

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TESIS

**“PERFIL DE LA DEMANDA ODONTOLÓGICA ATENDIDA EN LOS
SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA EN LA MICRORED METROPOLITANA. RED
DE SERVICIOS DE SALUD. TACNA 2010”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR:
Bach. MARCELA ELISABETH NUÑEZ PUELL**

Tacna, Perú

2011

ÍNDICE

	Pg.
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1 Fundamentación del Problema	
1.2 Formulación del Problema	
1.3 Objetivos de la Investigación	
1.4 Justificación	
CAPÍTULO II REVISIÓN DE LA LITERATURA.	12
2.1 Antecedentes de la investigación	
2.2 Marco teórico	
CAPÍTULO III HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	37
3.1 Hipótesis	
3.2 Operacionalización de las variables	
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	39
4.1 Diseño	
4.2 Población y muestra.	
4.2.1 Criterios de Inclusión	
4.2.2 Criterios de Exclusión	
4.3 Instrumentos de Recolección de datos. Colocar un ejemplar en anexos)	
CAPÍTULO V PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.	42
CAPÍTULO VI RESULTADOS	44
DISCUSIÓN	70
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
BIBLIOGRAFÍA	76
ANEXOS	79

A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir.

Con mucho cariño a mis Padres que siempre han estado apoyándome y encaminándome siempre, en especial a mi Madre que por sobre todas las cosas estuvo, está y estará siempre presente en cada paso que siga y por ayudarme a ser mejor cada día.

A mis Docentes que me aportaron gran parte de la enseñanza que tengo y que gracias a mi esfuerzo seguiré corroborando a mi Vida.



LISTA DE ABREVIATURAS

DIRESA	Dirección Regional de Salud
C.S.	Centro de Salud
P.S.	Puesto de Salud
HIS/MIS	Sistema de Información en Salud
SERUMS	Servicio Rural Urbano-Marginal de Salud
CIE-10	Código Internacional de Enfermedades 10 ^{ma} Edición.
EE.SS.	Establecimientos de Salud.
PHRplus	Partners for Health Reform Project
MINSA	Ministerio de Salud
EsSalud	Seguro Social del Perú
ESN	Estrategia Sanitaria Nacional
SIS	Seguro Integral de Salud



RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el perfil de la demanda odontológica en los servicios de odontología en la Micro red Metropolitana de la Red de Servicios de Salud Tacna en el año 2010. **MÉTODO.** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, del 100% de pacientes atendidos en el Servicio de Odontología de los Centros y Puestos de Salud de la Micro Red Metropolitana en el año 2010. Se utilizó los registros del HIS/MIS de cada establecimiento de salud. **RESULTADOS:** La población que mayor demanda estuvo comprendida entre 6 y 10 años de edad (25.3%), seguido de 11-19 años (23.9%). La mayor demanda fue del sexo femenino (59.9%). De las atenciones trimestrales, la mayor frecuencia fue en el 4° trimestre (6,540 atenciones). El C.S. La Natividad tuvo el mayor número de atenciones (40,3%) y la menor demanda el P.S. Ramón Copaja (4,6%). Del tipo de usuarios, 54.29% fue continuador, 34.24% nuevo y 11.4% re-ingresantes. Según los diagnósticos los principales fueron: examen odontológico (15,89%), caries de dentina (12,64%), enseñanza de técnica de higiene y fisioterapia bucal (10,44%), detección de placa bacteriana (7,29%), aplicación de flúor gel fosfato acidulado al 1.23% (4,51%). Según los profesionales que atendieron la mayor atención fue dada por los odontólogos serumistas y/o contratados (50%), principalmente fueron actividades preventivas (exámenes odontológicos, enseñanza de higiene dental, caries de dentina) **CONCLUSION:** Mas del 50% de atendidos son continuadores, casi la mitad de las consultas se dan en el grupo escolar-adolescente (6-19 años). Predominan las actividades preventivo-promocionales que las recuperativas. Las mujeres tienen mayor fidelidad a la atención odontológica.

Palabras Clave: Demanda, Perfil Epidemiológico, Diagnósticos odontológicos, Necesidad de servicio de salud, niños, jóvenes, adultos, adulto mayor.



ABSTRACT

OBJETIVE: Determine the profile of dental demand in dental services from the Metropolitan Health Services Micro-Network Tacna in 2010. **METHOD.** We performed a descriptive, cross sectional study, analyzing the 100% of the patients attending the Dental Service Centers and Health Points from the Metropolitan Micro Network in 2010. We used the official database of the Information System from the Ministry of Health. We used the HIS / MIS records for each facility. **RESULTS:** The increased demand was between the 6 and 10 years old population (25.3%), followed by 11-19 years old population (23.9%). The greater demand was generate from female population (59.9%). About the quarterly care, the highest number of attentions was performed in the 4th quarter of the year (6.540 attentions). C.S. The Nativity had the highest number of patients with 40.3% and less demand was the P.S. Ramon Copaja with 4.6%. About the type of patients, 54.29% was followers, 34.24% new ones and 11.4% re-entries. According to the main diagnoses the most demanded services were: oral examination (15.89%), dentine caries (12.64%), technical teaching for oral hygiene and physical therapy (10.44%), detection of bacterial plaque (7, 29%), and application of acidulated phosphate fluoride gel to 1.23% (4.51%). According to professionals attendance, the highest number of attention was given by dentists serumnistas and / or contracted dentists with more than 50%, which increased the demand for preventive care attendance (dental exams, hygiene education dental caries dentin). **CONCLUSION:** Over 50% of treated are followers, almost half of the consultations are given in the school-teen group (6-19 years).Predominantly preventive and promotional activities that recoveries. Women show more concern to dental care.

Keywords: *Demand, Epidemiological Profile, Dental diagnoses, Health service needs, children, youth, adults, elderly*



ÍNDICE

	Pg.
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1 Fundamentación del Problema	
1.2 Formulación del Problema	
1.3 Objetivos de la Investigación	
1.4 Justificación	
CAPÍTULO II REVISIÓN DE LA LITERATURA.	12
2.1 Antecedentes de la investigación	
2.2 Marco teórico	
CAPÍTULO III HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	37
3.1 Hipótesis	
3.2 Operacionalización de las variables	
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 Diseño	39
4.2 Población y muestra.	
4.2.1 Criterios de Inclusión	
4.2.2 Criterios de Exclusión	
4.3 Instrumentos de Recolección de datos. Colocar un ejemplar en anexos)	
CAPÍTULO V PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.	42
CAPÍTULO VI RESULTADOS	44
DISCUSIÓN	70
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
BIBLIOGRAFÍA	76
ANEXOS	79



INTRODUCCIÓN

Los establecimientos de salud son instituciones encargadas de brindar asistencia sanitaria a la comunidad y que puede ser a través de acciones de promoción, prevención, curación o rehabilitación, dentro de las cuales se encuentra la salud bucal.

En salud bucal, si bien los riesgos vitales son poco frecuentes, se presentan también severos compromisos del estado de salud general en ciertos cuadros infecciosos agudos o en grandes traumatismos máxilo-faciales.

En estos casos el odontólogo debe intervenir formando parte del equipo de salud multidisciplinario, puesto que sus conocimientos y destrezas le permiten un trabajo integrado con una rápida y adecuada evaluación y contribución en el tratamiento indicado. Por lo tanto las investigaciones en salud se definen como todos los procesos investigativos realizados en el campo de las ciencias médicas, encaminados al estudio y solución de los problemas de salud que atañen a los individuos, a las comunidades y a la sociedad en general.

Por ende la presente tesis busca la identificación de las principales características de la demanda atendida en el servicio de Odontología en la Micro red Metropolitana. El campo de la salud es amplio, pero se realizará una descripción sucinta de las principales actividades y diagnósticos atendidos en los respectivos Centros de Salud sujeto del presente estudio, así como comparar dichas características estratificadas según tiempo, espacio y persona de la población en general. Servirá la investigación para priorizar acciones en el campo odontológico y poder orientar la oferta de salud con enfoque de riesgo y oportunidad.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

La demanda constituye la cantidad de atención médica de un cierto tipo que una determinada persona está dispuesta a obtener, durante un cierto período de tiempo, con el fin de satisfacer su necesidad de salud.

Las necesidades de salud son definidas de diversas formas. Sociológicamente, podemos hablar de necesidad normativa cuando ésta es definida por el investigador basándose en un estándar deseable; necesidad sentida, cuando es definida por la percepción individual; necesidad expresada o demanda, cuando la necesidad sentida se hace concreta y se pone en acción; y necesidad comparativa, cuando es fruto de una investigación sobre servicios recibidos en comunidades con características similares. Una vez que la persona decide acudir a un profesional de salud, se pasa a la atención de salud, donde puede quedar su necesidad satisfecha o no. En caso de tener una necesidad no satisfecha el paciente puede demandar atención en los servicios de medicina occidental o podrá recurrir a la medicina tradicional o a la automedicación, formas alternas para satisfacer su necesidad de salud.

Estas definiciones se superponen e interrelacionan por lo que es importante definir lo que es una necesidad real¹.

¹ Bradshaw JS. A Taxonomy of Social Need. En: Problems and Progress in Medical Care, 7th Series, NPHT/OUP.1992.



En el ámbito de demanda de un servicio de salud se involucran en su vertiente estudios demográficos, culturales, educacionales de bienestar, la distribución del ingreso los perfiles epidemiológicos y la presencia de sectores competitivos. La articulación de la cobertura poblacional según instituciones de salud del sector y la utilización de los servicios será resultado de la adecuación de la oferta con la necesidad en salud y su cristalización como demanda.²

Los resultados del “Estudio de Demanda de Servicios de Salud en el Perú”, correspondiente al primer módulo del proyecto global (PHRplus/Madueño, 2002), muestran que los altos niveles de pobreza en el Perú han determinado que un porcentaje elevado de la población esté excluida del sistema de salud generando una demanda encubierta de servicios de salud. Esta última se halla asociada a individuos que, por razones económicas, no se declaran enfermos o a individuos enfermos que por falta de ingresos u disponibilidad de atenciones, no hacen uso de los servicios de salud, aunque perciban su enfermedad.

Como el abanico de posibilidades es muy grande, se debe estratificar la observación. En este estudio pretendemos eso, realizar una visión de lo atendido (demanda real) durante el año 2010 en todos los establecimientos de salud de la Micro red Metropolitana y realizar el análisis comparativo respectivo entre estas mismas entidades prestadoras.

² Arredondo López, Armando; Recaman Mejía, Ana. “Oferta vs Demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud”. *Hitos de ciencias Económicas Administrativas* 2002;20:42-47. Disponible en: www.ujat.mx/publicaciones/hitos_



1.2 Formulación del Problema

- ¿Cuál es el perfil de la demanda en los servicios de odontología en la Micro Red Metropolitana de la Red de Servicios de Salud-Tacna, 2010?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar el perfil de la demanda odontológica atendida en los servicios de odontología en la Micro red Metropolitana. Red de Servicios de salud Tacna 2010.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia de las actividades y/o diagnósticos principales según sexo, edad, condición de atención (reingreso, continuador, nuevo), trimestre, según centros y puestos de salud.
- Determinar la demanda comparativa entre cada Centro y Puesto de Salud en la Micro red Metropolitana de la Red de Servicios de Salud Tacna 2010.
- Cuantificar el rendimiento según número de profesionales en Centros y Puestos de Salud en la Micro red Metropolitana Tacna 2010.



1.4 Justificación

Debido a los pocos estudios y análisis de la demanda por los servicios de salud del primer nivel, se ha constituido en una limitación para diseñar esquemas de financiamiento sostenibles y un sistema de tarifas que no disminuya el acceso de los usuarios pobres a los servicios de salud. Mucho menos se podría hablar de satisfacción del usuario si no existe primero una visión de lo que la población demanda en sus necesidades de resolver problemas de patologías prevalentes. Por ello diversos son los factores socio-culturales y de conocimientos que intervienen y modulan la percepción del proceso de salud enfermedad, determinando así la demanda de una atención de urgencia, de resolución inmediata, que está influenciada por las vivencias subjetivas de problemas reales o supuestos, por los cuales, el enfermo busca y necesita solución a “su problema”. Es por eso necesario y muy indispensable la presentación y la discusión de nuevos criterios metodológicos que, bajo una perspectiva económica, sirvan para el análisis y la demanda de salud de la población de Tacna, y en especial en las condiciones actuales de cambios políticos y de intencionalidad de busca y motivar las nuevas propuestas de trabajo conjunto.



CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Título.- PERFIL DE LA ATENCIÓN PÚBLICA ODONTOLÓGICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SÃO LUÍS (MA).

SILVA, Mariana Carvalho Batista da, et al. Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão. Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.5, pp. 1237-1246. ISSN 1413-8123.

Analizó el perfil de demandas donde se describió la atención odontológica pediátrica disponible y asistió a los grupos de edad, las calificaciones de los profesionales involucrados, los tipos de tratamiento para los dientes primarios y permanentes oral y ejecutar programas de educación sanitaria en las Unidades Municipales de Salud con servicios dentales, analizados a través de visitas y entrevistas estructuradas. Los resultados muestran que el cuidado dental para los niños / adolescentes (principalmente entre los 6 y 12 años de edad) en el 91,1% de las unidades de salud que ofrecen cuidado diario y universal (65,75%), así como en aquellos cuyos servicios se limitan a ciertas especialidades y / o días específicos (34,15%). Todas las unidades de salud pública que ofrece el tratamiento quirúrgico para los dientes permanentes. Rellenos se utilizan más para los dientes permanentes de los dientes primarios. Entre el público Unidades Locales de Salud, 25 (55,5%) no ofrecen o ejecutar programas de salud bucodental. En la mayoría (75,5%) de las unidades visitadas, el tratamiento dental para los niños, niñas y adolescentes se limita a la atención básica y dirigida principalmente a los dientes permanentes. El modelo tradicional del



bienestar de brindar atención con la misma libertad exigió permanece en su lugar.³

Título: CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD, LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO Y LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD ORAL DE UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EN CALI, VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA.

