primaria de Salud) dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, UPAS (Unidades Primarias de Atención de la Salud) dependientes de la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba, escuelas provinciales de Córdoba capital y, en un menor porcentaje, de otros municipios de la provincia de Córdoba. Además, se llevan a cabo cirugías programadas a pacientes con capacidades diferentes en el quirófano del Hospital Pediátrico del Niño Jesús y del Hospital San Roque Nuevo.

La misión del Instituto Provincial de Odontología recoge las líneas básicas del proyecto del hospital, es decir, qué tiene que hacer como organización, para qué tiene que hacerlo y para qué grupo de interés. Es la razón de ser del hospital y sirve de guía para orientar todos los procesos y líneas de acción del hospital.

La misión central del Instituto Provincial de Odontología es la de brindar servicios de salud, a través de un modelo prestacional orientado a la satisfacción del usuario, que asegure una atención adecuada, eficiente y de calidad integrando un sistema local de salud, en una red de servicios ordenada por complejidades crecientes, que de cobertura a las necesidades integrales de salud de la población, de acuerdo a criterios de riesgo social y sanitario. La manera en que se lleva a cabo esta misión es priorizando la atención de los habitantes del la Provincia de Córdoba, promoviendo el desarrollo de una adecuada articulación con el primer nivel de atención a través de HLP

apropiados mecanismos de referencia y contrarreferencia y promoviendo una utilización racional de los recursos sociales destinados a la salud bucodental.

El Instituto Provincial de Odontología tiene el mayor nivel de cobertura prestacional de la Provincia de Córdoba y zona Centro del país; a fin de la mejor utilización de los recursos organiza programas que regulan la demanda de la población tanto de la Ciudad de Córdoba como del Interior Provincial, para dar resolución a las patologías bucodentales prevalentes.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Estimar la magnitud y distribución de las prestaciones odontológicas realizadas por el Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero" en el período 2007-2009.

Objetivos específicos

- Describir el modelo organizativo del Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero".
- Analizar la ocurrencia de las prestaciones odontológicas realizadas anualmente.
- Comparar la distribución de las prestaciones odontológicas entre servicios.
- Comparar la evolución de las prestaciones odontológicas anualmente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Materiales

La recolección de datos se efectuó en base al registro de estadísticas del Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero", período 2007-2009. La información fue estratificada según servicio (adultos, derivación y prevención, endodoncia, odontopediatría, operatoria, ortodoncia y prótesis) y registrada mensual y anualmente.

Métodos

En primer lugar, se describió la estructura organizativa y funcional del Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero", en términos de recursos humanos y materiales.

En segunda instancia, se determinó la distribución de las prestaciones odontológicas realizadas por servicio y por cada año del período de estudio.

HLP

Una vez obtenida la información, se utilizó el test estadístico de Kruskal Wallis para comparar la cantidad de prestaciones entre servicios y la variabilidad anual. Para ello, se utilizó el software estadístico *Infostat* (versión 2008) (16).

