



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESERCIÓN DE LOS PACIENTES AL
TRATAMIENTO EN LA CLÍNICA DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO - II SEMESTRE 2005**

Díaz Cárdenas Jenny Marcela

León Guerra Adriana Marcela

Motta Murcia Nancy

Pardo Torres Nancy

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

Bogotá D.C. 2006

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESERCIÓN DE LOS PACIENTES AL
TRATAMIENTO EN LA CLÍNICA DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO - II SEMESTRE 2005**

Díaz Cárdenas Jenny Marcela

León Guerra Adriana Marcela

Motta Murcia Nancy

Pardo Torres Nancy

**Trabajo presentado como requisito parcial para optar el Título de
Especialista en Gerencia en Servicios de Salud**

Asesor Metodológico

Dr. Gómez Conrado

MD. Magíster Especialista En Ciencias Políticas

PHD. En Salud Pública

Asesor Temático

Dr. Rene Rodolfo Abadía Salazar

**MD. Especialista en Economía. Especialista en Gerencia de Servicios de
Salud. Especialista en Auditoría Médica**

Dr. Gómez Conrado

MD. Magíster Especialista En Ciencias Políticas

PHD. En Salud Pública

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

Bogotá D.C. 2006

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios, a nuestras familias, a nuestros asesores y al Colegio Odontológico Colombiano, por la colaboración y paciencia que nos brindaron para llegar a feliz término con nuestro proyecto de investigación

Jenny D, Adriana L, Nancy M, Nancy P.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Introducción	7
I. Aspectos teórico – científicos	9
1.1 Problema	9
1.2 Proposito	10
1.3 Marco Teórico	11 - 38
1.3.1 Marco Conceptual	39 - 41
1.4 Objetivos	42
1.4.1 Objetivo general	42
1.4.2 Objetivo específico	42
II. Aspectos metodológicos	42
2.1 Tipo de estudio	42
2.2 Población	42
2.3 Criterios de selección	43
2.3.1 Criterios de Incllusion	43
2.4 Variables	43
2.5 Instrumento para recolección de datos	43
2.6 Procedimiento	43
2.6.1 Proceso de Llamada Telefónica	43
2.6.2 Proceso de Encuesta	43
2.6.3 Proceso de Encuesta Telefónica	43
2.6.4 Proceso de Tabulación de Datos	43
III. Resultados	43
IV. Discusión	44
V. Conclusiones	47
VI. Recomendaciones	48
Bibliografía – Anexos	

INTRODUCCION

El tratamiento odontológico completo y de calidad es un objetivo fundamental de cualquier profesional, institución prestadora y asimismo del Colegio Odontológico Colombiano.

Así es también un parámetro básico de calidad y satisfacción de los pacientes.

Sin embargo muchos factores atentan contra la continuidad del tratamiento. Por ejemplo:

Dentro del marco de la ley 100 de 1993 se plantea un Plan obligatorio de Salud en Odontología encaminado a la prevención y la atención básica, derivando en una restricción en el acceso a servicios odontológicos de mayor complejidad.

Del mismo modo la valoración de la salud oral por parte del paciente hace que su necesidad sentida y manifiesta sea un poco alejada del concepto de integralidad – calidad- éxito.

Así otro factor influyente es el compromiso con la continuidad del tratamiento, entendiendo que a mayor complejidad mayor grado de dedicación y disponibilidad económica.

La satisfacción y buena comunicación con el operador, permiten que el paciente sienta que sus necesidades son entendidas, percibidas y valoradas dentro del marco de la relación paciente operador. Esta relación y el miedo que en sí genera la consulta odontológica podrían influir en la decisión por parte del paciente, de abandonar el tratamiento odontológico.

La deserción como un fenómeno no deseable en el tratamiento odontológico, se deteriora con la falta de seguimiento sistemático por parte de la institución, salvo una revisión de historias clínicas guiada por la dirección, la cual arroja datos de alrededor un 40% de deserción de pacientes, no permitiendo conocer las causas que la provocan.

Suscitando que esta falta de seguimiento desencadene en demandas y reclamaciones por parte de los usuarios, al sentir que no son percibidos por parte de la institución como pieza importante del proceso asistencial.

Es importante tener en cuenta en el caso del Colegio Odontológico Colombiano como un escenario docente- asistencial, que existen otros factores que hacen mas difícil la continuidad. Por ejemplo:

Los estudiantes no poseen una conciencia clara de la importancia de tratamientos terminados y pacientes integrales, vistos por parte del operador como factor importante en el cumplimiento de actividades mínimas, dejando de lado la concepción del compromiso ético.

Derivado de la complejidad de los tratamientos de algunos pacientes, el operador percibe este hecho como un problema, que posteriormente desencadenaría retrasos en el cumplimiento de actividades académicas.

Además la falta de una relación contractual paciente-estudiante, mediada por una compensación económica, permite que no se cree en los usuarios un compromiso que permita la consecución de tratamientos integrales.

1. ASPECTOS TEORICO CIENTIFICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La normatividad legal para la prestación de servicios en salud oral y que se rige por la ley 100 de 1993 obliga a todas las Entidades Promotoras de Salud, EPS, a prestar a sus afiliados¹ un conjunto de servicios enfocados esencialmente a una Odontología básica que pretende lograr la curación de las enfermedades de la boca, enfatizando la prevención como requisito indispensable para alcanzar una buena salud oral, y deja descubiertos muchos procedimientos para lograr una salud oral integral , quedando un gran vacío en la prestación de servicios odontológicos, razón por la cual los usuarios deben acudir a la consulta privada buscando tratamientos a bajo costo.

El Colegio Odontológico Colombiano, institución de carácter académico; en su filosofía vio la oportunidad de concatenar la necesidad del paciente de recibir servicios no cubiertos por el POS, con la necesidad de los estudiantes de realizar su entrenamiento clínico durante el proceso de formación de profesionales en salud oral.

Bajo la supervisión de docentes, especialistas y con la reglamentación expedida por la secretaria de salud de Bogota, se presta en la clínica de la calle 13 un servicio odontológico interdisciplinario. Se ha observado una gran demanda de los usuarios por la prestación de los servicios de forma integral que complementan el POS, sin embargo y a pesar del bajo costo en los tratamientos y de las opciones que ofrecen los estudiantes, parte de estos

¹ República de Colombia. Ley 100 de 1993. Art.162

tratamientos no son terminados debido a la deserción de los pacientes que acuden a esta institución para acceder al servicio, que de acuerdo a la información obtenida en una revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el período de enero a junio de 2005 fue de 39.5% razón por la cual es importante esta investigación para que los estudiantes y docentes del Colegio Odontológico Colombiano detecten el origen del comportamiento de deserción al tratamiento odontológico de los pacientes que acuden a la clínica de la calle 13 .

Por esta razón cabe preguntarse:

- Cual es el perfil sociodemográfico de los pacientes que asisten a la clínica intramural del Colegio Odontológico Colombiano sede centro calle trece en el segundo semestre de 2005?
- Cuales son los factores que provocan la deserción de pacientes que asisten a realizarse tratamiento odontológico en la clínica de la calle 13?

1.2 PROPOSITO

Ofrecer herramientas a la institución para lograr una mayor adherencia de los pacientes al tratamiento odontológico, a partir del conocimiento de los factores que provocan dicha deserción.

Dar a conocer cuales son las condiciones sociodemográficas y las características de la población que asiste a la clínica, para que la institución tenga bases e implemente políticas encaminadas a satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes.

1.3 MARCO TEORICO

Plan de servicios odontológicos en el pos.

Dentro del marco de la ley 100 en el Capítulo III Artículo 162, el Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Dentro de dichos niveles de atención en la parte que se refiere a Odontología en la resolución 5261 de Agosto 5 de 1994, se especifica que dentro de la atención Odontológica que incluye el Plan Obligatorio de Salud están las actividades de educación, motivación y prevención, las cuales serán de carácter obligatorio y se brindarán a todo paciente que inicie su atención. Tales actividades serán ofrecidas por el Odontólogo y una auxiliar de higiene oral de las IPS, con las cuales se tenga contrato o convenio. Las actividades del primer nivel de atención constan de: Examen Clínico Odontológico, RX en caso necesario, Educación en Salud Oral, Indicaciones y práctica de cepillado, Indicaciones y práctica con hilo dental, Control de placa, Detartraje supragingival, Sellantes de fosas y fisuras, Topicación con flúor, Profilaxis final.

Cuando el paciente se encuentre suficientemente motivado sobre su higiene oral y presente un máximo de placa del 15% se debe continuar con tratamiento curativo que incluye: Obturaciones con resina de fotocurado, Obturaciones con amalgama de plata, Extracciones dentales sencillas y/o quirúrgicas, Curetaje, alisado radicular y endodoncias.

Manual de procedimientos

En la clínica del Colegio Odontológico Colombiano se maneja la atención de pacientes en el siguiente orden:

Valoración de pacientes que consiste en examen clínico intraoral, para clasificarlo de acuerdo con las necesidades, objetivos y criterios establecidos en cada curso clínico como: edad, tratamiento presuntivo, entre otros.

Se clasifican según el grado de complejidad en:

Grado de complejidad uno: se atiende en la clínica extramural de Chía.

Grado de complejidad dos: el paciente necesita atención básica en Periodoncia, operatoria, cirugía, endodoncia y rehabilitación oral, casos de baja complejidad. Estos pacientes se remiten a los alumnos de séptimo y octavo semestre.

Periodoncia:

Este término se refiere al tratamiento de todos los problemas de las encías y el hueso que sostiene los dientes. Cada diente está dentro del hueso, unido fuertemente por una serie de estructuras que garantizan su fortaleza y correcto funcionamiento.

En ocasiones, las estructuras que rodean y soportan al diente (encías y hueso), se ven afectadas de forma importante. Esto desencadena un proceso degenerativo continuo, que progresa lentamente, hasta llegar a un estado avanzado en el que el diente se mueve en exceso y se pierde. Antes de que esto suceda, los dientes van pasando por varias etapas bien definidas, desde una afectación leve hasta estados avanzados de pérdida dentaria. Este proceso se denomina periodontitis.

Causas:

La causa principal es una infección producida por diversos tipos de bacterias. La mayoría de estas bacterias se encuentran en circunstancias normales en

la boca de cualquier individuo, pero algunas personas poseen un sistema de defensa que no es eficaz contra ellas, es entonces cuando se produce la infección. Poco a poco, estas bacterias dañinas van mermando la encía y el hueso, de modo que los dientes se encuentran cada vez más debilitados.