RENGIFO, Herney A. et al. Rev. Estomato;16(2):7-14, dic.2008. graf, tab

Realizó un estudio Observacional û descriptivo transversal, en un momento determinado y de manera retrospectiva, se evaluaron las acciones ejecutadas durante un año por los servicios de salud Oral en una red de salud. Se incluyeron 669 pacientes que ingresaron a los servicios de odontología. Adicionalmente se caracterizó la oferta de servicios de cada institución. Resultados: La mediana de edad fue de 22 años (± 14). El 91.9% (336) de la población presentaban al menos un diagnóstico de enfermedad bucal, el promedio de dientes cariados fue de 5.7 (± 3.7) dientes perdidos fue de 2.5 (± 5) dientes obturados de 2.1 (± 3.4). El promedio en días para iniciar tratamiento fue de 18 días (± 32). El promedio de días de tiempo total de trabajo fue alrededor de 45.3 días. Conclusiones: El 91.9% (336) de la población presentaban al menos un diagnóstico de enfermedad bucal. El 85.3% de la población tuvo su ultima atención hace más de 6 meses, perdiendo el seguimiento a riesgo que se debería de presentar. Al caracterizar la población que no regresó al servicio se encontró que eran los más enfermos y los que mayores necesidades en todas las áreas de atención presentaban.⁴

³ SILVA, Mariana Carvalho Batista da, et al. PERFIL DE LA ATENCIÓN PÚBLICA ODONTOLÓGICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SÃO LUÍS (MA). Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão. Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.5, pp. 1237-1246. ISSN 1413-8123.

⁴ RENGIFO, Herney A., et al. CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD, LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO Y LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD ORAL DE UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EN CALI, VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA. Rev. Estomato;16(2):7-14, dic.2008. graf, tab



Título: ESTUDIO DE LA DEMANDA AMBULATORIA DE LA CLINICA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL ESTADO DE AMAZONAS.

SPONCHIADO JÚNIOR, Emílio Carlos y TORRICELLY Barreto de Souza. *Rev. Ciênc. saúde coletiva vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011.*

El objetivo de este estudio fue evaluar la demanda ambulatoria de la clínica de Odontología de la Universidad del Estado de Amazonas (UEA). Entrevistamos a cien pacientes tratados en la disciplina de la semiótica, a través de un cuestionario, se recogieron características demográficas y socioeconómicas y el examen clínico se obtuvieron del perfil de la enfermedad y el perfil de la presión arterial y pérdida de dientes. Los resultados mostraron que el 52% de los pacientes eran mujeres, en su mayoría con edades comprendidas entre 20 y 29 años, el 48,3% no había completado la escuela secundaria y 60,8% con un ingreso mensual superior a cinco salarios mínimos. En cuanto a la pérdida de dientes, los dientes más afectados fueron los primeros molares, el 29% perdió el primer molar y el 45%, más bajo. El perfil de enfermedades que se encuentran más fue de 31,3% para los tratamientos en el área de la odontología restauradora, seguido por el 21% y 19% la cirugía periodontal. Sólo un paciente presentó hipertensión arterial. Llegamos a la conclusión de que la población se sirve en su mayoría mujeres de clase media-baja, con un nivel promedio de educación y de imagen dental deficiente, muestra una gran cantidad de pérdida de dientes y en la necesidad de tratamientos de rehabilitación más que preventiva. Con una mayor comprensión de la realidad para los usuarios de la odontología clínica en la Universidad de East Anglia, se puede mejorar la planificación de la atención y acciones para la promoción de la salud. ⁵

⁵ Sponchiado Júnior, Emílio Carlos y Torricelly Barreto de Souza. Estudo da demanda ambulatorial da clínica de odontologia da Universidade do Estado do Amazonas.; Rev. Ciênc. saúde coletiva vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011



Título: PERFIL DA DEMANDA AMBULATORIAL INFANTIL DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFBA NOS ANOS DE 1994 E 1999.

CANGUSSU, Cristina María Teixeira; CABRAL, Maria Beatriz B. Souza.; LIESENFELD, Maria Helena; PASTOR, Iandira Maria Oliveira. *Rev. Fac. Odontol. Universidade Federal da Bahia*; 9(3/4):151-155, jul.-dez. 2001.

En su estudio tuvo como objetivo caracterizar la demanda de consulta externa 2-6 años en la Facultad de Odontología - UFBA en 1994 y 1999 para evaluar y reorientar los servicios. Se ha estado revisando las historias clínicas de la disciplina de Odontología Pediátrica, 104 en 1994 a 350 en 1999 y análisis estadístico de las variables: sociodemográficas, estado de salud bucal (caries dental, enfermedad periodontal y tratamiento restaurador en los dos períodos, uno aumentar de forma significativa entre 1994 y 1999 relacionados con la ubicación de un servicio de urgencias, y un número representativo de los casos de mediana y alta complejidad. Es necesario reestructurar la atención de la salud oral de preescolares en la red básica del municipio con el fin de asegurar la red de atención más eficaz y la calidad del servicio⁶

Título: ATENCIÓN DE URGENCIA ODONTOLÓGICA EN EL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA.

FODOR, Andrés. Revista Dental de Chile, 2005.

Analizó el volumen de las consultas anuales, mensuales y diarias, segmentando horarios de demanda.

Se evalúa el perfil del usuario en las variables de sexo, edad, condición socio-económica, lugar de residencia, motivos principales de Consulta y patologías generales concomitantes.

A través del conocimiento de estos factores tendremos una mejor visualización de los problemas de urgencia odontológicos y con ello incentivar una

⁶ CANGUSSU, Cristina María Teixeira, et al. PERFIL DA DEMANDA AMBULATORIAL INFANTIL DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFBA NOS ANOS DE 1994 E 1999. *Rev. Fac. Odontol. Universidade Federal da Bahia*; 9(3/4):151-155, jul.-dez. 2001.



planificación adecuada desde el punto de vista asistencial, material de infraestructura y docente.⁷

Título: MOTIVOS DE CONSULTA Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UNA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

PADROS SÁNCHEZ, Estrella. Revista Andaluza de Odontología y Estomatología. España. Volumen 11, Número 2. Julio - Agosto - Septiembre 2002. Disponible en: http://www.infomed.es/cmálaga/rev_11_2/art1.html.

Dio a conocer los motivos de consulta odontológica en Atención Primaria y analizar las variables edad y sexo, así como, describir la actividad asistencial desarrollada. Se lleva a cabo un estudio transversal, descriptivo y analítico en la consulta de Odontología de un Centro de Salud (CS) de un municipio de Granada (Santa Fe), donde se atendieron a 1303 pacientes durante el año 2000. De los resultados obtenidos podemos destacar que el número de mujeres que acuden al CS es ligeramente superior en varones y el intervalo de edad en la que acuden más pacientes corresponde a 51-70 años. El principal motivo de consulta así como la principal actividad asistencial corresponde a extracciones, siendo la causa más frecuente la caries dental seguida contribuya a conocer mejor el medio asistencial de la Seguridad Social en Odontología.⁸

Título: EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA ODONTOLÓGICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA REFORMADA.

VARELA-CENTELLES, P, et al. Cuadernos de atención primaria, ISSN 1134-3583, vol. 8, n.º. 4, 2001, págs. 259-264. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2331409>.

⁷ FODOR, Andrés, ATENCIÓN DE URGENCIA ODONTOLÓGICA EN EL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA.. Revista Dental de Chile, 2005.

⁸ PADROS SÁNCHEZ, Estrella , MOTIVOS DE CONSULTA Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UNA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.. Revista Andaluza de Odontología y Estomatología. España. Volumen 11, Número 2. Julio - Agosto - Septiembre 2002. Disponible en: http://www.infomed.es/cmálaga/rev_11_2/art1.html.



Analizó la evolución del tipo de consultas demandadas en un consultorio de odontología reformada con respecto al modelo "tradicional". Mediciones: Edad, sexo, lugar de residencia, causa de consulta (exodoncia, urgencia, interconsulta, revisión, medicina oral, periodoncia, prótesis, ortodoncia, consultas administrativas y otras causas). Resultados principales: La mayoría de los hombres acuden a consulta demandando exodoncias (51.7%), mientras que la mayoría de las mujeres acude por otras causas (58.2%). En relación a la consulta tradicional hay una disminución en las consultas motivadas por urgencias y revisiones periódicas y un incremento de las consultas por otras causas, que alcanza significación estadística. Parece observarse un incremento de la demanda de atención distinta de la exodoncia en relación a la consulta tradicional (Mayores de 21 años).⁹

⁹ EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA ODONTOLÓGICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA REFORMADA. VARELA-CENTELLES, P, et al. Cuadernos de atención primaria, ISSN 1134-3583, vol. 8, n°. 4, 2001, págs. 259-264. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2331409>.



2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 CONSIDERACIONES CONCEPTUALES

2.2.1.1 Concepto de Demanda¹⁰

El concepto de demanda por servicios de salud guarda una relación principal con el concepto de demanda de bienes y servicios en general, es decir la disposición a pagar que tiene la persona por un determinado bien. El problema está en que esta disposición es relativa a personas que tienen los recursos (ingresos o disponible para ello) quedando, como en todo mercado, algunas porciones o sectores de población excluidos.

La intervención del Estado para desarrollar la salud, como parte importante para el logro del bienestar de la población y una de las razones de ser del Estado, hace que éste intervenga para que toda la población logre o intente convertirse en demanda por servicios de salud. Así, permite y desarrolla los seguros privados y públicos de salud e interviene como proveedor de servicios de salud y financiador de los mismos.

Ello supone características en el comportamiento de la persona para obtener servicios de salud, que se incluyen como otros determinantes de la demanda y que pueden a veces ser muy importantes para el análisis de dicha demanda.

Un rasgo importante es que la demanda de las personas por estos servicios procede de su demanda fundamental por salud. Entonces podemos esperar que los shocks producidos en la salud de las

¹⁰ Sanabria Montañez, Cesar. La demanda por servicios de salud una aproximación teórica. URL:<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/21/a11.pdf>. Actualizado al 20/03/2011



personas debieran causar que su demanda por servicios de salud cambie.

2.2.1.2 Naturaleza de la Demanda¹¹

La demanda de servicios de salud es irregular e impredecible. Los cuidados médicos solo brindan satisfacción ante una enfermedad, es decir, ante una desviación del estado normal de una persona. Las personas poseemos algunos grados de libertad para alterar nuestros riesgos; a pesar de ello, la enfermedad puede abatirnos, aun contra nuestra voluntad.

Esta aleatoria nos lleva a pensar que la demanda por servicios médicos está asociada a una probabilidad relativamente alta de disminuir nuestra integridad personal. Por eso, existe un riesgo de muerte de incapacidad parcial o total para desarrollar nuestra capacidad de generar ingresos. La enfermedad no solo implica un riesgo sino un riesgo muy costoso.

Comportamiento esperado de los médicos: El consumidor (el paciente) tiene dificultades para evaluar el servicio recibido, por eso se establece una relación de confianza entre el paciente y el médico. El primero espera que el comportamiento del segundo este guiado por el interés hacia el paciente.

Esto origina “asimetría de información”: el volumen de información con que cuentan proveedores y consumidores no es el mismo. El paciente no decide (“no demanda”) el tratamiento que va a recibir, en lugar de ello selecciona a un médico, quien es el que toma la decisión.

El médico cumple un doble rol: por un lado actúa en interés del paciente y, por otro, en función de su propio interés, como un

¹¹ Sanabria Montañez, Cesar. La demanda por servicios de salud una aproximación teórica. Revista de la Facultad de ciencias económicas de la UNMSM, Año VII, N° 21 Noviembre 2002. Pss 152-170.



oferente del servicio. Por ello, puede inducir demanda y el paciente acudirá al médico tantas veces como éste lo solicite.

La hipótesis de la “capacidad de inducir” afirma que los médicos producen demanda por sus propios servicios.

2.2.1.3 Características de la Demanda por Servicios de Salud⁸

a) La tendencia a priorizar la salud por sobre todos los demás bienes

En muchos casos se da la tendencia a asignar a los bienes de salud una utilidad superior a la real, con lo que nuestras decisiones racionales quedan distorsionadas. Se induce al sobre consumo de las prestaciones de salud, al tiempo que pueden aumentar los riesgos de iatrogenias.

Las posibles soluciones son la educación en salud, los mecanismos de copago que promueven clara conciencia de los costos y los sistemas de atención complejidad progresiva.

b) El desconocimiento de las formas de satisfacer la necesidad

En salud, desconocemos la naturaleza exacta de la necesidad (diagnostico) y también las prestaciones de salud que contribuirán a resolverla (terapias), lo que nos hace dependientes del proveedor.

c) Incentivos al sobre-consumo y exceso de gasto

La tendencia a consumo mas prestaciones de salud genera presiones alcistas en los precios unitarios o aranceles, y ello significa un exceso de gasto.

Entre las formas de moderar el racionamiento y las pérdidas de calidad están los mecanismos de participación en el costo (cost-



sharing) y de recuperación de costos (cost recovery). Estos y otros buscan imponer algún costo monetario de su propio bolsillo a los usuarios con el fin de sensibilizarlos frente a los precios y el gasto.

2.2.1.4 Definición de demanda por servicios de salud y Operacionalización en el Perú.¹²

Tres estudios de demanda que se han realizado para el Perú, son presentados brevemente en su parte conceptual y analítica, el de Sergio Bitrán, Rafael Cortez y Miguel Madueño.

Según Sergio Bitrán, la demanda por servicios de salud es la cantidad de atención médica de un cierto tipo, que una o más personas están dispuestas a obtener durante un cierto período de tiempo por uno o más proveedores, en función de las características de las personas y de los proveedores.

Rafael Cortez, señala que bajo un enfoque económico la persona determina su demanda por servicios de salud⁹. La función de demanda por servicios de salud se define en un proceso de comportamiento dinámico en el cual se combinan recursos, conocimientos y patrones de comportamiento, con la tecnología, los servicios y la información disponible, con la finalidad de poder restaurar, mantener y promover la salud de sus miembros.