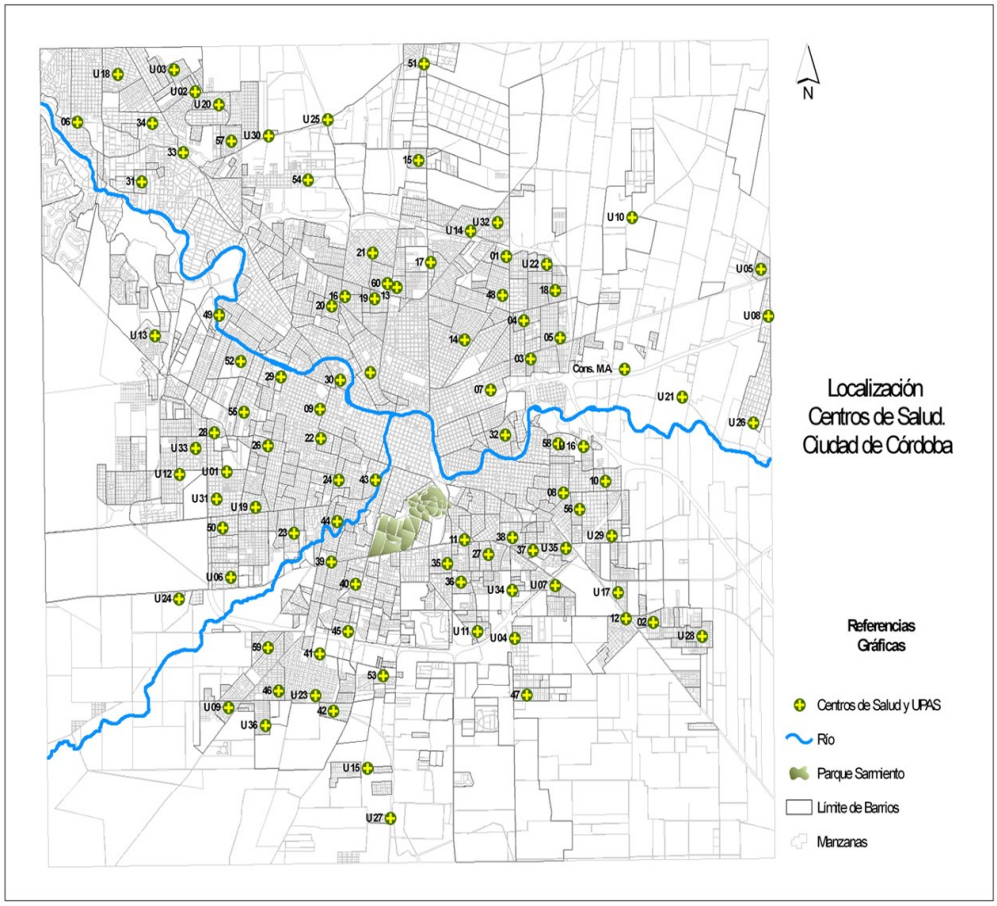
Lugar de desarrollo del plan de trabajo

- Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero".

RESULTADOS

Descripción del Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero"

El Instituto Provincial de Odontología Dr. Daniel Ferrero está ubicado dentro del edificio del Hospital San Roque viejo, que se encuentra en la zona centro de la capital de la ciudad de Córdoba, Republica Argentina, situado en la calle Rosario de Santa Fe 374 en la manzana conformada por las calles Chacabuco, Obispo Salguero y San Jerónimo.



Está organizado en servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención, lo que hace del mismo un centro de referencia en la provincia de Córdoba.

Se otorgan en promedio 3500 turnos por mes producto de la demanda espontánea y programada, de los cuales el 36% corresponde a pacientes niños que tienen entre 0 a 14 años de edad, y el 64% restante corresponde a pacientes adultos que tienen entre 15 y 65 años de edad. Los pacientes que concurren al Instituto son ambulatorios.

El Instituto Provincial de Odontología está conformado por recursos humanos y tecnológicos necesarios para desarrollar la actividad asistencial en distintas especialidades odontológicas.

Los servicios se distribuyen en diferentes áreas:

- Admisión y turnos: recepta a los pacientes y les otorga turnos de manera espontánea y programada.

HLP

- Recepción de pacientes: confecciona la historia clínica de los pacientes que concurren por primera vez al Instituto y los asigna a los servicios de acuerdo a las necesidades.
- Odontopediatría: abarca la atención integral de niños de 4 a 12 años.
- Endodoncia: se realizan los tratamientos de conducto derivados por profesionales del Instituto.
- Cirugía: presta servicios a pacientes derivados por profesionales del Instituto, desde los 14 años en adelante. Son servicios de alta complejidad, prestados en coordinación con el Servicio de Cabeza y Cuello del Hospital San Roque (nuevo).
- Prótesis: realiza prestaciones en prótesis removibles de acrílico a solicitud de profesionales del Instituto y en pacientes que han obtenido el alta en el resto de los servicios.
- Operatoria: desarrolla intervenciones en pacientes de 12 años en adelante.
- Prevención y extensión comunitaria: presta asesoramiento en prácticas preventivas a pacientes del Instituto y extramuro, con y para la comunidad.
- Rayos X: cuenta con un ortopantomógrafo y un aparato de rayos X convencional.
- Laboratorio dental: encargado de la confección de las prótesis removibles de acrílico.
- Capacitación y docencia: servicio destinado al perfeccionamiento de los profesionales del Instituto y de la comunidad en general, con el fin de desarrollar actividades en capacitación y actualización continua en salud en general y en temas de interés odontológico en particular.