Diagnostico:

Existen una serie de síntomas que permiten reconocer esta afección en cualquiera de sus estadios:

1. Estadio de gingivitis: Cualquier afectación periodontal comienza en la encía. Ésta pasa de color rosado a rojo intenso, aumenta ligeramente de tamaño, duele levemente y sangra al cepillarse los dientes.
2. Estadio moderado: La encía se retrae, es decir, los dientes parecen más largos. Se pueden apreciar grandes depósitos de placa bacteriana en los dientes. Existe una ligera movilidad de los dientes. A veces los dientes se desplazan y se crean espacios entre ellos. Las encías aparecen enrojecidas y sangran con facilidad. La halitosis (mal aliento) y mal sabor de boca son característicos. En ocasiones las bebidas o alimentos muy fríos o muy calientes producen dolor.
3. Estadio avanzado o grave: Todos los síntomas anteriores se acrecientan. Los dientes se mueven en exceso hasta que se pierden. La encía sangra abundantemente y duele, lo que impide al paciente cepillarse correctamente los dientes, hecho que agrava aún más el problema.

Consecuencias:

La consecuencia fundamental a largo plazo es la pérdida de la mayoría o todos los dientes. Esta pérdida trae consigo las consecuencias propias al paciente edentulo: dificultad al masticar, problemas digestivos, alteración estética importante, dolor, halitosis, sangrado de encías, etc

Tratamiento:

El tratamiento básico consiste en eliminar la infección existente limpiando a fondo toda la boca, bajo anestesia local. Si el estado es muy avanzado o se

requiere regeneración, se precisa una pequeña intervención quirúrgica, también con anestesia local. El tratamiento puede complementarse con el uso de antibióticos.

El paciente debe ser consciente de su problema y asumir que, tras el tratamiento inicial, al menos una vez al año debe acudir al odontólogo a realizarse limpiezas de mantenimiento, durante el resto de su vida. La higiene oral es fundamental para tratar este tipo de problemas.

Cuidados y mantenimiento:

Importante la higiene bucal, la periodontitis está causada por una infección generalizada de la boca, por lo tanto, es fundamental mantener unos niveles óptimos de higiene que impidan el desarrollo bacteriano.²

Operatoria:

Cuando se ha producido una caries, es la operatoria dental, la odontología conservadora o restauradora la que se encarga de eliminar, curar la caries y reconstruir la pieza dentaria.

Hoy en día la operatoria dental actual cuenta con un mejor conocimiento histológico y clínico de las diferentes estructuras dentales, que sumado al gran adelanto tecnológico y científico en la ciencia de los biomateriales, hace más exigente el conocimiento y análisis por parte del profesional, en la determinación de las técnicas a efectuar.³

² Instituto Dr. E. Lalinde, Cirugía plástica y estética, isla de Nelson 2, Madrid, España

³ guías básicas de protocolo clínico en operatoria dental, sociedad colombiana de operatoria dental y biomateriales revista de la sociedad colombiana de operatoria dental y biomateriales volumen 1

Tratamiento:

La obturación de un diente, se basa en eliminar el tejido careado, desinfectar los tejidos sanos que pueden estar contaminados de bacterias y restaurar la forma anatómica dicho diente. ⁴

Cirugía:

La extracción dentaria es el acto quirúrgico que se realiza con más frecuencia dentro de la cirugía oral, en las últimas décadas han disminuido mucho el número de exodoncias, debido a la mayor prevalencia de la Odontología conservadora, aunque en la actualidad aun se realizan muchas exodoncias de dientes, que podrían ser recuperados. La extracción dentaria debe ser un acto quirúrgico con un estudio previo, no todas las exodoncias son iguales y las situaciones cambian en cada paciente. ⁵

Endodoncia:

La endodoncia o tratamiento de conductos es el procedimiento por el cual se elimina la pulpa afectada de un diente y se sella el conducto. La pulpa es la parte profunda del diente y contiene vasos sanguíneos y nervios, situándose en la parte central de la raíz y comunicando el diente con el hueso maxilar.

La endodoncia puede clasificarse en tres tipos:

- Es unirradicular cuando afecta a un diente que tiene una sola raíz y por ello un solo conducto pulpar.

⁴ <http://www.odontocat.com/cartratrest.htm>

⁵ <http://www.odontocat.com/cartratrest.htm>

- Es birradicular cuando afecta a un diente que tiene dos raíces y por ello dos conductos pulpares.
- Es multiradicular cuando afecta a un diente que tiene más de dos raíces y por ello varios conductos pulpares.⁶

Rehabilitación oral:

Rehabilitación es la especialidad encargada de reconstruir y devolver estructuras dentarias pérdidas o dañadas, reestableciendo su forma, color y función. De acuerdo a la necesidad del paciente, el odontólogo elige el tipo de prótesis.⁷

Grado de complejidad tres: El paciente requiere tratamientos odontológicos con mediano grado de complejidad.

Luego de la clasificación es recibido por el operador y se inicia la evolución de la historia clínica del Colegio Odontológico Colombiano.

La historia clínica odontologica:

Que es la historia clinica:

Es la recopilación de la enfermedad, su inicio y su curso. Se consignan los antecedentes médicos, quirúrgicos, psicológicos, sociales, ocupacionales y familiares.⁸

⁶ tuotro,medico.com

⁷ Revista De La Sociedad Colombiana De Prostodoncia

⁸ Facultad de odontología, universidad de Antioquia, historia clinica

Utilidad Y necesidad:

- El objetivo primordial es servir como ayuda diagnóstica para mejorar la calidad de la atención brindada.
- Servir como ayuda de “memoria” al clínico.
- Es un instrumento de comunicación entre los miembros del equipo de salud y de las instituciones que intervienen en la atención del paciente.
- Documento médico-legal que proporciona información en los casos previstos por la ley.
- Presencia de otros trastornos subyacentes que están afectando la salud del paciente sin que éste se haya percatado.
- Proteger la salud del paciente y las personas relacionadas con él.
- Fuente de datos para estudios epidemiológicos y estadísticos, de investigación y docencia.
- Fuente primaria para obtener información de morbi-mortalidad.
- Brinda información administrativa para fines internos de la institución.
- Facilita el control y evaluación de la calidad de la atención brindada al paciente.⁸

Generalmente el desarrollo de un sistema que pueda capturar toda la información sobre el estado de salud de nuestro paciente, mejorará la eficacia en la atención dental y lo más importante evitará un daño no deseado, esto generará a futuro una mayor confianza del paciente. Sistematizar una tarea repetitiva, como es ingresar los datos de salud del paciente en una historia clínica, evitará olvidos de información necesaria para realizar un tratamiento dental eficaz.

La legislación dice que la historia clínica dental es un documento, y por lo tanto tiene un valor importante en la defensa de nuestra labor. Una historia

⁸ Facultad de odontología, universidad de Antioquia, historia clinica

dental incompleta puede definir en nuestra situación en un juicio por mala praxis

Aspecto legal de la historia clínica dental:

En las facultades se impone a los docentes la responsabilidad de ver por el correcto desempeño de los practicantes y de reponder por sus errores culposos, con exclusión en aquellos casos en que pese a su cuidado y autoridad no hubieran podido evitar el hecho (Código Civil, art. 2347), como ocurriría frente a una conducta inapropiada de un estudiante que desatendiendo las normas y haciendo caso omiso de los procedimientos que debe conocer, aprovecha la ausencia del docente para realizar un acto abiertamente contrario a la ética o al derecho.

La Historia Clínica odontológica, está regida por normas legales, entre ellas la ley 23 de 1981 y la ley 38 de 1993. Estas normas definen la historia clínica como un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. Como características fundamentales de la historia clínica, están el valor probatorio y las obligaciones derivadas del registro. La reserva de la historia clínica protege los derechos de la intimidad, del buen nombre, la honra, y el acceso a los documentos públicos.⁸

Partes de la historia clinica del colegio odontologico colombiano:

Identificación del paciente:

En este aparte deben anotarse todos los datos que identifican al paciente:

Nombre completo: Se anotan los dos apellidos y nombres completos del paciente.

⁸ Facultad de odontología, universidad de Antioquia, historia clinica

Número de identificación: Anotar en forma clara el número de la cédula de ciudadanía o tarjeta de identidad. Si es menor de edad y no tiene tarjeta de identidad, se coloca el número del registro civil o el número de la cédula de uno de los padres haciendo la especificación.

Lugar y fecha de nacimiento: Anotar con letra clara el lugar y fecha de nacimiento.

Edad y sexo: Anotar la edad del paciente en años cumplidos y anotar la inicial del sexo M = Masculino y F = Femenino, según el formato que se esté diligenciando.

Tipo de vinculación al sistema nacional de salud:

- Paciente cubierto por el régimen subsidiado
- Paciente cubierto por el régimen subsidiado como beneficiario
- Paciente perteneciente al régimen contributivo

Entidad: Anotar el nombre de la ARS (administradora del régimen subsidiado) o EPS (entidad promotora de salud) o ESS a la cual pertenece el paciente. Si no está afiliado a ninguna entidad, debe clasificarse como particular.

Estado civil: Marcar en la casilla correspondiente Soltero (S) Casado (C) Unión libre (UL) Viudo (V)

Nombre del acudiente: En pacientes menores de edad y ancianos.

Teléfono de residencia y teléfono de oficina: Anotar los números en la respectiva casilla, el número telefónico del sitio donde vive el paciente y el de su lugar de trabajo.

Ocupación: Anotar con letra clara la profesión u oficio al cual se dedica el paciente.

Grado de escolaridad: Se debe anotar en forma clara el último nivel de educación formal cursado y aprobado por el paciente.

Historial medica del paciente (Anamnesis):

Este tiene por objeto recabar datos importantes suministrados por el propio paciente o sus familiares, sobre la enfermedad:

Motivo de consulta: Es la causa que llevó al paciente a asistir al servicio odontológico. Ejemplo: “Me duele una muela”, “tengo este diente partido”, “vengo para una revisión”.

Enfermedad actual y revisión por sistemas: En este numeral se hace una descripción detallada sobre el inicio y curso de la enfermedad que aqueja al paciente, sin entrar a examinar.

Antecedentes médicos personales: Se interroga sobre enfermedades sistémicas que haya padecido ó padezca el paciente.

Antecedentes odontológicos personales: Incluye aspectos relacionados con la salud oral del paciente, debe preguntarse por la última visita al odontólogo, tratamientos y experiencias anteriores, presencia de aparatos en boca, educación en salud oral, frecuencia de cepillado y uso de la seda dental, aplicación previa de flúor y sellantes

Antecedentes odontológicos personales – hábitos orales: Registra hábitos tales como: higiene, respiración bucal, bruxismo, apretamiento, succión digital, queliosfagia, lengua protráctica, onicofagia, alcohol, tabaco, empuje lingual, morder lápices, hilos entre otros.