Lo que en realidad se busca es maximizar la salud de la persona. La cantidad de atención médica que las personas desean obtener varía según sus preferencias y características y de los atributos de los servicios de los proveedores. La función de la demanda de los servicios de salud se describe, desde la economía, como una función de las características de las personas y atributos de los

¹² Rafael Cortez: Análisis de la demanda por servicios de salud. Ministerio de Salud del Perú 1997.



oferentes, tales como la calidad en el trato, los tiempos de espera, transporte y otros.

Función de demanda:

Miguel Madueño, señala que entiende la *demanda (por servicios) de salud* como la “percepción de una necesidad de atención de salud” para ayudar a prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud. Esta necesidad responde a factores físicos (i.e., demanda de salud por accidentes, embarazos, enfermedades) y/o factores ligados al ciclo de vida (i.e., inmunización en edad temprana y atención en personas avanzadas).

Dada una percepción de necesidad, los individuos van a acceder al sistema de salud según su restricción presupuestaria para asumir una tarifa de acceso y la disponibilidad de infraestructura, y utilizarla según su grado de necesidad y grado de aversión al riesgo. Este último, determinará la ***cantidad demandada de salud***, la cual mide el nivel de cuidados de salud que una persona desea adquirir.

La demanda de los servicios de salud tiene algunos elementos no compartidos con la demanda de la mayoría de bienes y servicios, lo que usualmente dificulta su modelización y estimación.

I. En primer lugar, ***la demanda de salud tiene un componente estocástico importante***. El patrón de demanda de los hogares o individuos suele cambiar de manera importante ante la ocurrencia de eventos no anticipados, i.e. una enfermedad de capa compleja, un despido, etc.



II. *Los tipos de servicios que demandan los miembros del hogar son cualitativamente distintos*: existe diferencia en la demanda por la atención de una enfermedad compleja y otra de capa simple, atención preventiva y curativa.

Asimismo, existen diferencias significativas asociadas a diferencias en la calidad de servicios de salud. Es decir, existe heterogeneidad en los usos del servicio de salud por lo que es necesario hacer supuestos en la agregación de la utilización de los servicios, evitando así, problemas con la definición de la demanda.

III. *La demanda de servicios se comporta de manera asimétrica a los movimientos de tarifas, mostrando discontinuidades en su función de comportamiento.*

Lo anterior es explicado fundamentalmente por la condicionalidad de estar enfermo para hacer uso de los servicios de salud, por la condicionalidad de tener seguro, a las diferencias en los niveles de ingresos cuanto a la tipología de enfermedades, calidad de servicios y hábitos en los patrones de consumo.

IV. Finalmente, *la demanda por servicios de salud está asociada a una decisión secuencial por parte de los individuos*: en una primera etapa, se decide si se busca o no servicios de salud, la cual está condicionada de manera conjunta a que se perciba un síntoma de enfermedad, se sufra un accidente o se requiera de controles preventivos (prenatal, dental, etc). En una segunda etapa, se opta por elegir a un tipo de proveedor de servicios de salud (MINSA, EsSalud o a un servicio privado).



Las dos primeras etapas están asociadas al concepto de *demanda de acceso*, el cual determina la cantidad de demandantes de servicios o la probabilidad de que un individuo acceda a un determinado servicio de salud.

Por último, una vez que se accede al servicio se determina el gasto requerido para la atención de salud o la intensidad de su uso.

Esta última hace referencia al concepto de *demanda de uso*, el cual pretende aproximarse al concepto de volumen de servicios de salud utilizados por un individuo o un hogar, a partir de la agregación de los gastos reales de la canasta de servicios de salud (consulta externa, hospitalización, análisis y medicinas).

2.2.1.5 Tipos de demanda: ¹³

Demanda total: La presentada cuando las instituciones se encuentran complacidas con la cantidad de trabajo que tienen en relación a su capacidad productiva, nivel de instalaciones y resultados económicos deseados y obtenidos. La demanda total puede variar por el cambio de preferencia de los clientes o por un aumento de la competencia. Para mantener la demanda total se debe medir el grado de satisfacción de los clientes y asegurarse que se está haciendo un buen trabajo.

- Demanda potencial o latente: Es aquella demanda ante la cual un significativo número de clientes puede desear algo que no puede satisfacer por ninguna oferta existente.

¹³ Katz, Bernardo. “Cómo gerenciar el servicio al cliente”. Serie Empresarial. Fondo Editorial Legis, Colombia, Octubre 1990.



- Demanda Satisfecha Es la demanda en la cual el público a logrado acceder al producto y/o servicio y además está satisfecho con él.
- Demanda Insatisfecha Es la demanda en la cual el público no a logrado acceder al producto y/o servicio y en todo caso si accedió no está satisfecho con él.
- Demanda de naturaleza sanitaria que es percibida (aunque no expresada) por un individuo y que algún experto diferente de él considera necesaria. Es la diferencia existente entre las necesidades justificadas (y percibidas por los propios pacientes) y las explícitamente manifestadas (aunque no lleguen a ser objeto de atención) ante los proveedores de atención sanitaria.
- Demanda negativa: Cuando la mayor parte del mercado le disgusta la oferta existente de determinado servicio y hasta puede pagar un precio por evitarla.¹⁴
- Demanda irregular: Es aquella que varía en base a la estación climática, el día o incluso la hora causando problemas de capacidad productiva inutilizada o de exceso de trabajo, según su fluctuación.
- Demanda aleatoria o imprevisible: Demanda impredecible en cuanto a su volumen, lugar y tiempo en que será formulada. Vinculada a la incertidumbre por su carácter en el proceso de enfermar lo que dificulta la planeación individual de gasto y ahorro de los individuos y favorece la constitución de sistemas de aseguramiento para cubrir esta contingencia”.
- Demanda imprevista, inesperada o desplazada: Es aquella originada por determinados grupos humanos o segmentos de

¹⁴ Otero M., Jaime; Otero I., Jaime. Economía de la salud, La demanda de servicios .Revista Mundo Odontológico.



clientes que no se había previsto o deseado captar con la oferta presentada.¹⁵

- Demanda excesiva: Es aquella que se presenta cuando es mayor a la que las organizaciones pueden o quieren manejar. El exceso de demanda puede llevar al deterioro de la calidad del trabajo desempeñado
- Demanda expresada: Es aquella demanda que se ejercita de forma explícita por parte de una población. Puede ser superior al volumen de utilización a causa de la existencia de listas de espera por la limitación de los recursos disponibles o a causa de diferencias entre las percepciones de los pacientes y las necesidades definidas por los profesionales.
- Demanda decreciente: Es la situación producida cuando el mercado o las personas se desinteresan en el consumo de ciertos bienes o servicios. La demanda decreciente se puede revertir con un nuevo manejo creativo de la oferta.
- Demanda inexistente: Es cuando los clientes a quienes se dirige la oferta de un producto o servicio pueden sentirse desinteresados o indiferentes a ella.
- Demanda derivada: Es aquella que se presenta en productos intermedios que intervienen en el proceso de prestación o producción de otros más complejos o elaborados. Aquella cuyo nivel depende de la demanda de los servicios en los que intervienen.
- Demanda inducida por la oferta: Es aquella producida como consecuencia del desconocimiento completo de las características del producto o servicio, de parte de los agentes del proceso. Es provocada o conducida por el proveedor del servicio y se sitúa por

¹⁵ Arroyo, Juan. “Salud: La reforma silenciosa”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración. Lima, Enero, 2000.



encima de la que el consumidor habría realizado de haber dispuesto de suficiente información. En su consecuencia, la oferta y la demanda dejan de ser independientes. Es motivo de ineficiencia por exceso de demanda innecesaria. Se le podría definir como “la sobre-demanda inducida por oferta con información indebida o insuficiente”.

- Demanda justificada: Es aquella demanda para la que tanto la sociedad como los expertos médicos (además del propio individuo) están de acuerdo con su existencia, dado que responde a razones apreciadas como objetivas por todos ellos. Se opone a la demanda sanitaria injustificada que es aquella expresada por los individuos en contra de la opinión de la sociedad o los expertos.
- Demanda opcional: Es la Situación peculiar que se produce en el mercado de los servicios sanitarios cuando éste se comporta como si la demanda fuera superior a la realmente producida, al objeto de “reservar” parte de la oferta para que no existan problemas de utilización de los servicios ante la eventualidad de tener que hacer uso de las mismas en cualquier momento o lugar., dando de esta forma, respuesta al deseo individual de tener garantizado el acceso en caso de necesidad.
- Demanda desalentada: Es la situación creada cuando una empresa desea disminuir la demanda de sus servicios de manera temporal o definitiva, a través de actividades denominadas como “descremado” (cuando reorientan sus acciones de venta a solamente algunos segmentos de población dejando de lado a grupos de actuales clientes) o de “obsolescencia planificada” (cuando dejan de ofrecer ciertos productos o servicios buscando lograr una especialización prefijada.



Para comprender a la demanda por servicios de salud curativos se debe comenzar por estudiar a la población en general, luego identificar quienes perciben un problema de salud, luego quienes demandan y finalmente, quienes obtienen y no obtienen atención.¹⁶

2.2.1.6 Perfil Epidemiológico

Conjunto de características propias de una población, seleccionadas en base a la edad, sexo, alguna enfermedad, servicio de atención, etc.; en una determinada zona o región de un país.

2.2.1.7 El Modelo Epidemiológico

Este modelo se basa en el estudio de las necesidades de salud de la población, entendidas como "cualquier alteración en la salud y el bienestar" que requiere de servicios y recursos para su atención.¹⁷

De esta manera, los daños a la salud (morbilidad, mortalidad, etc.) constituyen necesidades que motivan o inducen a la población a utilizar los servicios una vez que son expresadas.

La utilización de los servicios también dependerá de la exposición de esa población a los factores de riesgo, los cuales están asociados con la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones. Estos factores pueden ser iniciadores, promotores y pronósticos.

Los riesgos iniciadores o predisponentes ocurren antes de que la enfermedad se torne irreversible. Los riesgos promotores o precipitantes ocurren cuando la enfermedad ya es irreversible. Los

¹⁶ Arias V. Demanda de Servicios VIH SIDA. Universidad Peruana Cayetano Heredia 2002.

¹⁷ Goicochea Ríos, Evelyn. Oferta y Demanda. Disponible en URL: <http://slideshare.net/EvelynGoicochea/oferta-y-demanda-6594037>



riesgos pronósticos actúan en el punto de irreversibilidad y de alguna manera permiten afirmar si un individuo avanzará hacia la mejoría o la muerte.

La utilización de los servicios, por consiguiente, estará determinada en mayor o menor grado por el tipo de riesgo al cual se exponga la población, por lo que se requiere de un tipo de servicio específico según el caso.¹⁸

En nuestro país, la demanda de servicios médicos y asistenciales en general se canaliza básicamente a través de tres vías.

- La primera la constituye el Estado, que asiste en forma gratuita a través de sus instalaciones hospitalarias y sanitarias (nacionales, provinciales o municipales) y se ocupa fundamentalmente de los sectores de menores recursos.
- La segunda es la que corresponde a los administradores de fondos para la salud que, incluyen a las obras sociales, las asociaciones mutuales y las empresas de medicina prepaga.
- Finalmente, existe otro sector de la comunidad que financia o solventa en forma individual sus gastos de salud, contratando privada e individualmente sus médicos, sanatorios y medicamentos, y abonando los honorarios y gastos correspondientes de su propio patrimonio.¹⁹

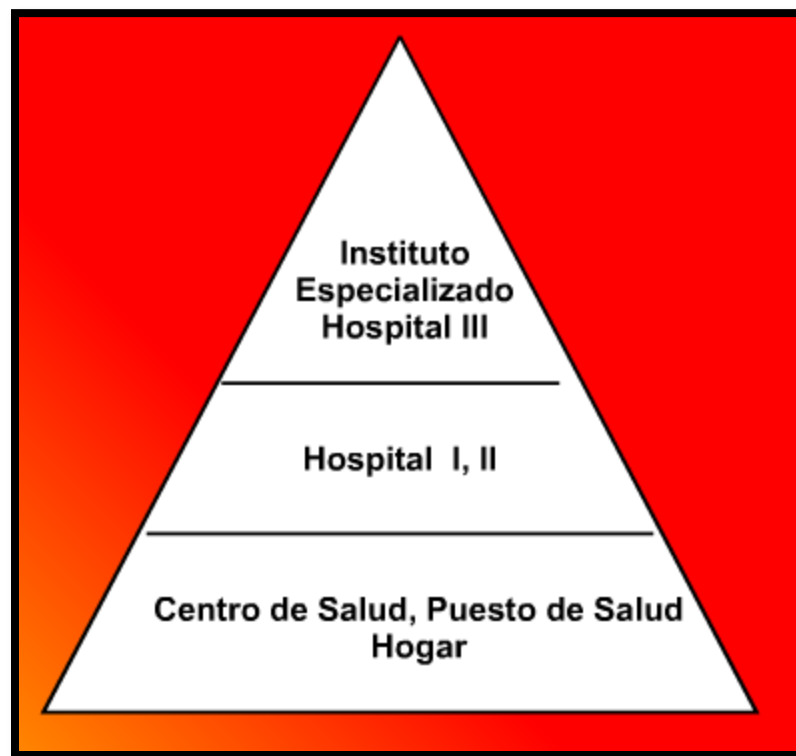
¹⁸ Cordero, Luis. Demanda de Servicio de Salud. Región de Salud de Tacna. MINSA Tacna. Consultoría 2001.

¹⁹ Actualizado el 12 de noviembre del 2010. Salud. Ley de defensa de la competencia y los mercados de prestaciones de servicios para la salud disponible en URL: disponible en URL: <http://www.cndc.gov.ar/biblioteca/Salud%20-%20Ley%20de%20Defensa%20de%20la%20Competencia%20y%20los%20mercados%20de%20prestaciones%20de%20servicios%20de%20salud.pdf>

2.2.2 NIVELES DE SERVICIO DE SALUD EN EL PERÚ

Los niveles de atención es un conjunto de establecimientos de Salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad.

Constituye una de las formas de organización de los Servicios de Salud, en la cual se relacionan con la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población.



