

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Maestría en Salud Pública

Tesis

“Organización actual de las guardias odontológicas:
sus consecuencias en términos económicos y en la
calidad de atención para una Institución privada en
la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”

Autor: Od. Galán, Julieta

Director: Dr. Marín, Gustavo

Codirector: Dr. Lazo, Sergio D.

Agosto de 2019

Agradezco este logro, a mis padres por su apoyo, a mi director y Co - director de tesis Gustavo M; y Sergio L; que siempre creyeron y confiaron en mí y me dieron fortaleza para seguir, a la Universidad Nacional de La Plata quien por segunda vez me permite formarme en su Institución, a Pablo; Diego; Carla; Lucia; Gabriela y Lucrecia; quienes me impulsaron a continuar con este desafío y apoyaron incondicionalmente, a mis amigos de la Maestría que transitaron conmigo este camino.

ÍNDICE

1- Introducción.....	03
1.1 Tema.....	03
1.2 Sobre el caso.....	05
1.3 Planteo del problema.....	11
1.4 Fundamento para la elección del tema.....	15
1.5 Hipótesis.....	17
1.6 Objetivo.....	18
2- Marco conceptual.....	18
3- Marco metodológico.....	34
4- Resultados.....	38
4.1 En términos profesionales.....	38
4.2 En términos económicos.....	52
5- Discusión.....	53
6- Conclusiones.....	56
7- Bibliografía.....	59
8- Anexos.....	67

TÍTULO

“Organización actual de las guardias odontológicas:
sus consecuencias en términos económicos y en la
calidad de atención para una Institución privada en la
Ciudad Autónoma de Buenos Aires”

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Tema

La presente tesis de maestría aborda la temática de la salud bucal en tanto problema que integra múltiples y diversas preocupaciones por la salud pública. La salud bucal es fundamental para garantizar un bienestar general de la población total que va, desde la alimentación hasta ciertos hábitos y costumbres socialmente incorporadas.

En este marco, destacamos* que los eventos relacionados a la falta de un control de la salud bucal pueden tener profundas repercusiones en la salud general y en la calidad de vida de los ciudadanos. Es así como los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida, son considerables y costosos.

*Este estudio será conjugado en primera persona del plural, dado que entendemos la investigación científica como un proceso de trabajo colectivo. En este sentido, estamos incluyendo al equipo de trabajo que integran la tesista junto a sus directores, como a los docentes que acompañaron el proceso formativo a lo largo del posgrado, los compañeros con quienes compartimos espacios de estudio y proyectos, los trabajadores de la facultad que permiten día a día su funcionamiento, entre muchísimos otros. La escritura de la tesis en plural

es el mínimo gesto para reconocer que ninguno de nosotros investigamos de manera aislada, sino que siempre es el resultado de un trabajo colectivo.

En términos generales y dentro de nuestro territorio nacional, al menos, se han instalados ciertos hábitos de control periódico de los niños menores de 6 años, así como controles preventivos en adultos con enfermedades crónicas. Sin embargo, todavía sigue quedando al margen, es decir, en segundo plano, la consulta odontológica programada como hábito preventivo.

Frecuentemente, la consulta odontológica se ha realizado (y se realiza) en el momento que se presenta un cuadro de dolor agudo, traumatismo o urgencia estética. Esto significa que la mayoría de las personas que acuden a una consulta odontológica, recurren por una dolencia y/o patología, en lugar de atenderse por control. Por más que en otras especialidades médicas ya se habitúe las consultas año a año por control/prevención como el control anual oftalmológico, ginecológico en el caso de las mujeres, entre otras. Los motivos que se han encontrado acerca de estos hábitos, se podrían entender a partir de la falta de educación y promoción en materia de prevención odontológica, los altos costos que implica el tratamiento oral, desconocimiento en cuanto a coberturas, y a las dificultades de acceso a servicios. Por lo expuesto, se puede afirmar que más del 90 % de las consultas odontológicas se realizan en ocasión de una consulta espontánea de los pacientes ante un cuadro de emergencia. No existe, sin embargo, datos fidedignos a nivel regional, de cuál es el porcentaje de casos que se resuelven en guardia, ni cuáles son los factores condicionantes para que una consulta alcance su resolución en esta etapa.