Tabla 1. Servicios: capacidad y nivel resolutivo

SERVICIO	CANTIDAD DE SILLONES	NIVEL RESOLUTIVO

HLP

Derivación de Pacientes	2	Historia Clínica + Educación para la salud + derivación correspondiente
Operatoria	2	Alta básica, intermedia y final
Cirugía	5	Intermedia
Odontopediatría	4	Alta básica, intermedia y final
Ortodoncia	2	Alta básica, intermedia y final
Prótesis	2	Alta básica, intermedia y final
Estomatología	1	Intermedia
Endodoncia	2	Intermedia
Radiología (con ortopantomógrafo).	1	Radiología odontológica convencional + ortopantomografia
Laboratorio de Prótesis dental		Prótesis removible de acrílico, placas de relajación + aparatos de ortodoncia, etc.

El Instituto Provincial de Odontología “Dr. Daniel Ferrero” cuenta con:

- 26 profesionales odontólogos.
- 5 asistentes dentales.
- 5 técnicos dentales.
- 7 administrativos.
- 1 coordinador general.

A continuación, se presentan las prestaciones realizadas por año (período 2007-2009).

Año 2007

Durante el año 2007 se realizaron un total de 37127 prestaciones. La distribución de las mismas se presenta en el Gráfico 1.

*No se cuenta con registros del mes de junio.

El Gráfico 2 presenta la distribución de las prestaciones realizadas.

*No se cuenta con registros del mes de junio.

HLP

Al analizar la evolución mensual en el número de prestaciones se observaron los siguientes resultados:

Servicio de Adultos

La media de prestaciones en este servicio fue de 1139,82 +/- 402,53. El mes con mayor demanda fue agosto, mientras que hubo una caída en el número de prestaciones durante octubre (Gráfico 3).

*No se cuenta con registros del mes de junio.

Servicio de Derivaciones

La media de prestaciones en este servicio fue de 425 +/- 211,60. El mes de mayor demanda fue enero, mientras que se observó una disminución en el número de prestaciones en octubre (Gráfico 4).

*No se cuenta con registros del mes de junio.

Servicio de Endodoncia

La media de prestaciones fue de 175,73 +/- 65,86. Durante el mes de marzo se realizó la mayor cantidad de prestaciones, mientras que octubre fue el mes de menor demanda (Gráfico 5).

*No se cuenta con registros del mes de junio.

Servicio de Odontopediatría

El promedio de prestaciones en este servicio fue de 938,27 +/- 404,48. La mayor demanda fue en el mes de febrero, con una caída en el número de prestaciones durante octubre (Gráfico 6).

*No se cuenta con registros del mes de junio.

Servicio de Operatoria

La media de prestaciones observada fue de 414,27 +/- 170,10. La mayor demanda fue durante el mes de marzo. No se observaron prestaciones durante el mes de octubre (Gráfico 7).

*No se cuenta con registros del mes de junio.

Servicio de Ortodoncia

Se observaron registros de prestaciones a partir del mes de mayo, con una mayor demanda en agosto. El promedio fue de 161 +/- 125 (Gráfico 8).

*No se cuenta con registros del mes de junio.

Servicio de Prótesis

Se observó una media de prestaciones de 105,73 +/- 51,22. El mes de mayor provisión de servicios fue mayo, mientras que marzo fue el mes con menor cantidad de prestaciones (Gráfico 9).

*No se cuenta con registros del mes de junio.

Año 2008

Durante el año 2008 se realizaron un total de 37697 prestaciones. La distribución de las mismas se presenta en el Gráfico 10.

El Gráfico 11 presenta la distribución de las prestaciones realizadas.

HLP

Al analizar la evolución mensual en el número de prestaciones se observaron los siguientes resultados:

Servicio de Adultos

La media de prestaciones en este servicio fue de 1049,45 +/- 105,09. El mes con mayor demanda fue setiembre, mientras que hubo una caída en el número de prestaciones durante enero (Gráfico 12).