Fuente: DGSP/MINSA

CATEGORIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD		
	CATEGORIAS	MINISTERIO DE SALUD
1 NIVEL	I - 1	Puesto de Salud
	I - 2	Puesto de Salud con Médico
	I - 3	Centro de Salud sin internamiento
	I - 4	Centro de Salud con internamiento
2 NIVEL	II - 1	Hospital I
	II - 2	Hospital II
3 NIVEL	III - 1	Hospital III
	III - 2	Instituto especializado

Fuente: DESP/ESS/DIRESA-TACNA

2.2.2.1 Primer Nivel

- Se atiende el 70-80% de la población.
- La severidad de los problemas de salud plantean una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y menos especialización y tecnificación de sus recursos.
- En este nivel se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.

2.2.2.2 Segundo Nivel

- Aquí se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico a la salud los cuales brindaran acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias.



2.2.2.3 Tercer Nivel

- Este nivel se ubica a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional. Aquí laboran especialistas para la atención de problemas patológicos complejos, que necesitan equipo e instalaciones especiales.
- En este nivel su categoría de los cuidados tienen el propósito de ayudar a los usuarios a conseguir un grado de funcionamiento tan elevada como sea posible.

2.2.3 SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD: HIS/MIS

Un sistema de información puede definirse técnicamente como un conjunto de componentes interrelacionados que permiten capturar, procesar, almacenar y distribuir información para apoyar la toma de decisiones y el control en una institución.

a) ¿Cuáles son las funciones del sistema de información?

- Facilitar el intercambio de información entre los proveedores, financiadores y usuarios; y disponer de información básica para monitorizar las intervenciones.
- Facilitar la integración de la información clínica, administrativa y financiera; para analizar la composición, cobertura, costo de los planes de salud y evaluar el desempeño costo-efectivo de la atención.
- Estandarizar, organizar y almacenar la información para la generación de conocimiento especializado; el análisis económico y epidemiológico permitirá monitorizar y predecir el comportamiento de los principales indicadores del sistema.



b) ¿Qué registra el sistema HIS?

- Atención de salud: consulta ambulatoria
- Actividades preventivo promocionales:
 - visita familiar integral
 - sesión demostrativa
 - taller de salud
- Actividad de las ESN
- Actividad masivas de salud: vacunación BCG
- Atención en animales: eliminación de animales

c) Usuarios del formulario del HIS

El formulario HIS debe ser utilizado por todos los profesionales, técnicos y auxiliares que brindan atención directa en todos los servicios de consulta externa, así como en actividades masivas de salud o preventivo-promocionales a nivel de comunidad.

Cada formulario es de uso individual, es decir, una misma hoja no puede ser llenada por dos profesionales.

La responsabilidad del registro y codificación del diagnóstico y/o actividad de salud corresponde a la persona que realiza la atención o desarrolla la actividad; y el registro debe efectuarse en el momento que se produce la atención o se realiza la actividad de salud correspondiente.

2.2.4 SEGURO INTEGRAL DE SALUD²⁰

El seguro integral de salud (SIS) como organismos Publico Ejecutor, del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en

²⁰ MINSA-Perú. Seguro Integral de Salud.” SIS TAMBIÉN CUBRE ATENCIÓN EN SERVICIO ODONTOLÓGICO DE SUS ASEGURADOS”
http://www.sis.gob.pe/NotaPrensa/a_NotaPrensa.asp?idNoticia=208. Actualizado al: 22/03/2011



aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

De esta forma, están orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud en nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas.

El aumento de caries dentales es un problema que se viene agudizando en la población peruana, sobre todo en los niños, por lo que se hace necesario combatirlo de raíz, y para ello es importante realizarse un chequeo dental, por lo menos una vez al año, lo que evitaría la propagación de este tipo de infecciones.

Ante dicho panorama, es importante recordar que dentro de los beneficios que el Seguro Integral de Salud otorga a sus asegurados, en sus componentes gratuito y semisubsidiado, se encuentra la prevención de caries a través del diagnóstico y el tratamiento de enfermedades carenciales en niños, adolescentes y gestantes.

En dicho contexto, el SIS cubre un odontograma y una Fluorización por año, dos extracciones dentales; hasta tres obturaciones y curaciones compuestas, y hasta tres obturaciones y curaciones simples anualmente. Del mismo modo, el asegurado SIS puede acceder a hasta seis consultas odontológicas personales en el periodo de doce meses, la extracción de cuatro piezas dentarias y la curación de seis piezas dentarias por amalgama por año.

Asimismo, el Seguro Integral de Salud cubre los materiales utilizados en la atención dental así como la reposición de los equipos y el



instrumental utilizado, también reconoce tres curaciones compuestas al año o durante la gestación.

Vale recalcar la importancia de la prevención y la salud bucal, por lo que es importante que las madres de familia consideren que un examen odontológico evitará que sus hijos padezcan de caries, por lo que deben aprovechar que los menores se encuentran en periodo vacacional para llevarlos al Centro de Salud más cercano a sus domicilios y hacerles los respectivos chequeos.

2.2.5 RED DE SALUD DE TACNA

2.2.5.1 Red:

El objetivo de esa red es permitir la integración normalizada en organismos de formación profesional que capacitan a las personas para su eficiente desempeño en un lugar de trabajo. Conformada por establecimientos del primer nivel y II nivel (puestos de salud, centros de salud y hospital)

2.2.5.2 Microred:

Son grupos al interior de una red social, que se organiza en torno a una preocupación específica

Conjunto de establecimientos del primer nivel interrelacionados etc. etc. completar

La red de salud está conformada por:

- a) MICRO RED METROPOLITANA
- b) MICRO RED CONO SUR
- c) MICRO RED CONO NORTE
- d) MICRO RED JORGE BASADRE
- e) MICRO RED LITORAL



- f) MICRO RED LA FRONTERA
- g) MICRO RED TARATA
- h) MICRO RED CANDARAVE
- i) MICRO RED ALTO ANDINA

En resumen la Red de Servicios de Salud-Tacna, consta de 71 Establecimientos de Salud distribuidos en 17 Centros de Salud y 54 Puestos de Salud.

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **Demanda**

La demanda por atención curativa en salud corresponde a la expresión de la necesidad de atención. Por otra parte, no todos los que perciben una necesidad de atención demandan dicha atención. Por ejemplo muchos de los que perciben una necesidad pueden decidir no demandar porque no tienen opciones de oferta disponibles

- **Necesidad de Servicio de Salud**

Corresponde a los profesionales de la salud definir que constituye la necesidad por atención médica.

- **Diagnósticos Odontológicos**

El servicio de Diagnóstico estomatológico es el primero por el cual pasa todo paciente en la atención Odontológica de cualquier establecimiento de Salud. Se aplica la Historia Clínica, con la finalidad de diagnosticar e identificar todas las alteraciones y enfermedades del aparato estomatológico; se elaboran planes de tratamiento, derivando a los pacientes a las diferentes especialidades.



CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio Descriptivo Observacional no es necesario plantear una hipótesis

3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICION
Edad	Por años	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0-28 días 2. 1-11 meses 3. 1-5 años 4. 6-10 años 5. 11-19 años 6. 20-29 años 7. 30-59 años 8. Más de 60 años 	Razón
Sexo	Género	Masculino Femenino	Nominal
Característica de atención	Condición de asistencia según número de veces de llegada en el año al servicio	Nuevo Continuidad Reingreso	Nominal
Establecimiento de salud	Micro red Metropolitana	Centro de Salud: <ul style="list-style-type: none"> • Metropolitano • Bolognesi • Natividad • Leguía • Leoncio Prado Puesto de salud: <ul style="list-style-type: none"> • Jesús María • Ramón Copaja 	Nominal.



Atención por Trimestre del Año	Registro de Base HIS/MIS	Se considerara los trimestres : I: Enero -Marzo II: Abril -Junio III. Julio -Setiembre IV. Octubre- Diciembre	Nominal
Diagnóstico Principal	<ul style="list-style-type: none"> • Información oficial CIE 10 • Historia clínica HIS/MIS MINSA Tacna 	El código CIE-10 de cada diagnóstico.	Nominal
Demanda	Perfil de morbilidad	15 principales diagnósticos	Nominal
Profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de HIS/MIS • Código profesional 	<ul style="list-style-type: none"> • Odontólogo 1 • Odontólogo 2 • Odontólogo 3 • Odontólogo 4 Hasta completar profesionales de planta	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

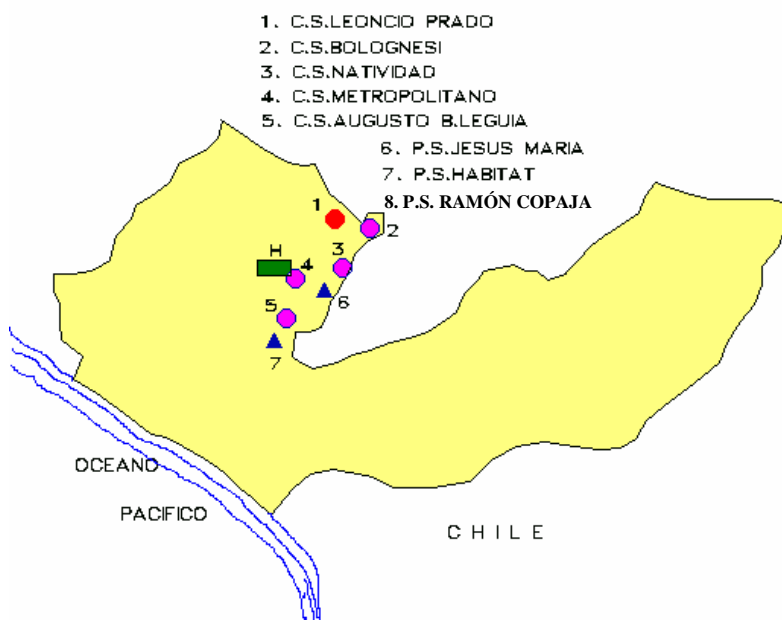
4.1 Diseño

Observacional analítico de corte transversal porque se estudió sólo un periodo.

4.2 Ámbito de estudio:

El presente estudio se realizó en la jurisdicción de la Micro red Metropolitana, conformada por 8 establecimientos de salud.

MAPA 1.- ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA-RED DE SALUD TACNA, 2010



El Puesto de Salud “Habitat” no prestó servicios odontológicos durante el año 2010.



4.3 Población

La población: 23,170 pacientes atendidos que corresponde al 100% de toda la Microred Metropolitana en el servicio de odontología en el año 2010.

a) Criterios de Inclusión:

- Todos los pacientes atendidos en el servicio de Odontología de Enero a Diciembre del año 2010.
- Se incluyeron los diagnósticos definitivos. (número de atenciones).
- Se consideró a las enfermedades codificadas por el CIE 10.
- Se tamizó las historias según ficha familiar o historia clínica.
- Se incluye niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

b) Criterios de Exclusión:

- Diagnósticos mal definidos.
- Codificaciones erróneas que no estén de acuerdo con la vigilancia de enfermedad actual.
- Registros sin historia clínica.

4.4 Instrumentos de Recolección de datos. (Anexos)

1. Los registros correspondientes a la atención recibida o demanda de servicios de salud en odontología fueron analizadas y codificadas y luego digitadas mediante un programa de captura de datos con un error no mayor al 0.07%.
2. Se estimó la prevalencia de personas que perciben algún problema de salud, consultaron y usaron el servicio, desagregado por



establecimientos de salud, por variables demográficas (grupos de edad, sexo) y variable tiempo.

3. A partir de esta información se exploró cuáles eran las variables que afectan las diferentes preferencias en la demanda de los servicios de salud.



CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

1. Acceso a Base de datos de DIRESA-Tacna (Dirección Regional de Salud-Tacna) para contraste de datos del año 2010.
2. Depuración de datos :
 - a. Dato de enlace:
 - i. Ubigeo
 - ii. Historia Clínica
 - b. Filtrado: Variable diagnóstico definitivo
 - c. Depuración de archivos:
 - i. Datos incompletos
 - ii. Codificación errónea
 - iii. Codificación espuria
3. Control de calidad de nueva base y exportación a Excel y SPSS.
4. Análisis de datos: organización en tablas y gráficos.
5. Contraste de establecimientos y determinación de diferencias.
6. Estructuración de demanda según morbilidad.
7. Depuración de datos según establecimientos.

Aquí se utilizó la base de datos oficial del sistema informático del Ministerio de Salud que aproximadamente consolida un medio millón de registros anuales. La hoja de registro base será el formato HIS/MIS de cada establecimiento conformante de la micro red consolidada considerando las variables expuestas en anexos

Se filtró los datos a diagnósticos definitivos, desestimando los diagnósticos mal definidos, repetidos y presuntivos.

Se reestructuró las variables según nuestra operacionalización de variables estratificado por establecimiento de salud.



Se elaboraron tablas de contingencia con valores absolutos y relativos así como gráficas de distribución según las variables descritas. La tamización de las variables se hizo explorando cada registro informático de historia en sistema HIS. El cruce de variables para comparación entre establecimientos se realizará mediante contraste de proporciones.

Se utilizó los siguientes programas para la realización de dicho estudio: Programa de Word como procesador de texto, Programa Excel para captura de base de datos y diseño de tablas y gráficos, Sistema HIS/MIS (Programa del MINSA) para consolidado de información por establecimiento, Programa EpiInfo para reestructuración de base de datos y programa SAS para el análisis de la información.

5.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La base de datos que fue recopilada para esta investigación estuvo compuesta por un total 23,170 de número de pacientes atendidos en la Micro red Metropolitano que está compuesta por 8 establecimientos de salud centros y puestos de salud, de las cuales el P.S Hábitat no cuenta con el servicio de odontología por el cual no se aplica dicha información; se sustrajo de dicha información los diferentes diagnósticos más utilizados en dichos establecimientos de los cuales de los cuales sólo los que estaban dentro del 95% más frecuentes y se agruparon en: Acciones Realizadas (Actividades Promocionales, Actividades Preventivas , Actividades Recuperativas o Curativas, Diagnósticos Definitivos y Otros diagnósticos).