En consecuencia, nos proponemos determinar aquí qué sucede con la atención en las guardias odontológicas. Concretamente, nos interesa indagar la calidad de la atención Odontológica en la Guardia de la Clínica APO* durante el año 2015. Para ello, recuperaremos una metodología interdisciplinar poniendo en diálogo aportes de múltiples disciplinas como la medicina, la economía, la sociología, la filosofía, la geografía, entre otras.

1.2 Sobre el caso

La Clínica en cuestión (se preserva la identidad de la misma, aunque se brindaran detalles a los jurados) se encuentra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina) y fue fundada durante la década del setenta, luego de una trayectoria de muchos años de servicios odontológicos a la comunidad en general. Se trata del resultado de un esfuerzo colectivo que consiguió inaugurar su edificio propio, con múltiples y diversos profesionales reunidos en un solo espacio.

Este esfuerzo de tantos años ha sido reconocido por todos los medios relacionados a la Odontología, como por el apoyo de los pacientes. El objetivo de la institución es brindar servicios de asistencia en la prevención, rehabilitación y atención odontológica.

Respecto a los pacientes de la clínica, el 90% son afiliados de OSDE, mientras que el 10% restante lo integran pacientes privados o asociados a la clínica. Además, es una organización de estructura formal, las personas que

*Se ha decidido resguardar el nombre de la clínica por acuerdos éticos-profesionales que implicaban no exponer a la institución mientras ésta permitiera realizar las tareas de trabajo de campo, se utilizaron siglas.

forman parte de la misma están agrupadas o identificadas con las tareas y trabajos a desarrollar. La organización cuenta con 165 trabajadores agrupados en las categorías directivos, profesionales odontólogos administrativos y auxiliares. Para entender un poco más las distintas dimensiones que nos permitan estudiar la organización¹ (Schlemenson, 1990), realizamos los siguientes esquemas explicativos:

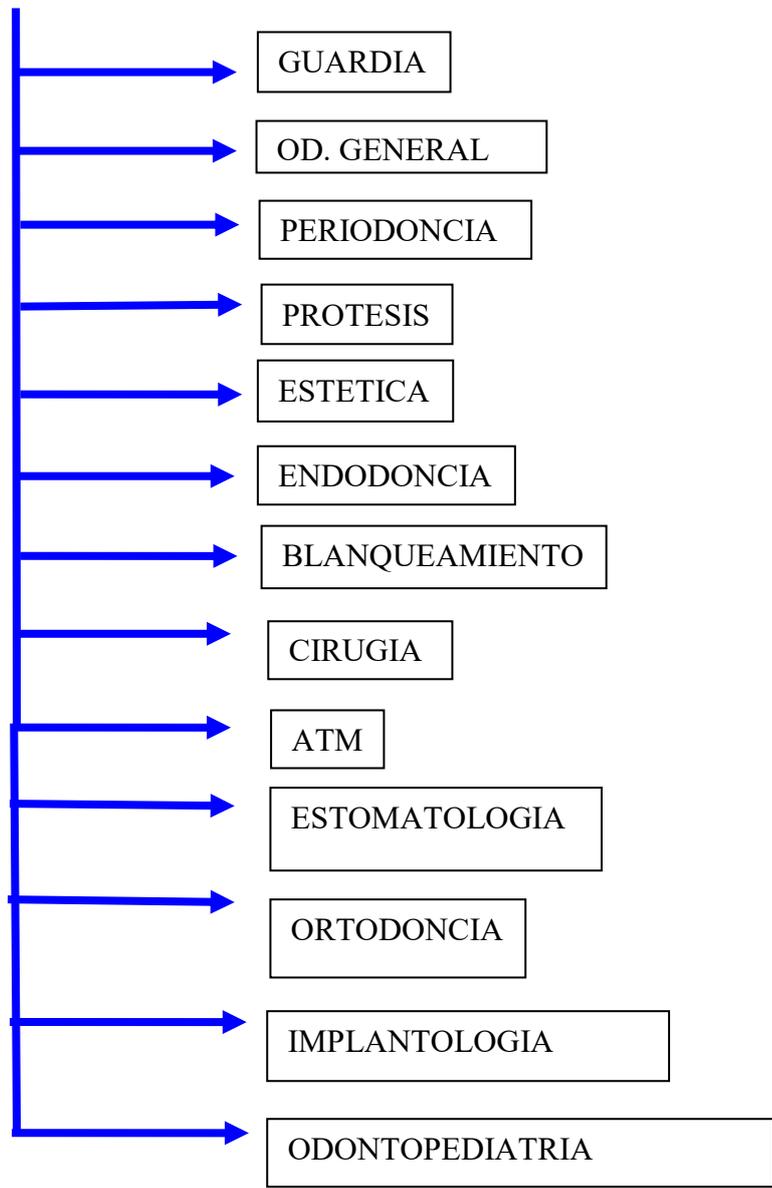
En principio, como la mayoría de las organizaciones, hay distintas distribuciones de poder y, a su vez, deberes y obligaciones. Por lo tanto, consideramos pertinente, en principio, mencionar cómo se acomodan jerárquicamente los distintos espacios que componen la organización. (esquema 1)