Servicio de Derivaciones

La media de prestaciones en este servicio fue de 278,91 +/- 254,74. El mes de mayor demanda fue febrero, mientras que se observó una disminución en el número de prestaciones en noviembre (Gráfico 13).

*No se cuenta con registros de los meses de julio y agosto.

Servicio de Endodoncia

La media de prestaciones fue de 100,64 +/- 85,38. Durante el mes de abril se realizó la mayor cantidad de prestaciones, mientras que junio fue el mes de menor demanda (Gráfico 14).

*No se cuenta con registros de los meses de agosto, setiembre, octubre y noviembre.

Servicio de Odontopediatría

El promedio de prestaciones en este servicio fue de 959 +/- 225,66. La mayor demanda fue en los meses de febrero y abril, con una caída en el número de prestaciones durante junio (Gráfico 15).

Servicio de Operatoria

La media de prestaciones observada fue de 374,20 +/- 60.71. La mayor demanda fue durante el mes de enero (Gráfico 16).

Servicio de Ortodoncia

La mayor demanda de prestaciones fue en abril, con una caída en las prestaciones en diciembre. El promedio fue de 174,25 +/- 139,45 (Gráfico 17).

Servicio de Prótesis

Se observó una media de prestaciones de 126,64 +/- 70,87. El mes de mayor provisión de servicios fue enero, mientras que agosto fue el mes con menor cantidad de prestaciones (Gráfico 18).

Año 2009

Durante el año 2009 se realizaron un total de 41524 prestaciones. La distribución de las mismas se presenta en el Gráfico 19.

El Gráfico 20 presenta la distribución de las prestaciones realizadas.

Al analizar la evolución mensual en el número de prestaciones se observaron los siguientes resultados:

Servicio de Adultos

La media de prestaciones en este servicio fue de 1121,45 +/- 234,62. El mes con mayor demanda fue mayo, mientras que hubo una caída en el número de prestaciones durante noviembre (Gráfico 21).

Servicio de Derivaciones

La media de prestaciones en este servicio fue de 415,55 +/- 214,69. El mes de mayor demanda fue junio, mientras que se observó una disminución en el número de prestaciones en julio y diciembre (Gráfico 22).

Servicio de Endodoncia

La media de prestaciones fue de 308,91 +/- 155,19. Durante el mes de noviembre se realizó la mayor cantidad de prestaciones, mientras que marzo fue el mes de menor demanda (Gráfico 23).

Servicio de Odontopediatría

El promedio de prestaciones en este servicio fue de 977,09 +/- 338,81. La mayor demanda fue en el mes de febrero, con una caída en el número de prestaciones durante enero (Gráfico 24).

Servicio de Operatoria

HLP

La media de prestaciones observada fue de 453,40 +/- 165,17. La mayor demanda fue durante el mes de setiembre (Gráfico 25).

Servicio de Ortodoncia

La mayor demanda de prestaciones fue en marzo, con una caída en las prestaciones en julio, octubre y diciembre. El promedio fue de 97,09 +/- 170,02 (Gráfico 26).

Servicio de Prótesis

Se observó una media de prestaciones de 179,91 +/- 67,97. El mes de mayor provisión de servicios fue junio, mientras que enero fue el mes con menor cantidad de prestaciones (Gráfico 27).

Análisis de las prestaciones anuales por servicio

Se aplicó el test estadístico de Kruskal Wallis para comparar las prestaciones realizadas por cada servicio anualmente. No se observaron diferencias significativas entre el número de prestaciones realizadas entre los años 2007 y 2009 ($p>0.05$) excepto para el servicio de Endodoncia, en el cual la cantidad de prestaciones realizadas durante 2009 fueron significativamente mayores que las efectuadas en los años 2007 y 2008 ($p<0.05$) (Gráfico 28).