CAPÍTULO VI

6.1.- RESULTADOS

TABLA 01
FRECUENCIA DE ATENCIONES ODONTOLÓGICAS SEGÚN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANO. RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA, 2010.

		n	%
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S BOLOGNESI	4,124	17.8%
	C.S LA NATIVIDAD	9,333	40.3%
	C.S LEONCIO PRADO	3,136	13.5%
	C.S A.B. LEGUIA	2,320	10.0%
	C.S METROPOLITANO	1,961	8.5%
	P.S JESÚS MARÍA	1,237	5.3%
	P.S RAMÓN COPAJA	1,059	4.6%
	Total	23,170	100.0%

Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA

Se observa en la Tabla 01 la frecuencia de las atenciones (demanda atendida) según los diferentes establecimientos de salud conformantes de la Micro red Metropolitana.

La mayor frecuencia de atenciones se observa en el C.S. La Natividad con 40.3% de la demanda general de la micro red, seguido del C.S. Bolognesi con 17,8%, y el C.S. Leoncio Prado con 13.5% de la demanda atendida en la Micro red Metropolitana.

Se muestra también con una menor proporción el C.S Augusto B. Leguía con 10.0% y C.S. Metropolitano con 8.5%.

En los Puestos de Salud, los establecimientos con menor demanda de atenciones fueron el P.S. Jesús María con 5.3%, seguido del P.S. Ramón Copaja con 4.6%.



TABLA 02

**CATEGORÍA DE LOS USUARIOS EN LA MICRORED METROPOLITANA.
RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA, 2010.**

		n	%
SERVICIO ODONTOLÓGICO	NUEVO	7933	34.24
	CONTINUADOR	12580	54.29
	REINGRESO	2657	11.47
	Total	23170	100

Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA

Se observa en la Tabla 02 la distribución de frecuencia y la proporción de las atenciones según la categoría de los usuarios a los diferentes establecimientos de salud de la Micro red Metropolitana.

Concluyendo que del total de los usuarios la mayor proporción fue el Continuator con 54.29%, el 34.24% fue Nuevo y el 11.4% tuvo la condición de Re-ingresantes.



TABLA 03
**CATEGORIA DE USUARIO SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LA
 MICRORED METROPOLITANA
 RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA, 2010.**

		USUARIOS							
		Continuador		Nuevo		Reingreso		total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S BOLOGNESI	1,916	15.23%	1,356	17.1%	852	32.07%	4,124	100
	C.S LA NATIVIDAD	6,333	50.34%	2,896	36.5%	104	3.91%	9,333	100
	C.S LEONCIO PRADO	1,221	9.71%	1,734	21.9%	181	6.81%	3,136	100
	C.S A.B. LEGUIA	935	7.43%	791	10.0%	594	22.36%	2,320	100
	C.S METROPOLITANO	1,700	13.51%	252	3.2%	9	0.34%	1,961	100
	P.S JESÚS MARÍA	228	1.81%	211	2.7%	798	30.03%	1,237	100
	P.S RAMÓN COPAJA	247	1.96%	693	8.7%	119	4.48%	1,059	100
	Total	12,580	54.29%	7,933	34.24%	2,657	11.47%	23,170	100%

Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA

Se observa en la Tabla 03 la categoría de usuario según establecimiento de salud en la Microred Metropolitana.

Concluyendo que del C.S Bolognesi el 32.07% es Reingresante, el 17.1% Nuevo y el 15.23% Continuador.

Del C.S La Natividad el 50.34% es Continuador, el 36,5% es Nuevo y con un 3.91% Reingresante.

Del C.S. Leoncio Prado el 21.9% es Nuevo, un 9.71% es Continuador y un 6.81% es Reingresante.

Del C.S. A.B. Leguía el 22.36% es Reingresante, el 10% es Nuevo y el 7.43% Continuador.

Del C.S. Metropolitano el 13.51% es Continuador, el 3.2% es Nuevo y solo el 0.34% es Reingresante



Del P.S. Jesús María el 3.03% es Reingresante, el 2.7% Nuevo y solo el 1.81% Continuator.

Del P.S. Ramón Copaja el 8.7% es Nuevo, el 4.48% Reingresante y el 1.96% Continuator

Concluyendo así que según categoría del usuario el que tienen mayor frecuencia en atenciones es Continuator con mas del 50% del total de los pacientes atendidos y que La Natividad es el C.S. que mayor atenciones en esta categoría demanda.

TABLA 04

ATENCIONES ODONTOLÓGICAS SEGÚN GRUPO DE EDAD DE LOS USUARIOS EN LA MICRORED METROPOLITANA. RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA. 2010.

		n	%
EDAD	0-28 DIAS	4	0.02%
	1 MES -11 MESES	284	1.23%
	1-5 AÑOS	3,793	16.37%
	6-10 AÑOS	5,868	25.33%
	11-19 AÑOS	5,527	23.85%
	20-29 AÑOS	2,739	11.82%
	30-59 AÑOS	3,681	15.89%
	MAS DE 60 AÑOS	1,274	5.50%
	Total	23,170	100.0%

Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA

Se observa en la Tabla 04 la distribución de la frecuencia de atenciones odontológicas según edad de los usuarios.

Se observa que la frecuencia de población que mayor demanda es aquella entre 6-10 años (25.33%), seguido de 11-19 años (23.85%).

Según los demás grupos de edad, la demanda es similar a excepción de los niños lactantes menores de 30 días y de 1 mes-11 meses que representa el 0.02% y 1,23% respectivamente de la demanda general



TABLA 05

**ATENCIONES ODONTOLÓGICAS SEGÚN SEXO DE LOS USUARIOS EN LA MICRORED METROPOLITANA.
RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA, 2010.**

		n	%
SEXO	MASCULINO	9,302	40.1%
	FEMENINO	13,868	59.9%
	Total	23,170	100.0%

Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA

Se observa en la Tabla 05 la distribución de la frecuencia según sexo, la población que mayormente demanda es Femenina con un 59.9%.

La población masculina representa el 40.1% de toda la Micro red Metropolitana.

TABLA 06

**ATENCIÓNES ODONTOLÓGICAS SEGÚN EDAD Y SEXO DE LOS USUARIOS
EN LA MICRORED METROPOLITANA.
RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA, 2010.**

		SEXO					
		MASCULINO		FEMENINO		Total	
		n	%	n	%	n	%
EDAD	0-28 DIAS	2	50.00%	2	50.00%	4	100%
	1 MES -11 MESES	153	53.87%	131	46.13%	284	100%
	1-5 AÑOS	1,834	48.35%	1,959	51.65%	3,793	100%
	6-10 AÑOS	2,993	51.01%	2,875	48.99%	5,868	100%
	11-19 AÑOS	2,091	37.83%	3,436	62.17%	5,527	100%
	20-29 AÑOS	544	19.86%	2,195	80.14%	2,739	100%
	30-59 AÑOS	1,091	29.64%	2,590	70.36%	3,681	100%
	MÁS DE 60 AÑOS	594	46.62%	680	53.38%	1,274	100%
	Total	9,302	40.1%	13,868	59.9%	23,170	100.0%

Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA

Se observa en la Tabla 06 la distribución de frecuencia según sexo y edad de los usuarios. Del total de la población los usuarios más demandantes son mujeres con un 59,9.

Concluyendo que del total de los usuarios los comprendidos entre 1-11 meses el 53.87% es masculino y 46.13% es femenino.

De la edad comprendida de 1-5 años el 51.65% es femenino y un 48.35% es masculino.

De 6-10 años el 51.01% es masculino y el 48.99% es femenino.

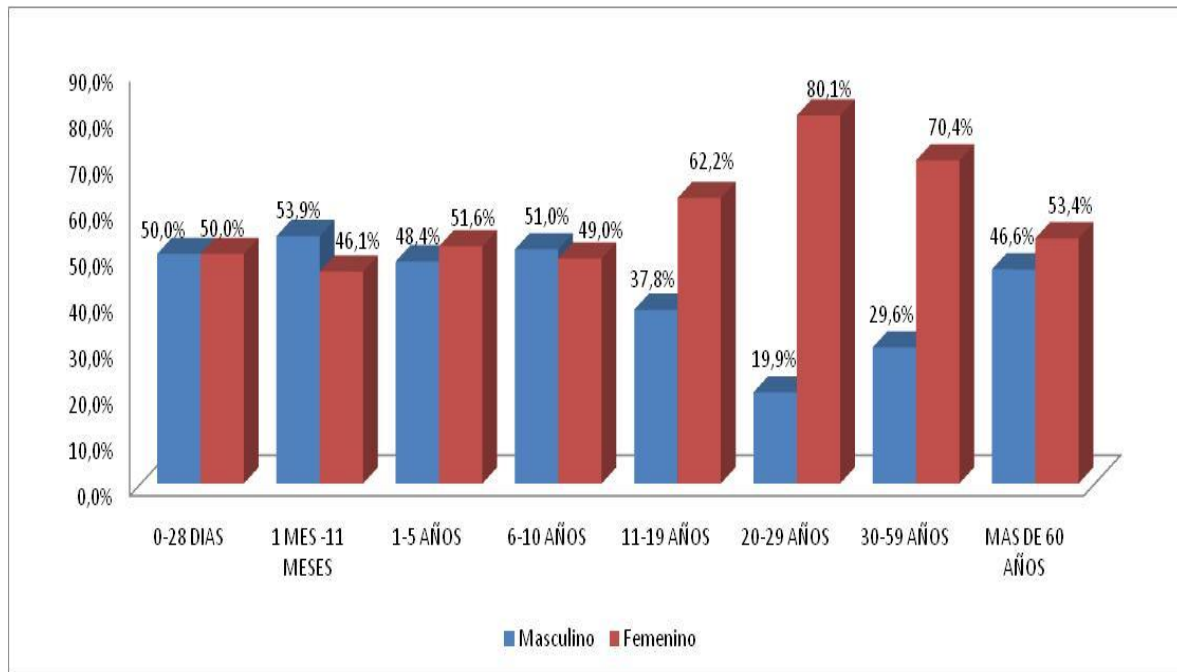
De 11-19 años el 62.17% es femenino, el 37.83% es masculino.

De 20-29 años con una gran frecuencia de 80.14% es femenino y un 19.86% es masculino.

De 30-59 años el 70.36% es femenino, el 29.64% es masculino.

Y de los de más de 60 años el 53.38% es femenino y un 46.62% es masculino.

GRÁFICO 01.- ATENCIONES ODONTOLÓGICAS SEGÚN EDAD Y SEXO DE LOS USUARIOS EN LA MICRORED METROPOLITANA. RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA, 2010.



Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA

Se observa en el Gráfico 01 la distribución de frecuencia según sexo y edad del demandante.

Del total de mujeres la edad más demandante fue de 20-29 años con un 80,14% y la menor demanda de estos usuarios obtuvo un 46,13% en 1-11 meses. Se puede atribuir a la exigencia del control odontológico ya que la mujer está en edad fértil y sigue su control prenatal.

Del total usuarios hombres la mayor demanda según edad fue en 1-11 meses con un 53,87% y la menor demanda de estos usuarios obtuvo un 19,86% en 20-29 años en comparación con el sexo femenino.

Concluyendo que de los establecimientos de la Micro red hay una mayor demanda de mujeres que hombres, significando una mayor preocupación por su salud bucal.

TABLA 07

DEMANDA DE ATENCION ODONTOLOGICA SEGUN SEXO POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LA MICRORED METROPOLITANO. RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA, 2010.

		SEXO					
		MASCULINO		FEMENINO		Total	
		n	%	n	%	n	%
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S BOLOGNESI	1,727	41.88%	2,397	58.12%	4,124	100%
	C.S LA NATIVIDAD	4,263	45.68%	5,070	54.32%	9,333	100%
	C.S LEONCIO PRADO	1,319	42.06%	1,817	57.94%	3,136	100%
	C.S A.B. LEGUIA	759	32.72%	1,561	67.28%	2,320	100%
	C.S METROPOLITANO	536	27.33%	1,425	72.67%	1,961	100%
	P.S JESÚS MARÍA	306	24.74%	931	75.26%	1,237	100%
	P.S RAMÓN COPAJA	392	37.02%	667	62.98%	1,059	100%
	Total	9,302	40.15%	13,868	59.85%	23,170	100%

Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA

Se observa en la Tabla 07 la demanda por sexo por establecimiento de salud de la Micro red Metropolitano.

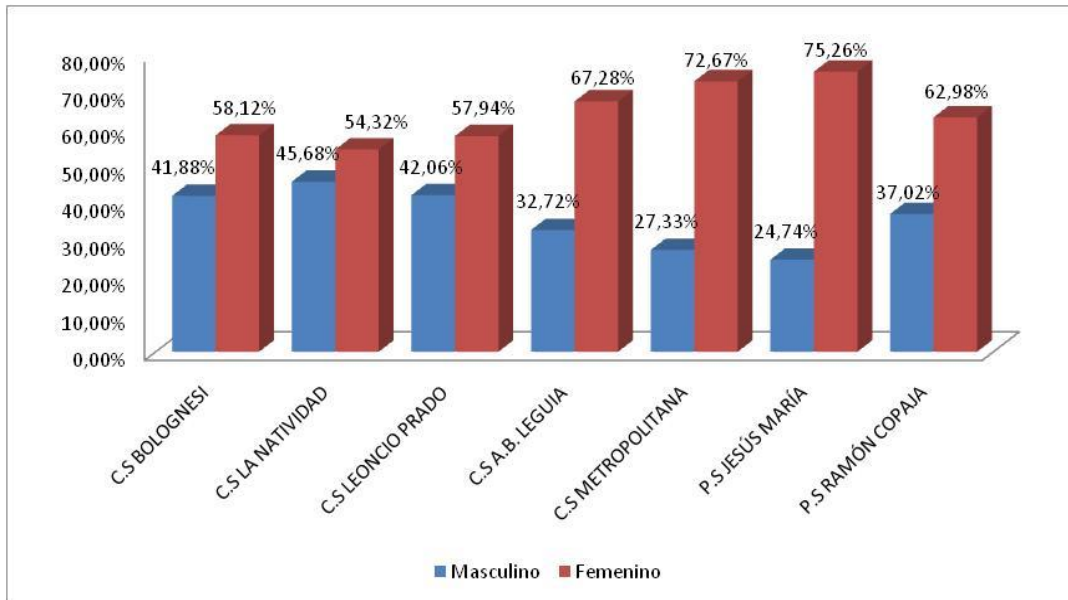
En todos los establecimientos, la mayor proporción de demandantes son mujeres con un 59.85%.