Antecedentes familiares: Constituye la historia de enfermedades familiares en las que se incluyen entidades con tendencia a ser hereditarias (hemofilia, diabetes, cáncer, alergias, trastornos mentales y nerviosos entre otros), o que tienen la posibilidad de contagio infeccioso (tuberculosis, sida y sífilis, entre otros).

Estudio de tejidos blandos y duros:

- Craneo mandibular
- Estudio radiografico

- Odontograma
- Periodontograma

Diagnostico: Juicio médico sobre la naturaleza de la enfermedad o lesión de un paciente basado en la valoración de sus síntomas y signos. Proceso de selección entre dichas enfermedades.

Pronostico: Juicio médico con respecto a la importancia, duración y consecuencias finales de un proceso patológico.

Plan de tratamiento: Aplicación de medidas técnicas encaminadas a la recuperación de la salud.⁹

Consentimiento informado: Del documento publicado por la doctora María Teresa Escobar López, Odontóloga Universidad Nacional. Magíster en Bioética Universidad El Bosque, Conferencia realizada en el IX Encuentro de Tribunales de Ética Odontológica. Se concluye que:

El consentimiento informado en odontología se aborda casi exclusivamente desde lo legal y como documento escrito. Pero el consentimiento informado es realmente un proceso, resultado de un trabajo permanente de comunicación entre el equipo de salud y el paciente. Es una exigencia legal y un asunto ético a través del cual se busca respetar y defender los derechos de los pacientes y los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia. No es un elemento aislado de la relación clínica que pueda ser cumplido mediante el diligenciamiento de un formato impreso, pero si debe apoyarse en él. Es necesario tener ese soporte documental a fin de verificar que el paciente ha recibido información, la ha entendido luego de ser ofrecida por el profesional y ha aceptado el procedimiento. Busca la participación activa del paciente en la toma de decisiones respecto a su

⁹ El mundo.es diccionarios

tratamiento y legalmente es un documento que ampara tanto al paciente como al profesional.

Manual de Procesos para acceder al tratamiento odontológico en la clínica de la calle trece del colegio odontológico colombiano:

1. Registro en Admisión de Pacientes: Reclaman ficha que le permite la entrada a la institución
2. Adquirir una boleta de valoración que es canjeable por una historia clínica o una urgencia.
3. Valoración en la Unidad de admisión y atención prioritaria: las personas que soliciten la atención en la Unidad de admisión y atención prioritaria, deben inscribirse, diligenciar un formato con los datos básicos personales y se remite según el grado de complejidad.
4. Si es un tratamiento es de urgencia, la atención se da de inmediato
5. Si requiere tratamiento integral se le asigna un operador quien se encarga de la evolución de la historia clínica
6. Diligenciamiento de historia clínica y aplicación de ayudas diagnósticas (Modelos de diagnóstico, radiografías y exámenes de laboratorio si se requieren)
7. Presentación de la historia clínica al docente para discutir la viabilidad del tratamiento a seguir.
8. El tratamiento odontológico se realiza en el siguiente orden: Tratamiento periodontal, eliminación de focos de infecciones (Cirugía, tratamiento de conductos, operatoria), rehabilitación oral y tratamiento con especialista si lo requiere
9. Terapia de mantenimiento.

Principales causas de deserción

Descripción de artículos de deserción de pacientes

Autor: Arrithi, Perla.

Título: *Actitud del paciente frente al tratamiento protésico que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela / Attitude to prosthetic treatment of patients attending the School of Dentistry, University of Venezuela*

Fuente: Acta odontol. Venez; 36(2):62-9, 1998. Tab, graf.

Resumen: En el presente trabajo se destaca la importancia de conocer la actitud del paciente frente al tratamiento protésico, así como las causas que le producen malestar, y que gravitan negativamente para controlarlos y poder configurar la subjetividad del paciente en cuanto a la necesidad protésica del mismo. Se revisaron los términos miedo, ansiedad, estrés; se determinaron los principales motivos de consulta, necesidades protésicas, fracasos anteriores en prótesis y posibles factores de deserción que crean miedo y fobia ante el tratamiento protésico. Se realizaron dos encuestas, una antes de iniciar el tratamiento y otra después, para recoger las impresiones de los 60 pacientes entrevistados en cuanto a la satisfacción y éxito del tratamiento realizado, además de sus miedos y temores antes el mismo. Los resultados arrojaron que el principal motivo de consulta por lo que los pacientes acudieron a recibir tratamiento odontológico fue la necesidad de restauración protésica, seguida de las caries y el dolor dental. En cuanto a la realización de las prótesis, la causa de mayor frecuencia fue la necesidad de recuperar la salud bucal y la masticación, seguida de la estética. Se determinó que los principales temores de los pacientes se originan debido al dolor y cuando éste puede ser superado, el éxito del tratamiento está mayormente garantizado. La deserción también se atribuye a veces a dicha causa, y dependerá de la relación que se establezca entre odontólogo-paciente (AU).

Responsable: AR29. 1 - Asoc. Odont. Arg. /Biblioteca

Autor: Moreira, Suzana Gomes.

Título: *Análisis de la clientela que consulta en 1973 en la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Rio Grande del Sur y que dejó de reconsultar en 1974 / Analysis of patients who came for visits at UFRGS Dental School in 1973 and did not return in 1974*

Fuente: Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre;21/24:53-65, 1979-82. ilustr., tab.

Resumen: Se entrevistaron trescientos quince pacientes que consultaron en la Universidad de Cirugía dental de UFRGS por el año base de 1973 y en ellos fueron identificadas las causas principales de volver a la consulta, en 1974. Los factores pertinentes se analizaron como: la caracterización de la clientela en los datos personales y socio-económicos, factores que influyeron en la utilización de los servicios ambulatorios de la Universidad, la opinión en el tratamiento recibido y en cuanto a reconsultar en un futuro en la Universidad. Varios de los cruces hechos para el cliente estudian entre los factores. Las razones principales presentadas para dar marcha atrás en la consulta eran: falta de tiempo del paciente, ausencia de necesidades de odontológico del tratamiento y la búsqueda de otro dentista (AU)

Según el documento del Dr. José Freyre (Perú)

Por qué el paciente elige y cambia su dentista?

Sección: Marketing Dental

Palabras Clave: Marketing dental, Elección y cambio de dentista

Resumen: Se presentan los resultados de un sondeo de opinión enfocado en responder las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué consideraciones tiene el paciente al elegir un dentista? y por qué?

Prácticas en otras universidades, ¿qué el paciente cambia su dentista?

Con el propósito de saber las causas por las que el paciente no vuelve al tratamiento Odontológico se realizó un sondeo de opinión en Lima en el mes de Febrero del 2000. El objetivo fue establecer la importancia que le asignan

a diversos aspectos del servicio odontológico y que criterios los llevan a seleccionar un determinado dentista, a través de una única pregunta con diversas alternativas de respuesta. Los pacientes de nivel alto son más exigentes en cuanto a la calidad por el servicio recibido, que pagan sin mayores problemas (11%). Los de nivel bajo, en cambio, están más preocupados por el factor económico (29%) y están dispuestos a sacrificar una mejor calidad profesional del servicio odontológico en favor de un honorario bajo.

Si observamos las respuestas del nivel socioeconómico más alto (Camacho), la mayor importancia se le asigna a la calidad de la atención

También efectuamos una segunda pregunta a la misma muestra de pacientes en ambos lugares para determinar las razones que los impulsarían a cambiar de odontólogo, cuyos resultados los transcribimos.

En estas respuestas se aprecia nuevamente una tendencia similar. Tanto para el nivel alto como para el bajo, lo más importante se refiere a la competencia profesional y si la evaluación del dentista en este sentido es negativa, simplemente el paciente no vuelve y selecciona otro profesional. En este aspecto, los puntos más mencionados que llevan a la decisión de cambiar de odontólogo se refieren a un mal trabajo de cosmética dental y al dolor experimentado.

En el caso del nivel alto es aún más clara su respuesta. Si sumamos la deficiente atención profesional recibida, la antigüedad del equipo odontológico y la falta de especialistas (65% en total), no cabe duda que el paciente de buena posición económica es exigente en la calidad del servicio y no le afecta de una manera importante un cambio en el nivel de honorarios (11%).

Sin embargo, también es importante considerar las respuestas relacionadas con el trato recibido (22%). Uno de cada cinco pacientes cambia al dentista porque recibió un trato inadecuado, generalmente atribuido a una pobre

comunicación del profesional, una actitud indiferente, frialdad en la relación, mal manejo en el asunto de honorarios o a una atención deficiente en la recepción o en la sala de espera.

Para el paciente de menor condición económica, el 40% lo ha cambiado debido a una insuficiente calidad en la competencia profesional (sumando deficiente atención profesional, equipamiento antiguo y falta de especialistas), mientras que el aumento en el nivel de los honorarios fue la causa de cambio para el 31% de los pacientes, lo cual es muy importante para este tipo de pacientes.

También al nivel bajo le afecta un cambio en la ubicación del consultorio y así lo refleja el 10% de las encuestadas indicando que no están dispuestas a movilizarse muy lejos de la zona donde viven por su carencia de movilidad propia. Este nivel manifestó que decidió cambiar al dentista en el 19% de los casos, debido al trato inadecuado que recibieron de parte del odontólogo y/o de su personal.

Si bien es cierto que la mayoría de pacientes le atribuye mayor importancia a la competencia profesional en cuanto a la calidad del servicio, el aspecto del trato al paciente es también fundamental. Esto se refiere a la manera como es recibido en el consultorio, el tiempo de espera, el estilo de comunicación del profesional, la calidez y confianza que despierta el dentista. Así lo manifiestan en forma bastante parecida ambos grupos socio-económicos.

Ley que faculta a la institución para prestar servicios odontológicos:

Decreto 2566 de Septiembre 10 de 2003

Por el cual se establecen las condiciones mínimas de calidad y demás requisitos para el ofrecimiento y desarrollo de programas académicos de educación superior y se dictan otras disposiciones

CAPITULO I CONDICIONES MÍNIMAS DE CALIDAD

ARTÍCULO 1. Condiciones mínimas de calidad.

Para obtener el registro calificado, las instituciones de educación superior deberán demostrar el cumplimiento de condiciones mínimas de calidad y de las características específicas de calidad.

Las condiciones mínimas de calidad son las siguientes:

1. Denominación académica del programa.
2. Justificación del programa.
3. Aspectos curriculares.
4. Organización de las actividades de formación por créditos académicos.
5. Formación investigativa.
6. Proyección social.
7. Selección y evaluación de estudiantes.
8. Personal académico.
9. Medios educativos.
10. Infraestructura.
11. Estructura académico administrativa.
12. Autoevaluación.
13. Políticas y estrategias de seguimiento a egresados.
14. Bienestar Universitario.
15. Recursos financieros.