Análisis de las prestaciones realizadas entre servicios

Se aplicó el test estadístico de Kruskal Wallis para comparar las prestaciones realizadas entre los servicios durante el período trianual 2007-2009. Se observó que los servicios de Adultos y Odontopediatría efectuaron una cantidad significativamente superior de prestaciones que los demás sectores ($p<0.05$). Por otro lado, los servicios de Endodoncia, Ortodoncia y Prótesis fueron los que realizaron un menor número de prestaciones en relación a los demás ($p<0.05$).

DISCUSIÓN

En los Objetivos de Desarrollo del Milenio se plantea que el camino más adecuado para lograrlos es sustentando los sistemas de salud en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Para ello, se promueven procesos de responsabilidad profesional, trabajo en equipo, accesibilidad geográfica, cobertura efectiva de los programas y evaluación permanente. El resultado de un modelo de atención de esta naturaleza será el nivel de salud más alto posible, promoviendo la equidad mediante la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población (10).

El Instituto Provincial de Odontología "Dr. Daniel Ferrero" fue concebido en base a la estrategia de APS y, su amplitud de servicios ofrecidos a la comunidad incluye los pilares de APS de prevención, tratamiento y rehabilitación.

En el presente trabajo se observó variabilidad en las prestaciones realizadas por los siete servicios asistenciales en el período trianual 2007-2009. Con respecto al año 2007, a pesar de no contar con registros del mes de junio –debido a una falencia administrativa- fue evidente una mayor demanda de servicios de las áreas de Adultos, Odontopediatría y Derivaciones en los primeros meses del año, mientras que los servicios de Endodoncia, Ortodoncia y Operatoria presentaron un mayor número de prestaciones a partir del mes de abril. Este comportamiento fue similar durante el año 2008. La mayor demanda en enero y febrero en los mencionados servicios podría

deberse que, al ser generalmente meses de receso escolar y laboral, la comunidad dispondría de mayor tiempo para realizar al menos una consulta anual, como así también para la obtención de certificados de salud bucal solicitados por las instituciones educativas.

Por otro lado, en el período 2007-2008, se observó una mayor demanda en los servicios de Endodoncia, Operatoria y Ortodoncia a partir de marzo/abril. Esto podría justificarse en que, al ser tratamientos que requieren una cierta continuidad, necesitan la presencia permanente de los profesionales odontólogos tratantes, quienes comúnmente ya han cumplido su receso vacacional y habría, en estos meses, un menor pedido de licencias.

En el año 2009 se observó un comportamiento diferente en relación a los años anteriores en estudio. Contrariamente a lo observado, el servicio de Adultos presentó una mayor demanda en abril y mayo, Derivaciones en junio, manteniéndose el alto número de prestaciones en Odontopediatría durante febrero. Por otro lado, los servicios de Endodoncia y Operatoria presentaron un mayor número de prestaciones desde agosto/setiembre y Ortodoncia en marzo. Estas modificaciones en la prestación de servicios podrían relacionarse, en el caso de Endodoncia y Operatoria, como consecuencia al aumento en el número de consultas a Derivaciones observado durante el mes de junio y, en Ortodoncia, debido a la disponibilidad de los profesionales tratantes.

Con respecto al servicio de Prótesis, presentó un comportamiento fluctuante a los largo de los tres años en estudio. Esto podría deberse a que el Instituto cuenta con un solo profesional dedicado exclusivamente a esa área, por lo que la entrega de turnos a los pacientes y disponibilidad de atención estaría sujeta a la presencia del profesional en el centro, afectada en ocasiones por el pedido de licencias anuales y de días de capacitación.

En relación a la demanda observada, en un estudio realizado en la ciudad de Córdoba en la Dirección de Asistencia Social del Personal Universitario (DASPU) en el período de 1988-1990, se observó que la ocurrencia más alta de prestaciones fue en Operatoria Dental y Prótesis. Por otro lado, las prácticas en Odontología Preventiva fueron de muy baja frecuencia y las menos solicitadas correspondieron a Odontopediatría, concluyendo que las prestaciones odontológicas demandadas fueron

principalmente curativas y reparadoras (1). Además, en ese trabajo se observó que las prestaciones por persona/año aumentaron conforme a la edad de los afiliados. Estos resultados difieren con los de esta investigación, lo que podría explicarse fundamentalmente por la misión del Instituto Provincial de Odontología, basado en la estrategia de APS y con énfasis en actividades de prevención y educación bucodental (21) (23) (29).