Del total de mujeres la mayor demanda se encontró en el P.S. Jesús María con un 75,26% y la menor demanda se obtuvo en el C.S. La Natividad con un 54,12%.

Del total de hombres la mayor demanda se obtuvo en el C.S. La Natividad con un 45,68% y con una menor demanda el P.S. Jesús María con un 24,74%.



GRÁFICO 02.- DEMANDA POR SEXO SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LA MICRORED METROPOLITANA. RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA, 2010.



Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA

Se observa en el Gráfico 02 la demanda según sexo por establecimiento de salud de la Micro red Metropolitano.

En todos los establecimientos, la mayor proporción de demandantes de atención son mujeres con un con rango desde 54.32% en el C.S. La Natividad hasta 75.26% en el P.S. Jesús María.

Entre los hombres la demanda osciló entre 24.71% en el P.S. Jesús María hasta 45.68% en el C.S. La Natividad.



TABLA 08

ATENCIONES ODONTOLÓGICAS SEGÚN EDAD DE LOS USUARIOS Y ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LA MICRORED METROPOLITANA. RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA, 2010.

		ESTABLECIMIENTO DE SALUD															
		C.S BOLOGNESI		C.S LA NATIVIDAD		C.S LEONCIO PRADO		C.S A.B. LEGUIA		C.S METROPOLITANO		P.S JESÚS MARÍA		P.S RAMÓN COPAJA		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EDAD	0-28 DIAS	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	4	0.0%
	1 MES -11 MESES	79	27.8%	95	33.5%	7	2.5%	49	17.3%	8	2.8%	8	2.8%	38	13.4%	284	1.2%
	1-5 AÑOS	539	14.2%	1,611	42.5%	370	9.8%	378	10.0%	363	9.6%	166	4.4%	366	9.6%	3,793	16.4%
	6-10 AÑOS	916	15.6%	2,729	46.5%	672	11.5%	457	7.8%	353	6.0%	490	8.4%	251	4.3%	5,868	25.3%
	11-19 AÑOS	653	11.8%	2,760	49.9%	438	7.9%	329	6.0%	955	17.3%	284	5.1%	108	2.0%	5,527	23.9%
	20-29 AÑOS	520	19.0%	818	29.9%	601	21.9%	431	15.7%	121	4.4%	92	3.4%	156	5.7%	2,739	11.8%
	30-59 AÑOS	1,072	29.1%	1,013	27.5%	731	19.9%	495	13.4%	100	2.7%	168	4.6%	102	2.8%	3,681	15.9%
	MAS DE 60 AÑOS	343	26.9%	307	24.1%	317	24.9%	180	14.1%	61	4.8%	29	2.3%	37	2.9%	1,274	5.5%
Total	4,124	100.0%	9,333	100.0%	3,136	100.0%	2,320	100.0%	1,961	100.0%	1,237	100.0%	1,059	100.0%	23,170	100.0%	

Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA

Se observa en la Tabla 08 que el grupo de edad de 0-28 días tuvo mayor demanda el C.S. Bolognesi seguido de C.S. Leguía y P.S. R. Copaja con un 50,0% y 25,0% respectivamente. El C.S. La Natividad tuvo mayor demanda en la edad de 1-11 meses; 1-5; 6-10; 11-19 y de 20-29 años con un 33,5%, 42,5%, 46,5%, 49,9% y 29,9% respectivamente. El C.S. Bolognesi obtuvo entre los años 30-59 y más de 60 años de edad la mayor demanda con un 29,1% y 26,9% respectivamente. Del total de las atenciones por edades según establecimiento de salud la mayor demanda se dio en las edades comprendidas de 6-10 años seguido de las 11-19 años.



TABLA 09
FRECUENCIA TRIMESTRAL DE ATENCIONES ODONTOLÓGICAS POR ESTABLECIMIENTO EN LA MICRORED METROPOLITANA. RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA, 2010

		ESTABLECIMIENTO DE SALUD															
		C.S BOLOGNESI		C.S LA NATIVIDAD		C.S LEONCIO PRADO		C.S A.B. LEGUIA		C.S METROPOLITANA		P.S JESÚS MARÍA		P.S RAMÓN COPAJA		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TRIMESTRE	PRIMER TRIMESTRE	1,031	25.0%	1,045	11.2%	853	27.2%	749	32.3%	289	14.7%	154	12.4%	263	24.8%	4,384	18.9%
	SEGUNDO TRIMESTRE	1,405	34.1%	2,442	26.2%	714	22.8%	607	26.2%	484	24.7%	192	15.5%	370	34.9%	6,214	26.8%
	TERCER TRIMESTRE	875	21.2%	1,882	20.2%	864	27.6%	619	26.7%	777	39.6%	788	63.7%	227	21.4%	6,032	26.0%
	CUARTO TRIMESTRE	813	19.7%	3,964	42.5%	705	22.5%	345	14.9%	411	21.0%	103	8.3%	199	18.8%	6,540	28.2%
	Total	4,124	100.0%	9,333	100.0%	3,136	100.0%	2,320	100.0%	1,961	100.0%	1,237	100.0%	1,059	100.0%	23,170	100.0%

Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA

En la Tabla 09 se muestra la frecuencia de las atenciones por trimestre según establecimiento en la Micro red Metropolitana de Tacna.

Se observa que del total de los pacientes atendidos por trimestre del año, el C.S Bolognesi tuvo la mayor frecuencia en el 2° trimestre con un 34.1%, seguido de un 25% en el 1° trimestre.

Del C.S. La Natividad la mayor frecuencia de atenciones se dio en el 4° trimestre con un 42.5% seguido de un 26.2%.



Del C.S Leoncio Prado la mayor frecuencia de atenciones se dio en el 3° trimestre con un 27.6% seguido y con una significativa diferencia en el 1° trimestre con un 27.2%

Del C.S. A.B. Leguía la mayor frecuencia de atenciones se dio en el 1° trimestre con un 32.3% seguido de un 26.7% en el 3° trimestre.

Del C.S. Metropolitano la mayor frecuencia se dio en el 3° con 39.6% seguido de un 24.7% en el 2° trimestre.

Del P.S. Jesús María la mayor frecuencia se dio en el 3° trimestre con un 63.7% seguido de un 15.5% en el 2° trimestre.

Y del P.S. Ramón Copaja la mayor frecuencia se dio en el 2° trimestre con un 34.9% seguido de un 24.8% en el 1° trimestre.

Se observa la demanda según establecimiento de salud que la mayor frecuencia fue en el 4° trimestre con un 42,5% en el C.S. La Natividad. Asimismo se observa que el P.S. Jesús María tuvo la menor demanda en el 4° trimestre con 8,3%.

En general la mayor frecuencia de atenciones se dio en el 4° trimestre con un total de 6540 atenciones.

TABLA 10

ATENCIONES ODONTOLÓGICAS SEGÚN DIAGNÓSTICOS EN LA MICRORED METROPOLITANA. RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA. 2010.

		n	%
Diagnóstico Y Actividades	EXAMEN ODONTOLÓGICO	11,047	15.89
	CARIES DE DENTINA	8,783	12.64
	ENSEÑANZA DE TÉCNICA DE HIGIENE Y FISIOTERAPIA BUCAL	7,256	10.44
	DETECCION DE PLACA BACTERIANA	5,070	7.29
	APLICACION DE FLUOR GEL FOSFATO ACIDULADO AL 1.23%	3,137	4.51
	OBTURACION - EUGENATO	2,009	2.89
	NECROSIS DE LA PULPA	1,263	1.82
	EXODONCIA SIMPLE	1,112	1.60
	OBTURACION COMPUESTA - AMALGAMA	1,081	1.56
	DESTARTRAJE	957	1.38
	CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA	840	1.21
	OBTURACION SIMPLE - AMALGAMA	748	1.08
	CELULITIS Y ABCESO DE BOCA	706	1.02
	OBTURACION COMPUESTA - IONOMERO DE VIDRIO	642	0.92
	CONSULTA ODONTOESTOMATOLÓGICA	603	0.87
	OBTURACION SIMPLE - IONOMERO DE VIDRIO	556	0.80
	GINGIVITIS AGUDA	542	0.78
	PULPITIS	388	0.56
	PERIODONTITIS AGUDA	284	0.41
	PROFLAXIS DENTAL	233	0.34
	ABCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	214	0.31
	EXODONCIA COMPLEJA	163	0.23
	APERTURA CAMERAL (DRENAJE)	130	0.19
	RAIZ DENTAL RETENIDA	108	0.16
	ESTUDIO DE LA IDENTIFICACION DE LA DEMANDA Y/O NECESIDADES	88	0.13
	PULPOTOMIA	89	0.13
	GINGIVITIS CRÓNICA	42	0.06
PERIODONTITIS CRÓNICA	31	0.04	
OTROS DIAGNÓSTICOS	21,388	30.77	
Total	69,510	100.00	

Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA



Se observa en la Tabla 10 la distribución de frecuencia de las principales actividades en la Micro red Metropolitana. En el total de atenciones la micro red registra 69,510 entre diagnósticos y actividades.

Del total de las actividades principales que se obtuvo como mayor demanda en la Micro red fueron: Examen odontológico (15,89%), caries de dentina (12,64%), enseñanza de técnica de higiene y fisioterapia bucal (10,44%), detección de placa bacteriana (7,29%), aplicación de flúor gel fosfato acidulado al 1.23% (4,51%).

Agrupados como otros diagnósticos nos dio un 30,77%, la actividad con menor demanda fue periodontitis crónica con un 0,04%.

TABLA 11

**FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES SEGÚN SEXO
EN LA MICRORED METROPOLITANA.
RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA. 2010.**

	MASCULINO		FEMENINO		Total	
	n	%	n	%	n	%
EXAMEN ODONTOLÓGICO	4,296	15.39%	6,751	16.23%	11,047	100%
CARIES DE DENTINA	3,075	11.02%	5,708	13.72%	8,783	100%
APLICACION DE FLUOR GEL FOSFATO ACIDULADO AL 1.23%	1,397	5.01%	1,740	4.18%	3,137	100%
ENSEÑANZA DE TÉCNICA DE HIGIENE Y FISIOTERAPIA BUCAL	3,002	10.76%	4,254	10.22%	7,256	100%
DETECCION DE PLACA BACTERIANA	2,157	7.73%	2,913	7.00%	5,070	100%
NECROSIS DE LA PULPA	527	1.89%	736	1.77%	1,263	100%
OBTURACION - EUGENATO	712	2.55%	1,297	3.12%	2,009	100%
EXODONCIA SIMPLE	423	1.52%	689	1.66%	1,112	100%
CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA	362	1.30%	478	1.15%	840	100%
OBTURACION SIMPLE - AMALGAMA	266	0.95%	482	1.16%	748	100%
OBTURACION COMPUESTA - AMALGAMA	314	1.13%	767	1.84%	1,081	100%
DESTARTRAJE	414	1.48%	543	1.31%	957	100%
CELULITIS Y ABCESO DE BOCA	310	1.11%	396	0.95%	706	100%
GINGIVITIS AGUDA	157	0.56%	385	0.93%	542	100%
CONSULTA ODONTOESTOMATOLÓGICA	243	0.87%	360	0.87%	603	100%
PROFLAXIS DENTAL	87	0.31%	146	0.35%	233	100%
OBTURACION COMPUESTA - IONOMERO DE VIDRIO	214	0.77%	428	1.03%	642	100%
SESION EDUCATIVA EN SALUD	0	0.00%	0	0.00%	0	100%
ABCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	101	0.36%	113	0.27%	214	100%
OBTURACION SIMPLE - IONOMERO DE VIDRIO	190	0.68%	366	0.88%	556	100%
ESTUDIO DE LA IDENTIFICACION DE LA DEMANDA Y/O NECESIDADES	19	0.07%	69	0.17%	88	100%
PULPITIS	144	0.52%	244	0.59%	388	100%
PERIODONTITIS AGUDA	131	0.47%	153	0.37%	284	100%
GINGIVITIS AGUDA	0	0.00%	0	0.00%	0	100%
ACTIVIDADES DE SALUD BUCAL	0	0.00%	0	0.00%	0	100%
EXODONCIA COMPLEJA	74	0.27%	89	0.21%	163	100%
PULPOTOMIA	43	0.15%	46	0.11%	89	100%
APERTURA CAMERAL (DRENAJE)	53	0.19%	77	0.19%	130	100%
RAIZ DENTAL RETENIDA	51	0.18%	57	0.14%	108	100%
GINGIVITIS CRONICA	8	0.03%	34	0.08%	42	100%
PERIODONTITIS CRONICA	12	0.04%	19	0.05%	31	100%
OTROS DIAGNÓSTICOS	9,124	32.70%	12,264	29.48%	21,388	100%
TOTAL	27,906	40%	41,604	60%	69,510	100%

Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA



Se observa en la Tabla 11 la frecuencia de las actividades y/o diagnósticos principales según sexo en la Micro red Metropolitana.

Se observa que del total de los diagnósticos la mayor frecuencia se da en el sexo femenino con un 60% (41,604 diagnósticos), el sexo masculino obtuvo un 40%.

De de las actividades y/o diagnósticos el examen odontológico el 16.23% es femenino, de caries de dentina el 13.72% es femenino, de aplicación de flúor gel fosfato acidulado al 1.23% el 5.01% es masculino, enseñanza de técnica de higiene el 10,76% es masculino, de detección de placa el 7.73% es masculino, de necrosis de pulpa el 1.89% es masculino, de obturación de eugenato el 3.12% es femenino, de exodoncia simple el 1.66% es de sexo femenino que tiene la mayor frecuencia diagnósticos y/o actividades atendidas.

Concluyendo que no hay una gran diferencia en la presentación de la patología entre ambos sexos por las principales actividades.