Las características específicas de calidad para cada programa serán fijadas por el Ministerio de Educación Nacional con el apoyo de las instituciones de educación superior, las asociaciones de facultades o profesionales o de pares académicos, siguiendo los parámetros establecidos por el Gobierno Nacional en el presente decreto.

Decreto 1011 de 2006

Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud

Artículo 1°. Campo de aplicación. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Artículo 2°. Definiciones. Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que

amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

Prestadores de Servicios de Salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

Profesional independiente. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Unidad sectorial de normalización en salud. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser

adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que este defina.

TITULO III

CAPITULO I

Sistema Unico de Habilitación

Artículo 6°. Sistema Unico de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

CAPITULO II

Habilitación de prestadores de servicios de salud

Artículo 7°. Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Unico de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de la Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa de este Ministerio.

Parágrafo. Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, solo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

Artículo 8°. Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social establecerá los requisitos y los procedimientos para que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud puedan valorar la suficiencia patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 9°. Condiciones de capacidad técnico-administrativa. Son condiciones de capacidad técnico-administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Artículo 10. Registro especial de prestadores de servicios de salud. Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de la Protección Social.

De conformidad con lo señalado por el artículo 56 de la Ley 715 de 2001, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Artículo 11. Formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud

presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes para efectos de su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el presente decreto. El Ministerio de la Protección Social establecerá las características del formulario.

Artículo 12. Autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación. De manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

Artículo 13. Inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Es el procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud, luego de efectuar la autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, radica el formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto y los soportes que

para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud efectuará el trámite de inscripción de manera inmediata, previa revisión del diligenciamiento del formulario de inscripción. La revisión detallada de los soportes entregados será posterior al registro especial de prestadores de servicios de salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19 del presente decreto.

A partir de la radicación de la inscripción en la Entidad Departamental o Distrital de Salud, el Prestador de Servicios de Salud se considera habilitado para ofertar y prestar los servicios declarados.

Parágrafo 1°. Cuando un Prestador de Servicios de Salud preste sus servicios a través de dos (2) o más sedes dentro de la misma jurisdicción Departamental o Distrital, deberá diligenciar un sólo formulario de inscripción.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud preste sus servicios a través de dos o más sedes dentro de dos (2) o más Departamentos o Distritos, deberá presentar el formulario de inscripción en cada una de las jurisdicciones Departamentales o Distritales de Salud en las cuales presta los servicios, declarando en cada una, una sede como principal.

Parágrafo 2°. El Prestador de Servicios de Salud deberá declarar en el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los servicios que se prestan en forma permanente. La inobservancia de esta disposición se considera equivalente a la prestación de servicios no declarados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en los artículos 577 de la Ley 09 de 1979, 49 de la Ley 10 de 1990 y 5 del Decreto 1259 de 1994 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

Para el caso de los servicios prestados en forma esporádica, el Prestador de Servicios de Salud deberá informar de esta situación a la Entidad

Departamental o Distrital de Salud correspondiente, la cual realizará visitas en fecha y lugar acordados con el prestador, con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones establecidas para dichos servicios, ordenando su suspensión si los mismos no cumplen con los estándares establecidos, de conformidad con lo previsto en el artículo 576 de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

Artículo 14. Término de vigencia de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. La inscripción de cada Prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tendrá un término de vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de su radicación ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

Los prestadores de servicios de salud una vez se cumpla la vigencia de su habilitación podrán renovarla, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de Protección Social.

Artículo 15. Obligaciones de los prestadores de servicios de salud respecto de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud son responsables por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción y estarán obligados a mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a facilitar la verificación, a renovar la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando este pierda su vigencia o cuando haya cambios en lo declarado, conforme a lo dispuesto en el artículo 14 del presente decreto y a presentar las novedades correspondientes, en los casos previstos en el artículo siguiente.

Artículo 16. Reporte de novedades. Con el propósito de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá el "Formulario de Reporte de

Novedades”, a través del cual se efectuará la actualización de dicho registro por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud en su respectiva jurisdicción.

Parágrafo. Dentro de los primeros cinco (5) días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud remitirán al Ministerio de la Protección Social, la información correspondiente a las novedades presentadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud durante cada trimestre. La información remitida debe incluir las sanciones impuestas de conformidad con las normas legales vigentes, así como los procesos de investigación en curso y las medidas de seguridad impuestas y levantadas.

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales de Salud remitir trimestralmente a los municipios de su jurisdicción, la información relacionada con el estado de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud, de sus correspondientes áreas de influencia.

Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación.

Artículo 17. Administración del registro especial de prestadores de servicios de salud. De conformidad con las disposiciones consagradas en el presente decreto y de acuerdo con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus respectivas jurisdicciones, serán responsables de la administración de la base de datos que contenga el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Artículo 18. Consolidación del registro especial de prestadores de servicios de salud. Corresponde al Ministerio de la Protección Social conformar y mantener actualizada para el ámbito nacional, la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, consolidada a partir de los reportes que envíen las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de conformidad con lo establecido en el presente decreto.

Artículo 19. Verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico-administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los artículos 8° y 9° del presente decreto.

En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social, se realizará conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 del presente decreto.

Artículo 20. Equipos de verificación. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos, perfiles y experiencia contenidos en el Manual o instrumento de Procedimientos para Habilitación definido por el Ministerio de la Protección Social.

Todos los verificadores deberán recibir previamente la capacitación y el entrenamiento técnico necesarios por parte del Ministerio de la Protección Social o de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud en convenio con alguna entidad educativa la cual será la responsable de garantizar la calidad de dicho entrenamiento.

Artículo 21. Plan de visitas. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, cumplan con las condiciones tecnológicas y científicas, técnico-administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles. De tales visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso.

Parágrafo. Las visitas de verificación podrán ser realizadas mediante contratación externa, acompañadas por un funcionario capacitado de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 20 del presente Decreto y las metas periódicas de visitas que determine el Ministerio de la Protección Social.

Las Entidades Territoriales deberán realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación.

Artículo 22. Planes de cumplimiento. Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptará la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.

Artículo 23. Certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la "Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación", en la

que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.

Parágrafo. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud no podrán negar la certificación por el incumplimiento de normas distintas a las que se exigen para la habilitación.

Artículo 24. Revocatoria de la habilitación. La Entidad Departamental o Distrital de Salud podrá revocar la habilitación obtenida, mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso.

Artículo 25. Información a los usuarios. Los prestadores de servicios de salud fijarán en lugares visibles al público, el distintivo que defina el Ministerio de la Protección Social, mediante el cual se identifique que los servicios que ofrece se encuentren habilitados. Igualmente mantendrán en lugar visible al público el certificado de habilitación una vez haya sido expedido.

Artículo 26. Responsabilidades para contratar. Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establecerá los mecanismos para suministrar esta información.

Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en que no se pueda mantener la habilitación la Entidad Departamental o Distrital de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

1.3.1 MARCO CONCEPTUAL

ADHERENCIA: Se define como el cumplimiento continuo del régimen terapéutico descrito. (La salud pública hoy, enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública, Saúl franco Agudelo 2002)

ACEPTABILIDAD: Cumplir las expectativas de los clientes. (Mercadeo aplicado a los servicios, Camilo Torres Serna 2000)

CALIDAD: Es un elemento estratégico en que se fundamenta y mejora la producción. La calidad es la satisfacción del cliente. (Mercadeo aplicado a los servicios, Camilo Torres Serna 2000)

CALIDAD DE ATENCION: conjunto de características técnico- científico, material y humanas que debe tener la atención en salud que se provea a los beneficiarios, Sus características son: oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico-científica, costo - efectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios. (Resolución 5261 Agosto 5/94)

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD: Resultado de las políticas sanitarias de la organización que reciben los prestadores y receptores del servicio. (Mercadeo aplicado a los servicios, Camilo Torres Serna 2000)

CLIENTE: Persona que solicita un servicio.
(www.dentalmarketingcenter.com)

COBERTURA: El porcentaje de población que recibe un servicio con relación a la población que la requiere. (Mercadeo aplicado a los servicios, Camilo Torres Serna 2000)

COMPETENCIA: se define como el conocimiento y las habilidades necesarias para prestar un servicio. (Mercadotecnia y Sociedad, Kotler Phillip).

CONTINUIDAD: Es la permanencia sin interrupciones para satisfacer las necesidades en salud, (Resolución Minsalud 000813.Feb.23/89)

DESERCIÓN: Abandono de una causa, grupo o ideal. (www.elmundo.es.diccionarios)

DEMANDA: Consiste en desear productos específicos que estén respaldados por la capacidad o voluntad de adquirirlos. (Mercadeo aplicado a los servicios, Camilo Torres Serna 2000)

FOMENTO O PROMOCIÓN: Es el conjunto de acciones específicas tendientes a estimular estados de vida saludable, que generen una cultura de salud. (Resolución Minsalud 000813.Feb.23/89)

OFERTA: Servicios que se ofrecen a una comunidad para satisfacer sus necesidades. (Mercadeo aplicado a los servicios, Camilo Torres Serna 2000)

OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD: Todos los servicios que se ofrecen a una comunidad para cubrir sus necesidades de salud general y especializada. (Mercadeo aplicado a los servicios, Camilo Torres Serna 2000)

OPORTUNIDAD: Es la existencia y utilización de recursos (especialmente equipo humano) en el momento de la necesidad de salud. (Resolución Minsalud 2309/2002)

PREVENCION: Es el conjunto de acciones específicas encaminadas a controlar los factores de riesgo a proteger al usuario contra una patología. (Resolución Minsalud 000813.Feb.23/89)

PRODUCTO: Resultado de un proceso y se clasifica en tres categorías: Bienes, Software y Servicios. (Mercadeo aplicado a los servicios, Camilo Torres Serna 2000)

SATISFACCION: Es la percepción del usuario, de la solución de la necesidad en salud (Resolución Minsalud 000813.feb. 23/89)

SERVICIO: Es la organización y el personal destinados a cuidar intereses o satisfacer necesidades del público. (Gerencia del Servicio, Kart Albrecht – Ron Zemke)

SERVICIO DE SALUD: Es el encargado de programar, organizar y ejecutar todos los planes de salud general dirigido a una población determinada. (Gerencia del Servicio, Kart Albrecht – Ron Zemke)

SERVICIO DE SALUD ORAL: Encargado de programar, organizar y ejecutar los planes establecidos para garantizar la salud del sistema estomatognático. (Gerencia del Servicio, Kart Albrecht – Ron Zemke)

TRATAMIENTO: Es el conjunto de acciones asistenciales pendientes a recuperar la salud del usuario. (Resolución Minsalud 000813. feb.23/89)

USUARIO: Es el demandante individual y colectivo de un servicio de salud.
(Resolución Minsalud 000813.Feb.23/89)

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 General

Conocer el comportamiento y las causas asociadas a la deserción del tratamiento, en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano durante el segundo semestre de 2005

1.4.2 Específicos

1.4.2.1 Conocer el perfil sociodemográfico de los pacientes que asistieron a la clínica, durante el segundo semestre de 2005

1.4.2.2 Identificar los principales factores de deserción de pacientes al tratamiento en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano -II Semestre de 2005.

II. ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1 Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo, retrospectivo.

2.2 Poblacion:

Asistentes a la Clínica Intramural del Colegio Odontológico que no concluyeron su tratamiento durante el II Semestre de 2005

2.3 Criterios de selección

2.3.1 Criterios de inclusión:

Pacientes que asistieron a la Clínica Intramural durante el segundo semestre de 2005.

Pacientes que desertaron del tratamiento (Inasistencia por 3 citas consecutivas).

2.4 Variables (Anexo 1)

2.5 Instrumento para recolección de datos (Anexo 2)

2.6 Procedimiento

2.6.1 Proceso Llamada Telefonica (Anexo 3)

2.6.2 Proceso de Encuesta (Anexo 4)

2.6.3 Proceso de Encuesta Telefonica (Anexo 5)

2.6.4 Proceso de Tabulación de Datos (Anexo 6)

III. RESULTADOS

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO: Resultado del análisis de la base de datos de la oficina de atención al cliente. **(Anexo 7, 8, 9, 10, 11)**

- El 55.6% de los pacientes que asistieron a la clínica del Colegio Odontológico Colombiano en el segundo semestre de 2005 fueron mujeres y el 44.4% fueron hombres.
- El 41% de los pacientes son del estrato 3 y el 36% al estrato 2.
- El 23% de los pacientes pertenecen a la zona centro y en igual proporción a la zona sur, el 15% a la zona oriental y el 12% a la zona occidental.
- El 55.6% de los pacientes que asistieron a la clínica del Colegio Odontológico Colombiano en el segundo semestre de 2005 fueron mujeres y el 44.4% fueron hombres.
- El 41% de los pacientes son del estrato 3 y el 36% al estrato 2.

- El 23% de los pacientes pertenecen a la zona centro y en igual proporción a la zona sur, el 15% a la zona oriental y el 12% a la zona occidental.

FACTORES DE DESERCIÓN: Resultado del análisis de los datos obtenidos de la encuesta telefónica. **(Anexo 12)**

- El 28.8% de los pacientes que desertaron al tratamiento lo hicieron por incompatibilidad de horarios entre el paciente y el operador.
- El 21.3% lo hicieron por escasos recursos económicos
- El 12.5% debido a que decidió realizarse el tratamiento en su EPS.
- El 12.5% por que el motivo de consulta por el cual asistió, no fue atendido.

IV. DISCUSIÓN

Dentro del Sistema de Seguridad Social dispuesto en la Ley 100 de 1993 se propone la prestación de un servicio Odontológico básico, que no incluye tratamientos de mayor complejidad y que representan un costo adicional para los pacientes; lo que hace que ellos busquen dichas opciones en instituciones diferentes a su EPS. De igual forma, la complejidad de algunos tratamientos, la falta de concientización de los pacientes ante la continuidad al tratamiento odontológico, la ansiedad y miedo al odontólogo se convierten en barreras de acceso al servicio Odontológico reflejándose en el paciente como una justificación para subvalorar la importancia de un tratamiento odontológico completo como parte de su salud integral.

Con el objetivo de cubrir este vacío, han encontrado cabida en el mercado instituciones privadas que ofrecen servicios en odontología especializada. En este mercado se pueden encontrar variedad en precios, acorde con la

categoría de la institución, su ubicación, su tecnología y su reconocimiento en el mercado.

El Colegio Odontológico Colombiano como escenario docente asistencial y partiendo de su trayectoria de mas de veinte años, ofrece a los pacientes la posibilidad de realizarse un tratamiento integral, con calidad y a bajo costo, orientado a cumplir las necesidades de los pacientes y de igual forma, permitiendo que los estudiantes adelanten su practica clínica.

Al analizar, mediante el presente estudio, la composición sociodemográfica de los usuarios que acuden a la clínica del Colegio Odontológico, COC, se observa que el 41% de los pacientes pertenecen al estrato 3, el 36% al estrato 2 y escasamente el 3% pertenecen al estrato 5. De otro lado, en lo referente a las zonas geográficas de Bogotá, el 23% de los pacientes residen en la zona centro, igual porcentaje en la zona sur, mientras que el 1,5% procede de la zona norte. La anterior composición sociodemográfica muestra al COC, que cualquier estrategia de fidelización de pacientes puede encaminarse, principalmente, a usuarios de estrato 3 residentes en el centro y sur de la ciudad.

Los Factores de deserción mas relevantes de los pacientes que asistieron a la Clínica del Colegio Odontológico en el segundo periodo del 2005, conforme los resultados del presente estudio, son en un 28.8% debido a la incompatibilidad de horarios entre el paciente y el operador asignado, un 21.2% debido al factor económico; es de resaltar que un 17,5% de los pacientes reportaron la opción "Otros", dentro de los cuales se encuentran distractores como un 5% referido a la concepción de un tratamiento mal realizado y en un mismo porcentaje a que la institución les resultaba lejos de su área de desempeño.

Con el fin de disminuir el grado de deserción de los usuarios, sería prudente, entonces, diseñar estrategias para el manejo adecuado de la agenda de atención a los mismos, de tal manera que se adapte a la disponibilidad de tiempo tanto del usuario como de su operador asignado, permitiendo así que el paciente pueda asistir a la institución en el momento que requiera, previo acuerdo con el operador.

Así mismo, estrategias que ofrezcan diferentes opciones de pago al usuario, acordando junto con este el tratamiento a realizar, podrían apuntar a disminuir la deserción y coadyuvarían a crear conciencia en el usuario de la necesidad de un tratamiento integral, factor determinante en el éxito del mismo.

Llama la atención, que la planta física de la clínica no se cuente entre los factores de deserción manifestado por los usuarios, lo que, evidentemente, difiere de la hipótesis formulada por las directivas de la misma. De igual manera, el miedo y la ansiedad que genera la consulta odontológica que, conforme se expuso en la revisión bibliográfica, se esperaba representara un factor de deserción, no se corrobora por los usuarios.

Es importante, al momento de tomar medidas correctivas, crear en los estudiantes, a través de sus docentes, conciencia de la importancia de realizar tratamientos integrales y completos, que permitan cumplir con las expectativas del paciente, evitando así complicaciones en los pacientes y en la institución.

De igual forma es importante anotar que a pesar de no existir una relación contractual paciente – operador, mediada por una compensación económica, se debe enfatizar en el compromiso ético de la atención a personas

integrales, que requieren de un tratamiento en las mejores condiciones bajo parámetros de calidad y responsabilidad.

Para finalizar y debido a inconsistencias encontradas en la base datos, fuente secundaria para el presente estudio, se recomienda capacitar al personal administrativo del COC en el correcto diligenciamiento de la información relativa al usuario. La información suficiente y veraz permite un adecuado control y seguimiento del tratamiento del usuario y puede ser utilizada como fuente de datos para el desarrollo posterior de todo tipo de programas y estudios tanto a nivel clínico como administrativo.

V. CONCLUSIONES

Perfil Sociodemográfico

- El trabajo permitió establecer el perfil sociodemográfico de los pacientes que asistieron a la Clínica del Colegio Odontológico Colombiano en el segundo semestre de 2005.
- Cerca de la mitad de los pacientes residen en la zona centro y sur.
- Las tres cuartas partes de los pacientes pertenecen al estrato 2 y 3.

Factores de deserción

- El estudio permitió identificar los principales factores de deserción de los pacientes al tratamiento en la Clínica del Colegio Odontológico Colombiano en el segundo semestre de 2005.
- Los principales factores de deserción al tratamiento son:
- Incompatibilidad de horarios entre el paciente y el operador
- Escasos recursos económicos
- Decidió realizarse el tratamiento en su EPS
- El motivo de consulta por el cual asistió no fue atendido

- Cerca de la mitad de los pacientes desertaron por Incompatibilidad de horarios entre el paciente y el operador y por escasos recursos económicos.

VI. RECOMENDACIONES

- Brindar al paciente la posibilidad de elegir un nuevo operador con horario compatible.
- Diseñar e implementar un programa a nivel institucional que permita obtener información acerca de la evolución del tratamiento del paciente.
- Explicar al paciente las ventajas económicas derivadas de la atención recibida en el Colegio Odontológico Vs otras entidades
- Diseñar un plan de tratamiento acorde con la disponibilidad económica del paciente.
- Resolver el motivo de consulta del paciente en el marco de un tratamiento integral
- *Capacitación*
 - Docente
 - Estudiantes
 - Administrativos

BIBLIOGRAFÍA

1. República de Colombia. Ley 100 de 1993. Art.162
2. Instituto Dr. E. Lalinde, Cirugía plástica y estética, isla de Nelson 2, Madrid, España
3. guías básicas de protocolo clínico en operatoria dental, sociedad colombiana de operatoria dental y biomateriales revista de la sociedad colombiana de operatoria dental y biomateriales volumen 1
4. <http://www.odontocat.com/cartratrest.htm>
5. <http://www.odontocat.com/cartratrest.htm>
6. [tuotro,medico.com](http://tuotro.medico.com)
7. Revista De La Sociedad Colombiana De Prostodoncia
8. Facultad de odontología, universidad de Antioquia, historia clínica
9. El mundo.es diccionarios
10. Descripción de artículos de deserción de pacientes
11. Autor: Arrithi, Perla.
Título: Actitud del paciente frente al tratamiento protésico que acude a la Facultad de Odontología de la
12. Universidad Central de Venezuela / Attitude to prosthetic treatment of patients attending the School of Dentistry, University of Venezuela
13. Fuente: Acta odontol. Venez; 36(2):62-9, 1998. Tab, graf.
14. Autor: Moreira, Suzana Gomes.
15. Título: Análise da clientela que consultou em 1973 na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e que deixou de re-consultar em 1974 / Analysis of patients who came for visits at UFRGS Dental School in 1973 and did not return in 1974
16. Fuente: Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre; 21/24:53-65, 1979-82. ilus, tab.
17. Según el documento del Dr. José Freyre (Perú)
18. Por qué el paciente elige y cambia su dentista?