Otros autores han analizado la adhesión a tratamientos odontológicos en relación a la prestación de servicios pública o privada, observando un menor tiempo transcurrido entre las visitas programadas en aquellos pacientes con cobertura privada. Si embargo, estas limitaciones no se observan en el Instituto Odontológico, ya que sus acciones se basan en el sistema de salud pública y de acceso igualitario (22) (36).

En congruencia con la misión y valores del Instituto Provincial de Odontología, Deandelillo propone en su trabajo sobre bioética en odontoestomatología, que las acciones sanitarias deben incluir tareas de promoción de la salud (función educadora) contemplando a las personas desde un enfoque integral, orientados hacia la conservación de la salud bucodental, en busca de una mejor calidad de vida y con los principios de integridad y dignidad de la persona (21). Así, la sobreutilización de técnicas de complejidad avanzada, podría afectar la implementación de estrategias preventivas, aumentando los costos al sistema de salud y deteriorando la relación profesional-pacientes (7) (24) (35).

En el presente trabajo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las prestaciones de cada servicio durante el período 2007-2009. No fue así en el servicio de Endodoncia, que presentó una mayor cantidad de prestaciones durante el último año en estudio. Este aumento podría deberse a la dinámica de la población que acude al Instituto, la cual podría haber manifestado una mayor necesidad de tratamientos de conducto –actividad asistencial exclusiva de este servicio- durante el año 2009.

Al comparar el número de prestaciones realizadas por servicio en el período en estudio, se observó que Adultos y Odontopediatría efectuaron una mayor cantidad de prestaciones en relación a las demás áreas. Este hecho se debería a que son servicios que ofrecen una atención integral a los pacientes, incluyendo una amplia gama de HLP

tratamientos, en contraposición a otros servicios cuyas actividades están más circunscritas. En este sentido, el menor número de prestaciones observadas en Endodoncia, Ortodoncia y Prótesis se justificaría en que incluyen tratamientos prolongados en los cuales la permanencia de los pacientes en el consultorio es mayor, lo que imposibilita una mayor rotación de los mismos y aumento en el otorgamiento de turnos.

En general, la asistencia odontológica se piensa en términos de una atención individual (odontólogo-paciente) en ocasión de restablecer la salud a partir del daño causado por la enfermedad. En menor medida en brindar servicios vinculados con la preservación de la salud y despierta muy poco interés la atención comunitaria (5).

El rol del Estado debe orientarse hacia formas vinculadas con la preservación de la salud. Con el porcentaje de pobreza e indigencia que existe en la Argentina hay que profundizar la actividad y capacitación del odontólogo hacia el campo de la salud pública con el objeto de aplicar programas de prevención bucal comunitarios (30) (31).

La calidad en los Servicios de Salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes. Un derecho por parte de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen. También un derecho de los trabajadores del Sector es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un adecuado servicio.

La gestión de la calidad es algo que compete a todos y es necesario que a partir de marcos conceptuales y normativos generales, cada organización construya su propio programa de garantía de calidad.

El desarrollo de las ciencias sociales, de las ciencias de la salud y los avances tecnológicos contemporáneos han permitido consolidar un cuerpo de conocimientos teóricos, a partir de los cuales interpretar la salud y la enfermedad como un proceso histórico-social que se expresa concretamente en las condiciones biológicas de los individuos y de las comunidades (38).

El mejoramiento de la salud de la población no se puede fomentar sin la participación de los usuarios, quienes reciben la acción que genera el servicio. Por lo cual resulta necesaria la incorporación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación del servicio odontológico, para impulsar un modelo de gestión en salud orientado a la solución de los principales problemas que afectan a la población,

asumiendo la salud colectiva como una responsabilidad compartida entre el equipo de salud y las comunidades.

El perfil salud-enfermedad bucal es un proceso complejo, y para su transformación resulta indispensable conocer las particularidades de las comunidades, los hábitos higiénicos, los conocimientos que maneja la población acerca de sus problemas bucales, cómo logran resolver sus problemas a partir de sus propia práctica en salud, el acceso real a los servicios de salud, cómo es su alimentación, entre otras consideraciones (22).