TABLA 12

**FRECUENCIA DE LAS ACCIONES REALIZADAS
EN LA MICRORED METROPOLITANO.
RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA. 2010.**

		n	%
ACCIONES REALIZADAS	ACTIVIDADES PROMOCIONALES	7,344	10.57
	ACTIVIDADES PREVENTIVAS	19,254	27.70
	ACTIVIDADES RECUPERATIVAS O CURATIVAS	8,323	11.97
	DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS	13,201	18.99
	OTROS DIAGNÓSTICOS	21,388	30.77
	Total	69,510	100

Fuente: Base de datos HISMISS/DIRESA TACNA

Se observa en la Tabla 12 la distribución de frecuencia de las acciones realizadas en toda la Micro red, del servicio de odontología de un total de 69,510 diagnósticos.

La mayor proporción de los diagnósticos fueron considerados “Actividades Preventivas” con un 27,70%, seguido de diagnósticos definitivos con el 18,99% y el 11,97% de actividades recuperativas o curativas y con un 10,57% las actividades promocionales. Fueron denominadas otros diagnósticos el cual obtuvo un 30,77% del total de diagnósticos.



TABLA 13
ACTIVIDADES SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD
DE LA MICRORED METROPOLITANA.
RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA, 2010.

		ESTABLECIMIENTO DE SALUD															
		C.S BOLOGNESI		C.S LA NATIVIDAD		C.S LEONCIO PRADO		C.S A.B. LEGUIA		C.S METROPOLITANA		P.S JESÚS MARÍA		P.S RAMÓN COPAJA		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ACCIONES REALIZADAS	ACTIVIDADES PROMOCIONALES	405	3.27	3,274	11.69	1,309	13.91	460	6.61	1,133	19.26	391	10.54	372	11.71	7,344	10.57
	ACTIVIDADES PREVENTIVAS	2,574	20.81	6,760	24.14	2,626	27.91	1,588	22.82	1,866	31.72	2,382	64.19	1,458	45.89	19,254	27.70
	ACTIVIDADES RECUPERATIVAS O CURATIVAS	2,194	17.73	3,011	10.75	1,355	14.40	882	12.67	289	4.91	342	9.22	250	7.87	8,323	11.97
	DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS	1,490	12.04	3,744	13.37	2,547	27.07	2,857	41.05	1,830	31.11	170	4.58	563	17.72	13,201	18.99
	OTROS DIAGNÓSTICOS	5,709	46.14	11,210	40.04	1,571	16.70	1,173	16.85	765	13.00	426	11.48	534	16.81	21,388	30.77
	Total	12,372	100	27,999	100	9,408	100	6,960	100	5,883	100	3,711	100	3,177	100	69,510	100

Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA

Se observa en la Tabla 13 actividades según establecimiento de salud.

De las acciones realizadas en todos los establecimientos de la Micro red encontramos que del total de los demandantes la mayor demanda según los establecimientos se da en el C.S. La Natividad con un total de 27,999 acciones realizadas.

Del C.S. Bolognesi las actividades con mayor frecuencia fueron las preventivas con un 20.81%, seguido de las recuperativas o curativas con un 17.73%.

Del C.S. La Natividad las actividades con mayor frecuencia fueron las preventivas seguidas de los diagnósticos definitivos con un 13.37%.



Del C.S. Leoncio Prado con mayor frecuencia fueron las preventivas con un 27.91% seguida con una mínima diferencia a los diagnósticos definitivos con un 27.07%

Del C.S. A.B. Leguía con mayor frecuencia fueron los diagnósticos definitivos con un 41.05% seguido de 22.82% en actividades preventivas.

Del C.S. Metropolitano con mayor frecuencia fueron las preventivas con un 31.72% seguida de un 31.11% de los diagnósticos definitivos.

Del P.S. Jesús María con mayor frecuencia fueron las preventivas con un 64.19% seguido de las promocionales con un 10.54%

Y del P.S. Ramón Copaja con mayor frecuencia fueron las preventivas con un 45.89% seguida de los diagnósticos definitivos con un 17.72%.

Del total de las actividades se puede llegar a la conclusión de que la mayor demanda se da en las actividades preventivas con una diferencia significativa a las actividades recuperativas.

TABLA 14

**ATENCIÓNES ODONTOLÓGICAS EN GESTANTES SEGUN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA MICRORED METROPOLITANA.
RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA. 2010.**

GESTANTES		n	%
	C.S BOLOGNESI	41	5.76
	C.S LA NATIVIDAD	157	22.05
	C.S LEONCIO PRADO	195	27.39
	C.S A.B. LEGUIA	180	25.28
	C.S METROPOLITANO	55	7.72
	P.S JESÚS MARÍA	14	1.97
	P.S RAMÓN COPAJA	70	9.83
	TOTAL	712	100%

Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA

Se observa en la Tabla 14 la distribución de frecuencia de las gestantes atendidas en el servicio de odontología en los establecimientos de salud.

Del total de las gestantes atendidas en los diferentes establecimientos la mayor demanda de atenciones en el servicio de odontología se encuentra en el C.S. Leoncio Prado con un 27.39% seguido de un 25.28% en C.S. Augusto B. Leguía y un 22.05% en C.S. La Natividad.

De los EE.SS. con una menor demanda de 5.76% en C.S. Bolognesi y 1.97% en P.S. Jesús María.

TABLA 15

**ATENCIÓNES ODONTOLÓGICAS SEGÚN ACTIVIDADES EN GESTANTES DE
LA MICRORED METROPOLITANA.
RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA. 2010.**

	G	
	n	%
EXAMEN ODONTOLÓGICO	198	20.56
CARIES DE DENTINA	78	8.10
ENSEÑANZA DE TÉCNICA DE HIGIENE Y FISIOTERAPIA BUCAL	137	14.23
DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA	92	9.55
NECROSIS DE LA PULPA	12	1.25
OBTURACION - EUGENATO	5	0.52
EXODONCIA SIMPLE	1	0.10
CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA	71	7.37
OBTURACION SIMPLE - AMALGAMA	22	2.28
OBTURACION COMPUESTA - AMALGAMA	19	1.97
DESTARTRAJE	12	1.25
GINGIVITIS AGUDA	20	2.08
CONSULTA ODONTOESTOMATOLOGICA	6	0.62
PROFILAXIS DENTAL	6	0.62
OBTURACION COMPUESTA - IONOMERO DE VIDRIO	14	1.45
ABCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	1	0.10
OBTURACION SIMPLE - IONOMERO DE VIDRIO	39	4.05
ESTUDIO DE LA IDENTIFICACION DE LA DEMANDA Y/O NECESIDADES S	2	0.21
PULPITIS	7	0.73
PERIODONTITIS AGUDA	2	0.21
EXODONCIA COMPLEJA	2	0.21
GINGIVITIS CRONICA	4	0.42
OTROS DIAGNÓSTICOS	138	14.33
Total	963	100

Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA



Se observa en la Tabla 15 la distribución de la frecuencia de las atenciones por actividades en las gestantes atendidas en el servicio de odontología en los establecimientos de salud.

Se concluye que la mayor demanda de gestantes se da en las actividades preventivas como son exámenes odontológicos con un 20.56%, seguida de enseñanzas de técnica de higiene con un 14.23%.

Esto quiere decir que las gestantes que son atendidas en los diferentes establecimientos acuden más que todo por actividades preventivas que recuperativas, esto puede ser repercusión de que las mujeres en edad fértil tienden a pasar por los servicios de odontología y que las actividades más frecuentes para aquellas mujeres son las preventivas.

TABLA 16

**ATENCIÓNES ODONTOLÓGICAS SEGÚN CIRUJANO DENTISTA DE LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA.
RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA. 2010.**

	n	%
Odontólogos Nombrados	8524	36.80%
Serumns y/o Contratados	14548	62.80%
Otros Profesionales	98	0.40%
Total	23,170	100%

Fuente: Base de datos HISMIS/DIRESA TACNA

Se observa en la Tabla 15 la distribución de la frecuencia de las atenciones según los odontólogos presentes en dichos establecimientos.

De los odontólogos jurisdicción de la red metropolitana, la mayor demanda de atenciones que tuvieron el 62.80% fue atendida por odontólogos SERUMS y/o contratados del establecimiento, con un 36.80% fueron atendidas por Odontólogos nombrados y sólo un 0.40% fue atendida por otros profesionales del establecimiento.

Se llega a la conclusión que de los odontólogos que deberían tener la mayor demanda de atenciones, los serumistas y/o contratados en la planta de cada establecimiento son los que mayor demanda de atenciones tienen y los que tienen poco permanencia en ellos. Y encontramos que no solo los odontólogos encargados del servicio de odontología realizan actividades y/o diagnósticos a la población atendida.

TABLA 17
ATENCIÓNES ODONTOLÓGICAS POR ACTIVIDADES SEGÚN CIRUJANO
DENTISTA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORED
METROPOLITANA.
RED DE SERVICIOS DE SALUD DE TACNA. 2010.

	PROFESIONALES					
	ODONTÓLOGOS NOMBRADOS		SERUMNISTAS Y/O CONTRATADOS		Total	
	n	%	n	%	n	%
EXAMEN ODONTOLÓGICO	3,823	14.95	7,198	16.49	11,021	15.92
CARIES DE DENTINA	3,305	12.92	5,465	12.52	8,770	12.67
APLICACIÓN DE FLUOR GEL FOSFATO ACIDULADO AL 1.23%	795	3.11	2,342	5.37	3,137	4.53
ENSEÑANZA DE TÉCNICA DE HIGIENE Y FISIOTERAPIA BUCAL	2,393	9.36	4,844	11.10	7,237	10.46
DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA	1,666	6.51	4,844	11.10	6,510	9.41
NECROSIS DE LA PULPA	699	2.73	564	1.29	1,263	1.82
OBTURACION - EUGENATO	953	3.73	1,038	2.38	1,991	2.88
EXODONCIA SIMPLE	504	1.97	604	1.38	1,108	1.60
CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA	508	1.99	332	0.76	840	1.21
OBTURACION SIMPLE - AMALGAMA	344	1.35	389	0.89	733	1.06
OBTURACION COMPUESTA - AMALGAMA	545	0.00	532	1.22	1,077	1.56
DESTARTRAJE	619	2.42	338	0.77	957	1.38
CELULITIS Y ABCESO DE BOCA	398	1.56	308	0.71	706	1.02
GINGIVITIS AGUDA	293	1.15	247	0.57	540	0.78
CONSULTA ODONTOESTOMATOLÓGICA	97	0.38	496	1.14	593	0.86
PROFLAXIS DENTAL	64	0.25	168	0.38	232	0.34
OBTURACION COMPUESTA - IONOMERO DE VIDRIO	214	0.84	428	0.98	642	0.93
ABCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	160	0.63	54	0.12	214	0.31
OBTURACION SIMPLE - IONOMERO DE VIDRIO	315	0.00	341	0.78	656	0.95
ESTUDIO DE LA IDENTIFICACION DE LA DEMANDA Y/O NECESIDADES	0	0.00	88	0.20	88	0.13
PULPITIS	118	0.46	269	0.62	387	0.56
PERIODONTITIS AGUDA	262	1.02	22	0.05	284	0.41
EXODONCIA COMPLEJA	120	0.47	42	0.10	162	0.23
PULPOTOMIA	72	0.28	17	0.04	89	0.13
APERTURA CAMERAL (DRENAJE)	14	0.05	116	0.27	130	0.19
RAIZ DENTAL RETENIDA	51	0.20	57	0.13	108	0.16
GINGIVITIS CRONICA	30	0.12	12	0.03	42	0.06
PERIODONTITIS CRONICA	7	0.03	23	0.05	30	0.04
OTROS DIAGNÓSTICOS	7,203	28.17	14,019	32.12	21,222	30.66
Total	25,572	100	43,644	100	69,216	100



Se observa en la Tabla 16 la distribución de la frecuencia de las atenciones por actividades según los odontólogos presentes en dichos establecimientos.

De los odontólogos jurisdicción de la red metropolitana, la mayor demanda de atenciones por actividades fueron actividades preventivas y los que más atendieron a dichas actividades fueron los Odontólogos SERUMS y/o contratados.

Siendo poca las actividades recuperativas realizadas por los profesionales en los establecimientos.



6.2 DISCUSIÓN

La demanda constituye la cantidad de atención de salud de un cierto tipo que una determinada persona está dispuesta a obtener, durante un cierto período de tiempo, con el fin de satisfacer su necesidad de salud. Se encuentra influenciada por diferentes factores en función de la necesidad sentida, el comportamiento de la enfermedad y la oferta de servicios en donde una necesidad no expresada puede convertirse en demanda.

Es por ello que son pocos los estudios que analizan el comportamiento de la demanda. A pesar que es muy necesario para la gestión de servicios y que debe de monitorizarse periódicamente, este no se realiza como una tarea periódica.

En el presente estudio se utiliza la fuente oficial del HIS/MIS, que es una base de datos que se puede tomar en conjunto. Fueron depurados los diagnósticos presuntivos y repetidos en la parte de contraste de los diagnósticos. Esto fue con la intención de considerar la mayor proporción de datos con seguridad final en el diagnóstico. No está exenta del error pero por el tamaño de la muestra éste queda controlado.

Hasta la fecha no se ha constatado ningún estudio de demanda entre los establecimientos de Salud de una Micro red, es por ello que considero de suma importancia la presente investigación.

Las principales limitaciones que se reconoce del presente estudio es el tamizaje más exacto del grupo de diagnósticos considerados como Otros, pero por fines de priorización para el análisis optamos por el otro 95% que representaban los demás diagnósticos que estaban claramente definidos de acuerdo al CIE-10 y que han sido los más utilizados en los diferentes establecimientos de salud.

Padros Sánchez, Estrella dio a conocer los motivos de consulta odontológica en Atención Primaria y analizar las variables edad y sexo, así como, describir la actividad asistencial desarrollada. Se lleva a cabo un estudio transversal, descriptivo y analítico en la consulta de



Odontología de un Centro de Salud (C.S.) de un municipio de Granada (Santa Fe), donde se atendieron a 1303 pacientes durante el año 2000. De los resultados obtenidos podemos destacar que el número de mujeres que acuden al C.S. es ligeramente superior en varones y el intervalo de edad en la que acuden más pacientes corresponde a 51-70 años. El principal motivo de consulta así como la principal actividad asistencial corresponde a extracciones, siendo la causa más frecuente la caries dental seguida contribuya a conocer mejor el medio asistencial de la Seguridad Social en Odontología.