19. Sección: Marketing Dental

20. Decreto 2566 de Septiembre 10 de 2003

21. Decreto 1011 de 2006

Anexo 1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ID1	OBJETIVO	PREGUNTA	VARIABLES	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	FUENTE	INSTRUMENTO	PREGUNTA
2	Identificar y priorizar las causas determinantes de la deserción al tratamiento odontológico de los pacientes que asistieron a la clínica intramural del Colegio Odontológico Colombiano, durante el segundo semestre de 2005.	¿Cuáles son las causas determinantes de la deserción al tratamiento odontológico de los pacientes que asistieron a la clínica intramural de Colegio Odontológico Colombiano, durante el segundo semestre de 2005?	Causas de Deserción	Causas que determinan que un paciente no asista a tres citas consecutivas, una vez iniciado su tratamiento.	Cualitativa Poltomica	<p>Económico Dificultades para costear el tratamiento odontológico.</p> <p>Incumplimiento de motivo de consulta: Tratamiento que no cumple con las expectativas del paciente de acuerdo a sus prioridades.</p> <p>Relación paciente-operador: Empatía generada entre el odontólogo y su paciente.</p> <p>Complejidad proceso: Demasiados trámites académicos para la realización de un tratamiento.</p> <p>Horarios de atención: Los horarios de atención no son flexibles para la atención del paciente.</p> <p>Planta Física: La satisfacción del paciente con la planta física de la clínica.</p> <p>Paciente con Seguridad Social: El paciente prefiere realizarse el tratamiento básico en su entidad de Seguridad Social y volver a que le realicen lo que no le cubre el Plan Obligatorio de Salud.</p> <p>Atención por estudiantes: El tratamiento odontológico es realizado por estudiantes de la clínica.</p>	Pacientes que desertaron a tratamiento odontológico durante el segundo semestre del 2005.	Entrevista telefónica	<p>De las siguientes causas que voy a nombrar ¿Cuál fue el principal motivo por el cual usted no pudo seguir asistiendo a la clínica?</p> <p>1. El dinero que tenía destinado para su tratamiento no fue suficiente.</p> <p>2. El motivo de consulta por el cual usted asistió no fue atendido.</p> <p>3. Tuvo dificultades con la persona que lo atendía.</p> <p>4. Demasiados trámites y tiempo para la realización de su tratamiento.</p> <p>5. El horario no le favoreció.</p> <p>6. Las instalaciones de la Clínica no son cómodas.</p> <p>7. La atención fue realizada por estudiantes.</p> <p>8. Otros. ¿Cuál?</p>

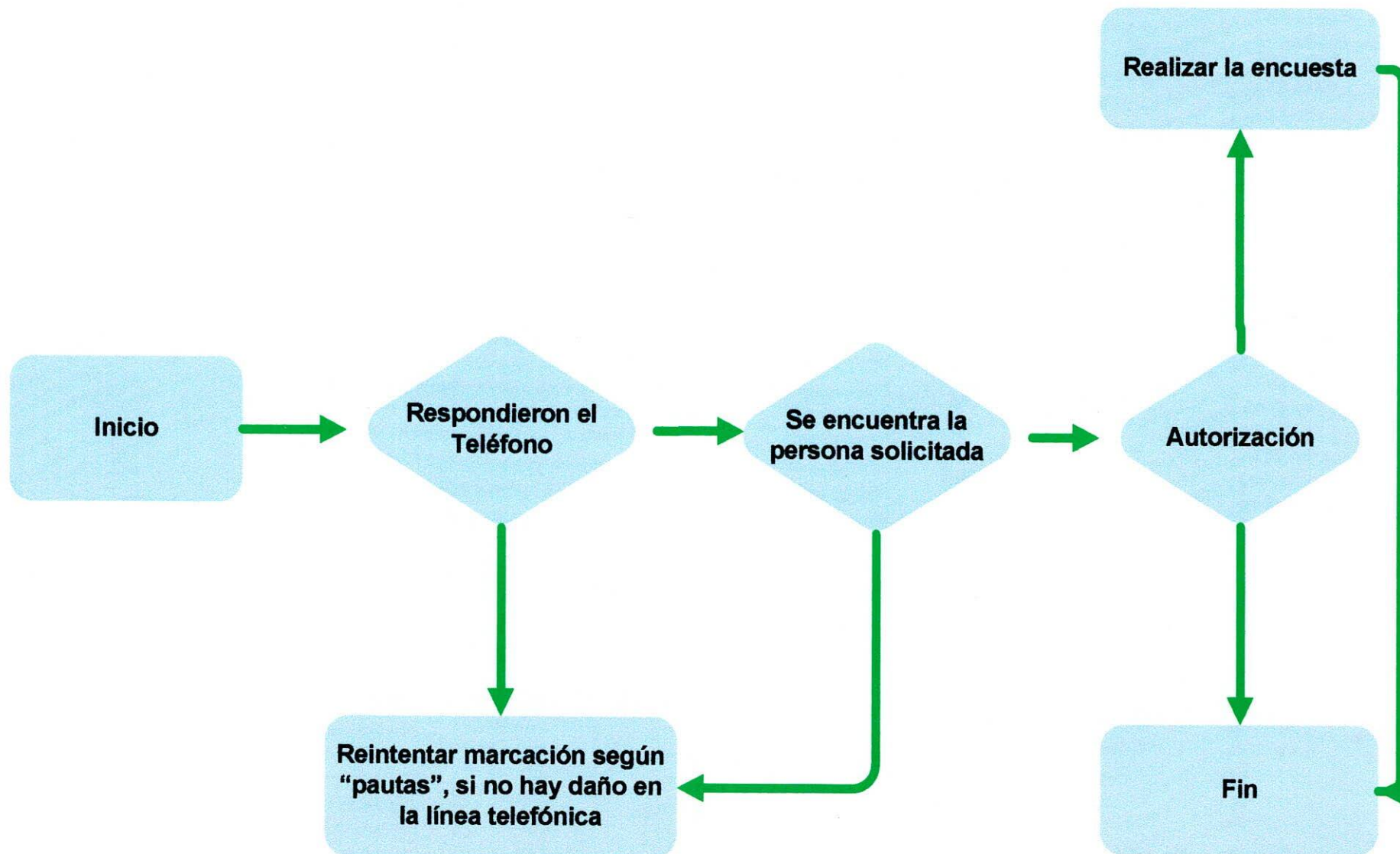
Anexo 2. Instrumento de Recolección de Datos.

	#	OPCION DE RESPUESTA									OBSERVACIONES
		MOTIVO DE CONSULTA	EMPATIA	BUROCRACIA	ECONOMICO	HORARIO	PLANTA FISICA	ESTUDIANTES	EPS	OTROS	
1	207	X									
2	52				X						
3	199	X									
4	303								X		
5	359				X						
6	171								X		
7	89								X		
8	12				X						
9	273				X						
10	135				X						
11	500									X	Muy Lejos
12	191									X	Trabajo mal realizado
13	449					X					
14	416					X					
15	243				X						
16	25									X	Trabajo mal realizado
17	268					X					
18	507					X					
19	242					X					
20	524			X							
21	200					X					
22	19					X					
23	461								X		
24	515								X		
25	255					X					
26	50								X		
27	483									X	Viajo a España Y no vulve mas al pais
28	11					X					
29	333				X						
30	448				X						

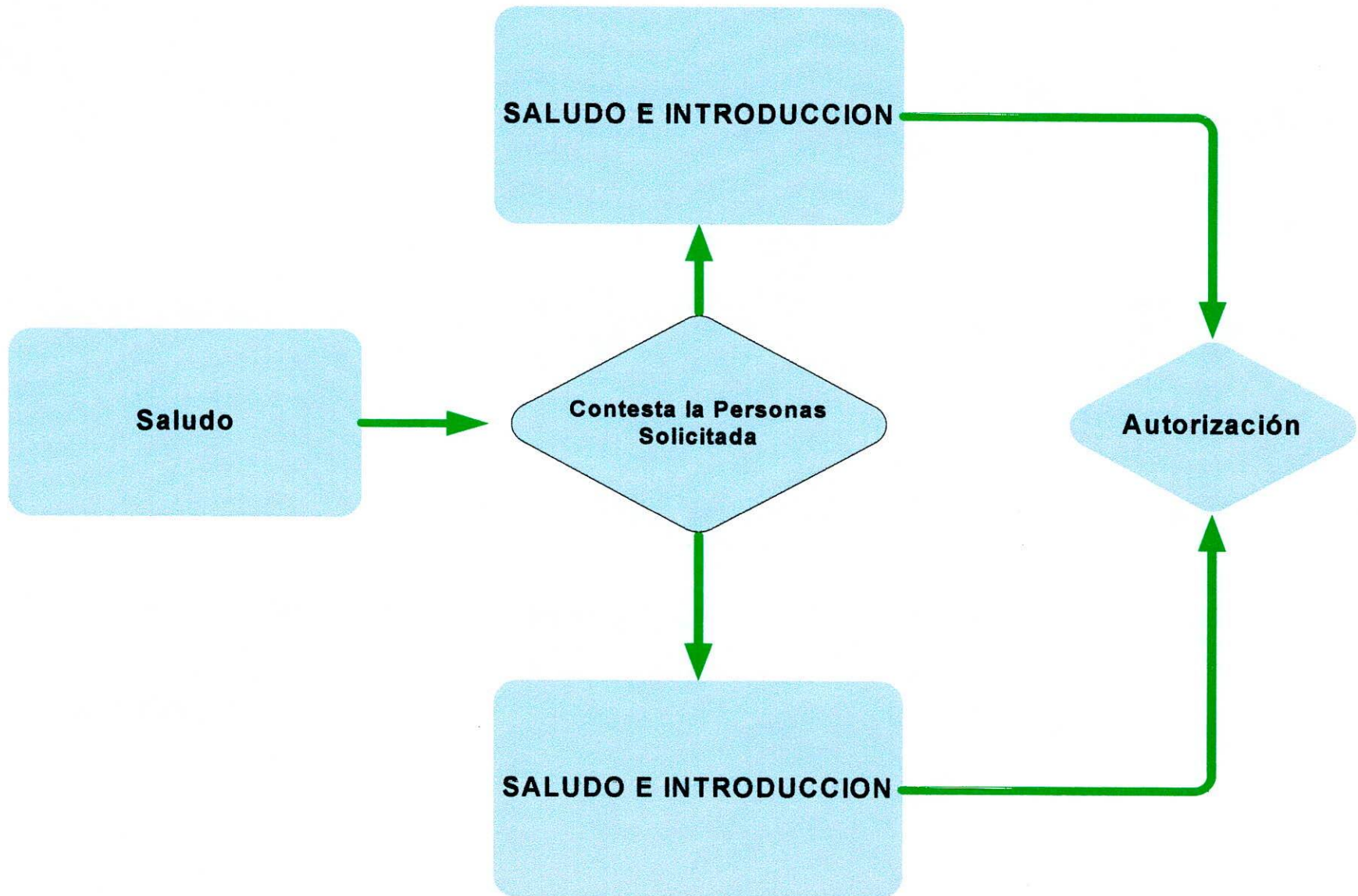
	#										OBSERVACIONES
		MOTIVO DE CONSULTA	EMPATIA	BUROCRACIA	ECONOMICO	HORARIO	PLANTA FISICA	ESTUDIANTES	EPS	OTROS	
31	108	X									
32	441								X		
33	158			X							
34	51					X					
35	443	X									
36	330								X		
37	306					X					
38	88									X	Cambio de Ciudad
39	509	X									
40	29					X					
41	155					X					
42	285									X	Se cambio de casa y le quedaba muy lejos
43	363					X					
44	37			X							
45	378					X					
46	510					X					
47	329					X					
48	290					X					
49	467		X								
50	121				X						
51	111									X	Trabajo mal realizado
52	25				X						
53	128									X	Por viaje
54	417	X									
55	425				X						
56	434				X						
57	16					X					