La gestión de un modelo de atención en salud que responda a las necesidades de la población, requiere entre otros componentes el incremento de la calidad en la prestación de los servicios, la satisfacción de los intereses del personal y del usuario. Quien determina si el servicio es aceptable es el "cliente", de manera tal, que el diseño, desarrollo y nivel del servicio deben partir de un claro entendimiento y conocimiento de las necesidades, preferencias, valores y criterios de la salud de los usuarios. Estos principios deberán ser compartidos por todo el equipo de trabajo, por lo que se requiere un estilo de gestión participativa que favorezca el consenso en la toma de decisiones, para asegurarse que todas las acciones de los miembros del equipo de salud converjan hacia las necesidades de los usuarios del servicio (37).

CONCLUSIONES

Los resultados presentes en este estudio sugieren que los servicios actuantes en El Instituto Provincial de Odontología “Dr. Daniel Ferrero” presentan una dinámica variada, con un caudal importante y permanente de pacientes en lo servicios más integrales –como Adultos y Odontopediatría- y una tendencia al aumento en las prácticas más complejas, como es el caso de Endodoncia.

El conocimiento de los patrones de conducta de una institución sanitaria permite optimizar los recursos humanos y materiales disponibles. Además, en base a las estrategias planteadas por la APS, permitiría planificar políticas de prevención de enfermedades y de promoción de la salud bucal logrando, además, una reducción en el

gasto de insumos destinados a tratamientos odontológicos más complejos y prolongados.

El mejoramiento de la calidad de los servicios odontológicos requiere de la incorporación de un modelo de gestión que permita articular las necesidades de la atención odontológica de la población con el desempeño del equipo de salud, la oferta del servicio y la evaluación continua. El mejoramiento de la calidad igualmente implica crear un modelo de gestión participativa, que involucre al equipo de salud en conjunto con las organizaciones de base de la comunidad, en el que se definan estrategias que permitan incluir la participación comunitaria y la satisfacción tanto de los usuarios como de los proveedores como indicadores de la evaluación de la calidad de estos servicios. De esta manera la evaluación permitirá medir el impacto de la prestación de los servicios odontológicos en el perfil de salud bucal de la población.

En síntesis, es necesario ampliar los esfuerzos para definir y ejecutar la estrategia de APS en todos los niveles del sistema de salud, con el objetivo de modificar las actividades que en la actualidad se basan en el modelo tradicional de atención exclusiva de la demanda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez de Viotti R, Reynoso A, Betellino LJ. Estructura de las prestaciones odontologicas en un efector del sistema de la seguridad social: Córdoba, Argentina. Rev. Fac. Cienc. Méd. (Córdoba). 1994; 52: 33-40.

2. Barrientos A, Lloyd-Sherlock P. Reforming health insurance in Argentina and Chile. Health Policy Plan. 2000; 15: 417-423.

3. Báscolo E, Yavich N. Governance and the effectiveness of the Buenos Aires public health insurance implementation process. J Ambul Care Manage. 2009; 32: 91-102.

HLP

4. Bordoni NE, Squassi A, Bellagamba H. Evaluación de la práctica social en la atención de salud bucal.Rev. Ateneo Argent. Odontol

5. Carrillo DY, Yajaira T, Romero Uzcátegui C. Evaluación de la calidad de la atención odontológica de los servicios de salud adscritos a la corporación merideña de salud del municipio Libertador del Estado Mérida. Acta Odont Venez. 2007; 45: 1-9.

6. Cavagnero E. Health sector reforms in Argentina and the performance of the health financing system. Health Policy. 2008; 88: 88-99.

7. Deangelillo CA. Importancia de las humanidades en odontoestomatología. Acta Bioeth. 2006; 12:55-58

8. Decreto 1424/97. Poder Ejecutivo Nacional. República Argentina.

9. Donabedian A. Institucional and profesional responsabilities in quality assunrance. Qual Assur Health Care. 1989, 1: 3-9.

10. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio. México, D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública, Perspectivas en Salud Pública. 1990; p. 10-12.

11. Donnelly B. For community equipment services. Br J Community Nurs, 2010; 15: 166-169.

12. Durán J, Guix J, Villalbí JR. Acerca de los clientes de las organizaciones de salud pública. Gac Sanit, 2004; 18: 479-482.

13. Encuentro latinoamericano de coordinadores nacionales de salud bucal. 2009. http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/carta_brasilia_salud_bucal_americas.pdf

14. Freitas MI, Gonçalves Leite IC. Primary care indicators for evaluation of oral health care, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2002-2005. Rev APS. 2007; 10: 36-45.

15. Gibson J, Ivancevich JM, Donelly JH. Las organizaciones: comportamiento, estructura, procesos. 2003. Ed. MGraw-Hill Interamericana.

16. Infostat v. p.1. 2008. Grupo InfoStat, Facultad de Ciencias Agropecuarias, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

17. Kohli A, Pezzotto SM, Poletto L. Demanda de atención y estado dentario en servicios y consultorios odontológicos de Rosario. Rev. Asoc. Odontol. Argent. 2007; 95: 31-34.

18. Lloyd-Sherlock P. Health sector reform in Argentina: a cautionary tale. Soc Sci Med. 2005; 60: 1893-1903 .

19. López ER, Vázquez LMR, Centelles AV, Otero FV. Caracterización del usuario de las unidades de salud bucodental del Servicio Gallego de Salud. Cad Aten Primaria. 2007; 14:168-170.

20. Marín GH, Urdampilleta P, Zurriaga O. Factores condicionantes en la demanda de atención odontológica en población adulta de Buenos Aires. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. 2010; 15: 86-91.

21. Martelli P J. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13: 1669-1674.

22. Méndez MWM. La calidad de la atención en el servicio odontológico. 2007. Disponible en URL: www. Odontologiaactual/2007-08/vol5/.../9

23. Moyetta A. Odontología en salud pública un camino de medio de medio siglo: 50 años en la práctica odontológica dentro del subsector oficial de salud, provincia de Neuquén 1956-2006. Tesis de Maestría en Gerencia y Administración en Servicios de Salud. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. 2007.

24. Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Ação Coletiva 1999; 2: 9-14.

HLP

25. Omar M. Health sector decentralization in developing countries: unique or universal! World Hosp Health Serv. 2002; 38: 24-30.

26. OPS/OMS. Atención Primaria de la Salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 44 Consejo Directivo, 55 Sesión de Comité Regional. 2003.

27. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Reunión regional sobre programas de garantía de calidad de los servicios de salud en el marco de las reformas sectoriales. Relatoría general. Washington, 1998. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Disponible en URL: www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf

28. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2000. Washington/ PAHO, Official document. 1996. Disponible en URL: www.paho.org/Spanish/BIO/regulacion.pdf

29. Páez P, Gallegos Crotte JM. Resultados prometedores de APS en escuelas rurales de Neuquén. Salud bucal. 2003; 95: 21-23.

30. Rioboo, R. Odontología preventiva y odontología comunitaria. 2000. 1era ed. Madrid, España: Ediciones Avances Médico-Dentales.

31. Rojas, R. Crisis salud enfermedad y práctica médica. 2000. 1era ed. México: Plaza y Valdes Editores.

32. Sheard S. History in health and health services: exploring the possibilities. J Epidemiol Community Health. 2008; 62: 740-744.

33. Tobar F. Atención Primaria de la Salud. Boletin PROAPS-Remediar. 2003. Número 6.

34. Tomar SL, Cohen LK. Attributes of an ideal oral health care system. J Public Health Dent, 2010 (en prensa).

HLP

35. Triana Estrada J. La ética: un problema para el odontólogo. Acta Bioeth. 2006; 12:75-80.

36. Valdivieso Montoya C. Diagnóstico y propuesta hacia una nueva práctica de la odontología. Rev Odontol. 2000; 1:30-33.

37. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, Cirera E. Aten Primaria. 1999; 24: 468-474.

38. Westlander G. Organizational change and health at work. Int J of Health Serv, 1989; 19: 335-349.