En el estudio y comparando con este autor llegamos que a diferencia la mayor atención fue en mujeres que hombres pero que el intervalo en el que se da mayor demanda de atenciones en nuestro estudio fue de 6-10 años de edad y las actividades más frecuentes siendo los exámenes odontológicos seguido de la caries dental. Ya que puede haber mayor motivación en las mujeres fértiles, ellas demandan con mayor frecuencia el servicio de odontología ya que como todo mujer en ese estado debe pasar por todos los servicios que presta el centro o puesto de salud al que acude; así mismo la diferencia entre edad se puede justificar debido a que en algunos establecimientos prestan servicios a la mayoría de estudiantes niños para la prevención y promoción de la salud al mismo tiempo las actividades con mayor demanda son las ya mencionadas a diferencia de las que cita este autor.

En otro estudio de Varela Centelles, analizó la evolución del tipo de consultas demandadas en un consultorio de odontología reformada con respecto al modelo "tradicional". Aplico las mediciones: edad, sexo, lugar de residencia, causa de consulta (exodoncia, urgencia, interconsulta, revisión, medicina oral, periodoncia, prótesis, ortodoncia, consultas administrativas y otras causas). La mayoría de los hombres acuden a consulta demandando exodoncias (51.7%), mientras que la mayoría de las mujeres acude por otras causas (58.2%). En relación a la consulta tradicional hay una disminución en las consultas motivadas por urgencias y revisiones periódicas y un incremento de las consultas por otras causas, que alcanza significación estadística. Parece observarse un incremento de la demanda de atención distinta de la exodoncia en relación a la consulta tradicional (mayores de 21 años).



Comparando dicho estudio con el presente se observa que hay gran diferencia con las consultas demandantes. Ya que la mayor demanda que obtuvimos se dio en mujer más que hombres con una diferencia no tan significativa pero con la actividad y/o diagnóstico de examen odontológico, motivados por revisiones periódicas donde los usuarios son mayormente continuadores.

Por otro estudio realizado por FODOR, Andrés en su estudio analizó el volumen de las consultas anuales, mensuales y diarias, segmentando horarios de demanda.

Se evalúa el perfil del usuario en las variables de sexo, edad, condición socio-económica, lugar de residencia, motivos principales de Consulta y patologías generales concomitantes. Comparando que de nuestro estudio el volumen por trimestre es mucho mayor que el volumen mensuales y diarias.

En otro estudio realizado por Sponchiado Jr, en Brasil, evaluó la demanda ambulatoria de la clínica de Odontología de la Universidad del Estado de Amazonas. Entrevistamos a cien pacientes tratados en la disciplina de la semiótica, a través de un cuestionario, se recogieron características demográficas y socioeconómicas y el examen clínico se obtuvo el perfil de la enfermedad y el perfil de la presión arterial y pérdida de dientes. Los resultados mostraron que el 52% de los pacientes eran mujeres, en su mayoría con edades comprendidas entre 20 y 29 años, el 48,3% no había completado la escuela secundaria y 60,8% con un ingreso mensual superior a cinco salarios mínimos. En cuanto a la pérdida de dientes, los dientes más afectados fueron los primeros molares, el 29% perdió el primer molar y el 45%, más bajo.

El perfil de enfermedades que se encuentran más fue de 31,3% para los tratamientos en el área de la odontología restauradora, seguido por el 21% y 19% la cirugía periodontal. Sólo un paciente presentó hipertensión arterial. Llegamos a la conclusión de que la población se sirve en su mayoría mujeres de clase media-baja, con un nivel promedio de educación y de imagen dental deficiente, muestra una gran cantidad de pérdida de dientes y en la necesidad de tratamientos de rehabilitación más que preventiva. Con una mayor comprensión de la



realidad para los usuarios de la odontología clínica en la Universidad de East Anglia, se puede mejorar la planificación de la atención y acciones para la promoción de la salud.

Comparando con la presente investigación se puede concluir que al igual que este autor la mayor demanda fue dada por mujeres pero que a diferencia de las actividades encontramos que la mayor demanda de atención fue en actividades preventivas a diferencia del que se cita.

A través del conocimiento de estos factores tendremos una mejor visualización de los problemas de urgencia odontológicos y con ello incentivar una planificación adecuada desde el punto de vista asistencial, material de infraestructura y docente.

El modelo del presente estudio es interesante y que puede ser discutido. Aprovechar la base de datos que despliega un gran esfuerzo en los establecimientos de salud y que puede ser punto de partida para el análisis de la demanda potencial, la demanda satisfecha y no satisfecha.



6.3. CONCLUSIONES

1. La población que mayor demanda esta entre 6 y 10 años de edad (25.3%) seguido de 11-19 años (23.9%). La población mayormente demandante es femenina (59.9%). La mayor frecuencia de atenciones se dio en el 4° trimestre con un total de 6,540 atenciones. Según los diagnósticos principales CIE_10 de mayor demanda fueron: examen odontológico (15,89%), caries de dentina (12,64%), enseñanza de técnica de higiene y fisioterapia bucal (10.44%), detección de placa bacteriana (7,29%), aplicación de flúor gel fosfato acidulado al 1.23% (4,51%).
2. De los Establecimientos de Salud la mayor demanda se encuentra en el C.S. La Natividad con un 40,3% y con una menor demanda esta P.S. Ramón Copaja con un 4,6%. De los usuarios, el 54.29% fue continuador, el 34.24% nuevos y el 11.4% re-ingresantes.
3. El rendimiento de los profesionales Odontólogos fueron variables en los establecimientos. De los odontólogos que han cumplido su desempeño en el servicio de salud durante el año 2010, se concluye que la mayor demanda de atenciones la tuvieron los odontólogos serumistas y/o contratados con más del 50% de atenciones y que de ellos las actividades más frecuentes que realizaron fueron las actividades preventivas.



6.4. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la motivación a la mujer, especialmente la mujer en edad fértil para el cuidado dental, al mismo tiempo proponer una mayor motivación a los hombres con mayor promoción del servicio odontológico, así lograr una mejor demanda tanto para el establecimiento como una mejor demanda satisfactoria a los usuarios que prestan estos servicios. Promover la mayor demanda de las actividades recuperativas y no solo las de promoción y prevención ya que los pacientes atendidos a veces no regresan.
2. Promover una mejor organización de los diferentes establecimientos de salud, especialmente en el área administrativa ya que afecta la demanda del servicio dental; incentivar así una planificación adecuada desde el punto de vista asistencial, material, de infraestructura y docente para beneficio de los usuarios.
3. Evaluar los requerimientos que los cirujanos dentistas optan para cumplir con sus horas contratadas en los establecimientos para así conocer mejor y establecer un mejor apoyo a los profesionales de este servicio y brindar mejor aporte a los pacientes.
4. Realizar trabajos de investigación en población para conocer la demanda potencial, demanda no atendida, y demanda insatisfecha.
5. Realizar estudios que permitan aglutinar estrategias de atención entre los integrantes de la micro red, puesto que comparten poblaciones muy similares.



BIBLIOGRAFÍA

1. Bradshaw JS. A Taxonomy of Social Need. En: Problems and Progress in Medical Care, 7th Series, NPHT/OUP.1992.
2. Arredondo López, Armando; Recaman Mejía, Ana. “Oferta vs Demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud”. *Hitos de ciencias Económicas Administrativas* 2002;20:42-47. Disponible en: www.ujat.mx/publicaciones/hitos_
3. Silva, Mariana Carvalho Batista da. Perfil de la atención pública odontológica de niños y adolescentes en São Luís (Ma)., et al. Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão. Brasil. *ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.5, pp. 1237-1246. ISSN 1413-8123.
4. Rengifo, Herney. Caracterización de la morbilidad, las necesidades de tratamiento y la oferta de servicios de salud oral de una empresa social del estado en cali, valle del cauca, Colombia. et al. *rev. estomato*;16(2):7-14, dic.2008. graf, tab
5. Sponchiado Junior, Emílio Carlos and Souza, Torricelly Barreto de. Estudo da demanda ambulatorial da clínica de odontología da Universidade do Estado do Amazonas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 993-997. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232011000700031.
6. Cangussu, Cristina María Teixeira; Cabral, Maria Beatriz B. Souza.; Liesenfeld, Maria Helena; Pastor, Iandira Maria Oliveira. Perfil da demanda ambulatorial infantil da faculdade de odontología da UFBA nos anos de 1994 e 1999. *Rev. fac. odontol. Universidad de Federal da Bahia*; 9(3/4):151-155, jul.-dez. 2001.
7. Fodor, Andrés. Atención de urgencia odontológica en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública. *Revista Dental de Chile*, 2005.
8. Padros Sánchez, Estrella; et al. Motivos de consulta y actividad asistencial de una consulta de odontología en atención primaria. *Revista Andaluza de Odontología y Estomatología*. España. Volumen 11, Número 2. Julio - Agosto - Septiembre 2002.. disponible en: http://www.infomed.es/cmálaga/rev_11_2/art1.html.
9. Varela-centelles evolución de la demanda odontológica en la atención primaria reformada., p, et al. *cuadernos de atención primaria*, issn 1134-3583, vol. 8, nº. 4,



- 2001, págs. 259-264. disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2331409>
10. Sanabria Montañez, Cesar. La demanda por servicios de salud una aproximación teórica. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM, Año VII, N° 21. Noviembre 2002. pss. 152-170. Disponible en:
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/21/a11.pdf>
11. revista de la facultad de ciencias económicas de la unmsm, año vii, n° 21 noviembre 2002
12. Cortez, Rafael: Análisis de la demanda por servicios de salud. Ministerio de Salud del Perú. Abril 1997. Disponible en:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/OGCI/proyectosterminados/proyecto2000/ANALISIS%20DE%20LA%20DEMANDA%20POR%20SERVICIOS%20DE%20SALUD.pdf>
13. Katz, Bernardo. “Cómo gerenciar el servicio al cliente”. Serie empresarial. Fondo Editorial Legis, Colombia, octubre 1990.
14. Otero M., Jaime; Otero I., Jaime. Economía de la salud, La demanda de servicios .Revista Mundo Odontológico. Disponible en:
<http://www.odontomarketing.com/art209sep2005.htm>.
15. Arroyo, Juan. “Salud: la reforma silenciosa”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración. Lima, Enero, 2000.
16. Arias, V. Demanda de servicios VIH/SIDA. Universidad Peruana Cayetano Heredia 2002.
17. Goicochea Ríos, Evelyn. Oferta y demanda. disponible en Url:
<http://slideshare.net/evelyngoicochea/oferta-y-demanda-6594037>
18. Cordero, Luis. demanda de servicio de salud. región de salud de Tacna. MINSA-Tacna. consultoría 2001.
19. Actualizado el 12 de noviembre del 2010. salud. ley de defensa de la competencia y los mercados de prestaciones de servicios para la salud disponible en URL:
<http://www.cndc.gov.ar/biblioteca/Salud%20->



%20Ley%20de%20Defensa%20de%20la%20Competencia%20y%20los%20mercados%20de%20prestaciones%20de%20servicios%20de%20salud.pdf

20. MINSA-Perú. Seguro Integral de Salud.” SIS TAMBIÉN CUBRE ATENCIÓN EN SERVICIO ODONTOLÓGICO DE SUS ASEGURADOS”
http://www.sis.gob.pe/NotaPrensa/a_NotaPrensa.asp?idNoticia=208. Actualizado al: 22/03/2011.



ANEXOS



ANEXO 1

FICHA DE REGISTRO DE DEMANDA ODONTOLÓGICA

A. EDAD

- A) 0-28 días
- B) 1-11 meses
- C) 1-5 años
- D) 5-10 años
- E) 11-19 años
- F) 20-29 años
- G) 30-59 años
- H) Más de 60 años

B. CICLOS DE VIDA

- 1. Niño
- 2. Adolescente
- 3. Adulto
- 4. Adulto mayor

C. SEXO

- 1. Masculino
- 2. Femenino

D. CARACTERÍSTICA DE ATENCIÓN

- 1. Nuevo
- 2. Continuator
- 3. Reingreso

E. ESTABLECIMIENTO DE SALUD

- 1. Metropolitano
- 2. Bolognesi
- 3. Natividad
- 4. Leguía
- 5. Leoncio Prado

Puesto de salud:

- 1. Jesús María.
- 2. Ramón Copaja



F. ATENCIÓN POR TRIMESTRE

1. I: Enero – Marzo
2. II: Abril Junio
3. III. Julio Setiembre
4. IV. Octubre- Diciembre

DIAGNÓSTICOS.

1. Diagnóstico Principal 1 _____ (CIE 10)
2. Diagnóstico Principal 2 _____ (CIE 10)
3. Diagnóstico Principal 3 _____ (CIE 10)
4. Diagnóstico Principal 4 _____ (CIE 10)
5. Diagnóstico Principal 5 _____ (CIE 10)
6. Diagnóstico Principal 6 _____ (CIE 10)
7. Diagnóstico Principal 7 _____ (CIE 10)
8. Diagnóstico Principal 8 _____ (CIE 10)
9. Diagnóstico Principal 9 _____ (CIE 10)
10. Diagnóstico Principal 10 _____ (CIE 10)
11. Diagnóstico Principal 11 _____ (CIE 10)
12. Diagnóstico Principal 12 _____ (CIE 10)
13. Diagnóstico Principal 13 _____ (CIE 10)
14. Diagnóstico Principal 14 _____ (CIE 10)
15. Diagnóstico Principal 15 _____ (CIE 10)



ANEXO 2

FICHA RECOLECTORA DE RENDIMIENTO SEGÚN NUMERO DE PROFESIONALES Y UNIDADES DENTALES EN CENTROS Y PUESTO DE SALUD.

PUESTO DE SALUD	N° PROFESIONALES
C.S. BOLOGNESI	
C.S. METROPOLITANO	
C.S. LEONCIO PRADO	
C.S. LA NATIVIDAD	
C.S. AUGUSTO B. LEGUIA	
P.S. JESUS MARIA	
P.S. RAMON COPAJA	