	#	OPCION DE RESPUESTA									OBSERVACIONES
		MOTIVO DE CONSULTA	EMPATIA	BUROCRACIA	ECONOMICO	HORARIO	PLANTA FISICA	ESTUDIANTES	EPS	OTROS	
58	401									X	Que se le perdieron los papeles, entre esos el carne y un recibo de una plata que abono, pero que vuelve
59	364	X									Mal tratamiento
60	499								X		
61	174				X						
62	476					X					Va a Volver,
63										X	Se cambio de ciudad
64	3									X	se cambio de casa, muy lejos
65	266					X					
66	57				X						se le acabop el dinero, vuelve
67	446	X									Motivo de Consulta
68	495								X		
69	450				X						Muy costoso el too
70	34				X						se le acabo la plata
71	296	X									
72	156									X	Trabajo mal realizado
73	114									X	Muy Lejos
74	102									X	Se fue de la Ciudad
75	337		X								
76	469	X									
77	187					X					Por Trabajo/ Tiempo
78	332			X							Muy demorados
79	355				X						
80	400					X					Se fue para la EPS

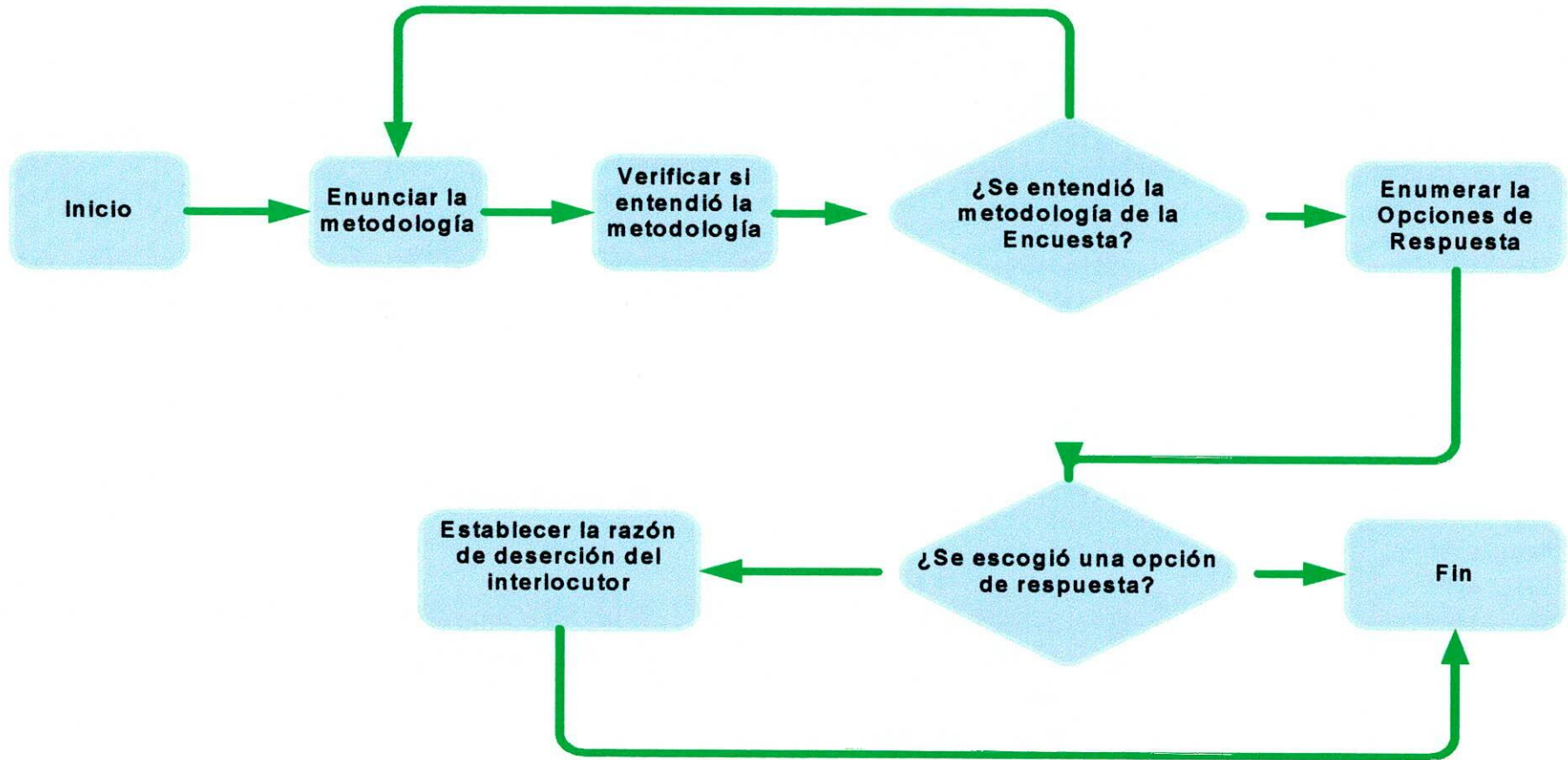
Anexo 3. PROCESO LLAMADA TELEFONICA



Anexo 4. PROCESO DE ENCUESTA



Anexo 5. PROCESO ENCUESTA TELEFONICA



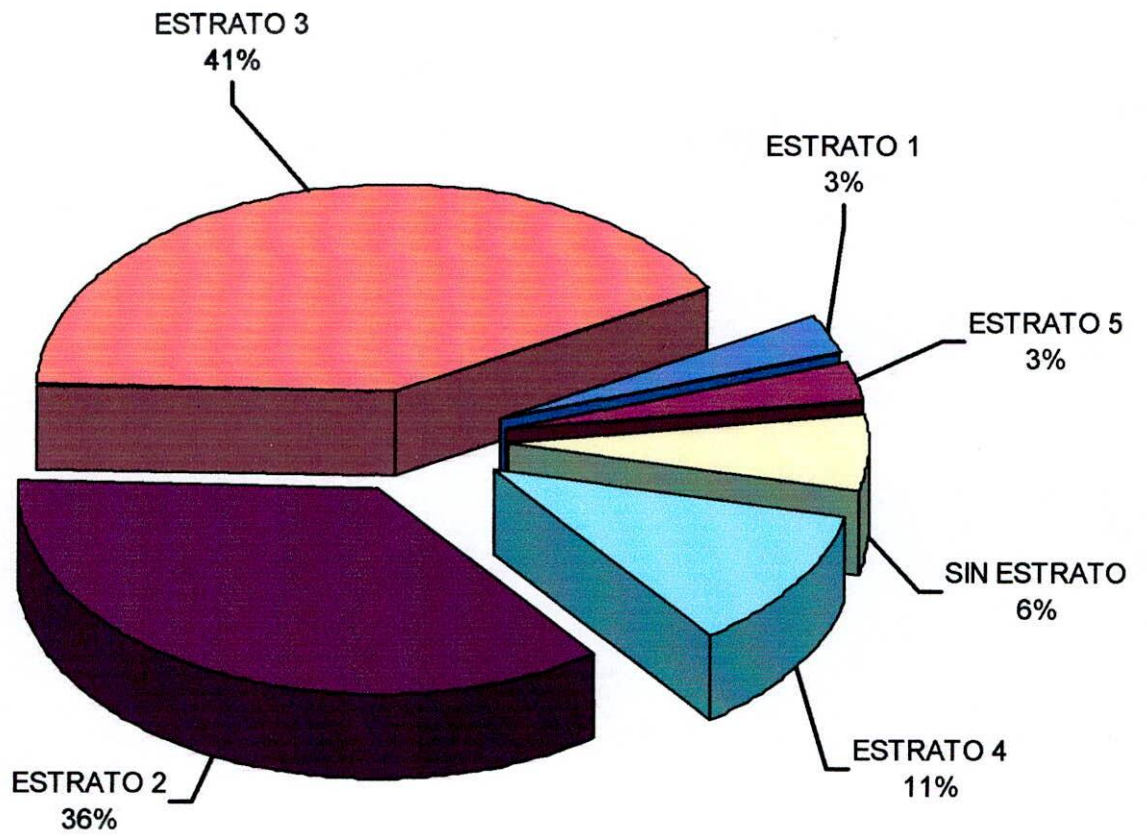
Anexo 6.PROCESO TABULACION DE DATOS



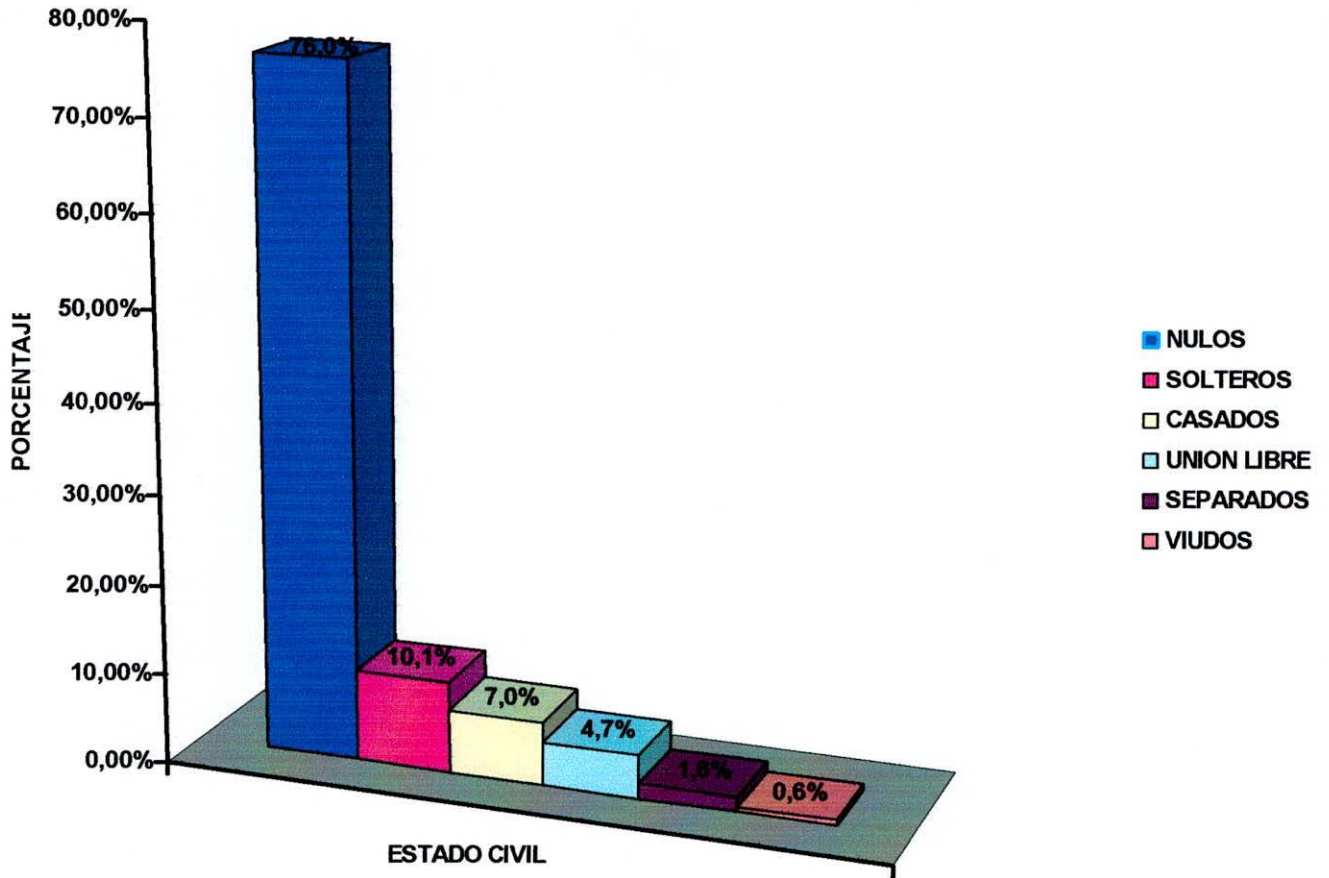
Anexo 7. DISTRIBUCION POR GÉNERO

GENERO		
<i>MASCULINO</i>	3305	44,4%
<i>FEMENINO</i>	4142	55,6%
TOTAL	7447	44,38%

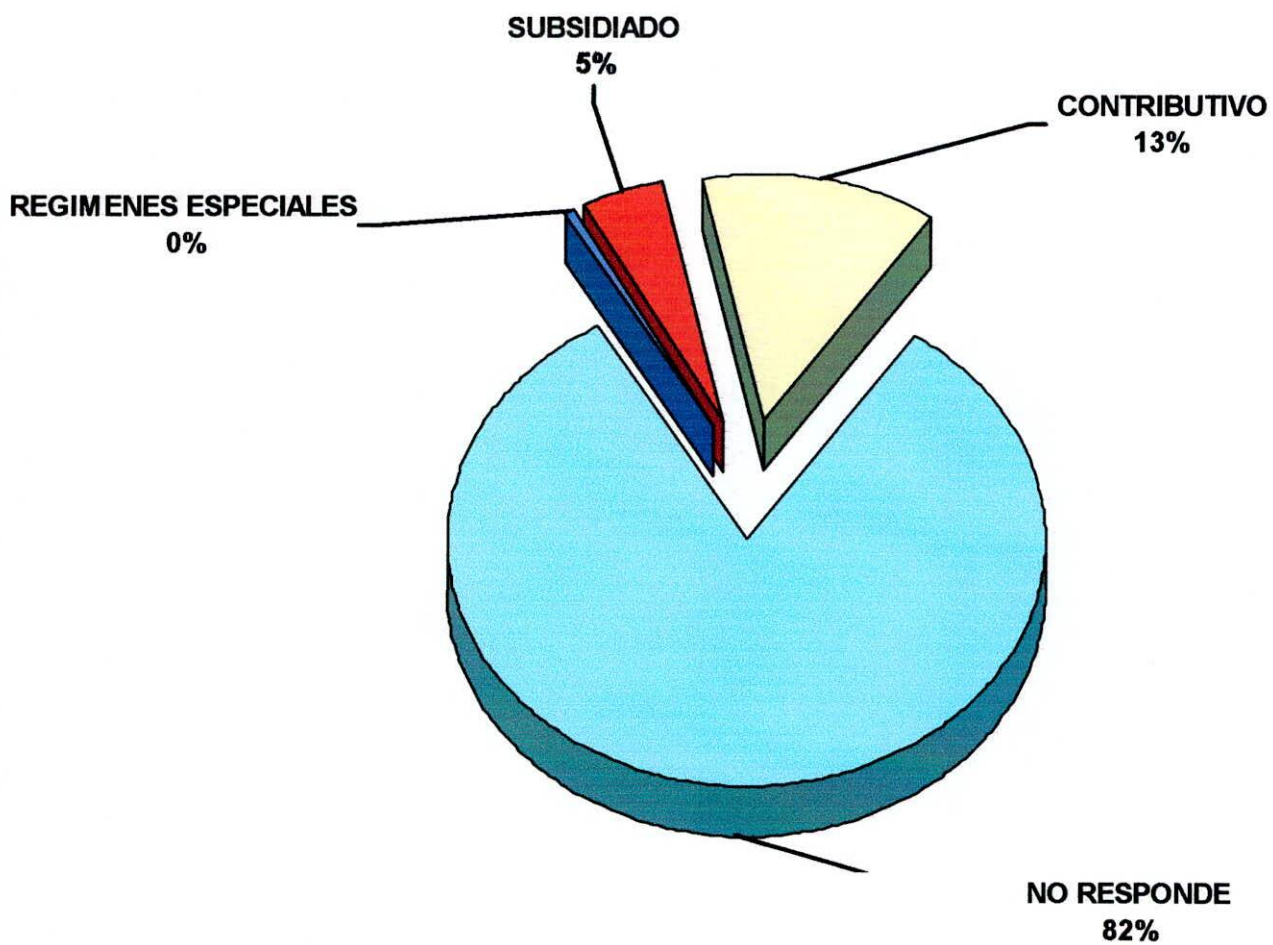
Anexo 8. DISTRIBUCION POR ESTRATO SOCIOECONOMICO



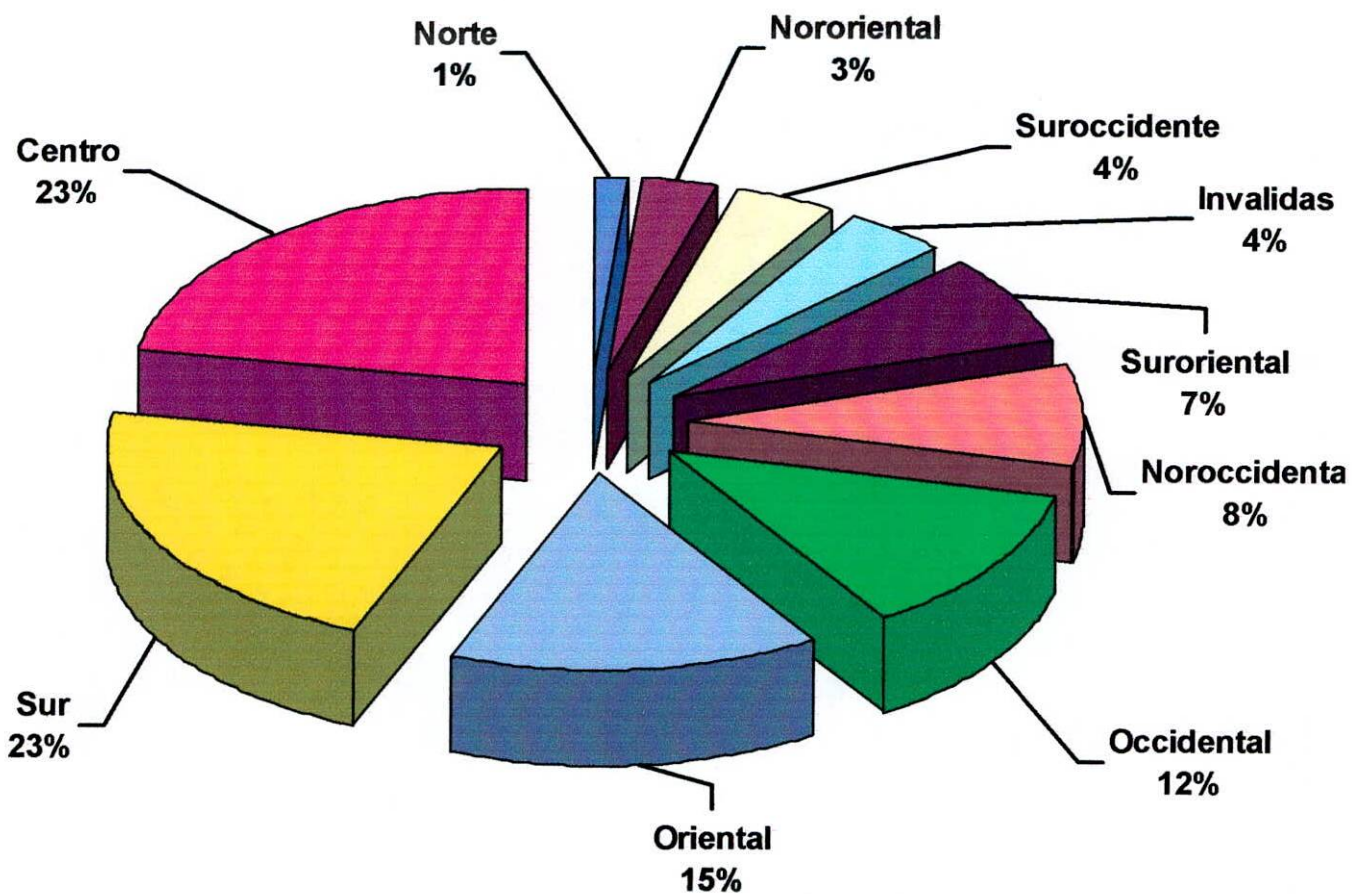
Anexo 9. DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL



Anexo 10. DISTRIBUCION POR REGIMENES



Anexo 11. DISTRIBUCION POR ZONAS



Anexo 12. FACTORES DE DESERCIÓN