Esquema 1. Elaboración propia

La dirección cuenta con 3 oficinas: la oficina de dirección, la oficina del personal y la oficina de coordinación. A su vez, en el área de odontología, encontramos otras variables según el servicio que se presta. (esquema 2)

PROFESIONALES ODONTOLOGOS



Esquema 2. Elaboración propia

Cada uno cumple una función en un área determinada, y están supervisados por el área de personal y recursos humanos. Esta última, realiza la selección del personal, controles diarios de cada actividad, entradas y salidas de

personal a cargo, faltas, permisos, licencias, liquida los sueldos con sistema *Bejerman*, controla al personal de las diferentes áreas. Las sub-áreas que la constituyen son las siguientes:

FARMACIA Y ASISTENTES DENTALES: Se encarga de la distribución, control y mantenimiento del instrumental y elementos que se utilizan para la atención odontológica. También se ocupa del dispensamiento de materiales dentales, elementos de uso descartables y líquidos utilizados para descontaminación de instrumental y consultorios. Las asistentes se encargan de asistir por piso a los profesionales odontólogos en sus tareas. Está constituido por 2 encargadas y asistentes dentales.

DIAGNOSTICO POR IMAGENES: Se ocupa de la toma de radiografías solicitadas por los profesionales del establecimiento o ajenos a él. Se toman radiografías de tipo periapicales, panorámicas, seriadas, condilografías, tele radiografías y TAC. Cuenta con un total de 10 radiólogos.

MAESTRANZA: Realiza la limpieza del edificio incluyendo espacios libres como terraza y veredas. Se trata de un personal de 10 personas.

MANTENIMIENTO: Se encarga del mantenimiento de los consultorios odontológicos en cuanto a sillones, conexiones de agua y demás elementos requeridos. Además, realiza mantenimiento del sistema de calefacción/ aire/ ventilación e iluminación. Trabajan 3 sujetos formados para tal fin, divididos en turnos establecidos para cumplir con toda la franja horaria.

SEGURIDAD: Se encuentra tercerizada* por una empresa privada de seguridad que brinda protección las 24 hs y personal de guardia en la planta baja y recepción del establecimiento. Son 4 personas de guardias que cumplen turno.

GUARDIA ODONTOLOGICA: Se realiza atención las 24 hs de urgencias odontológicas. La guardia está integrada por 7 Odontólogos de planta permanente y residentes que recambian 1 vez al año, los cuales integran la residencia privada anual que tiene la institución 5 odontólogos.

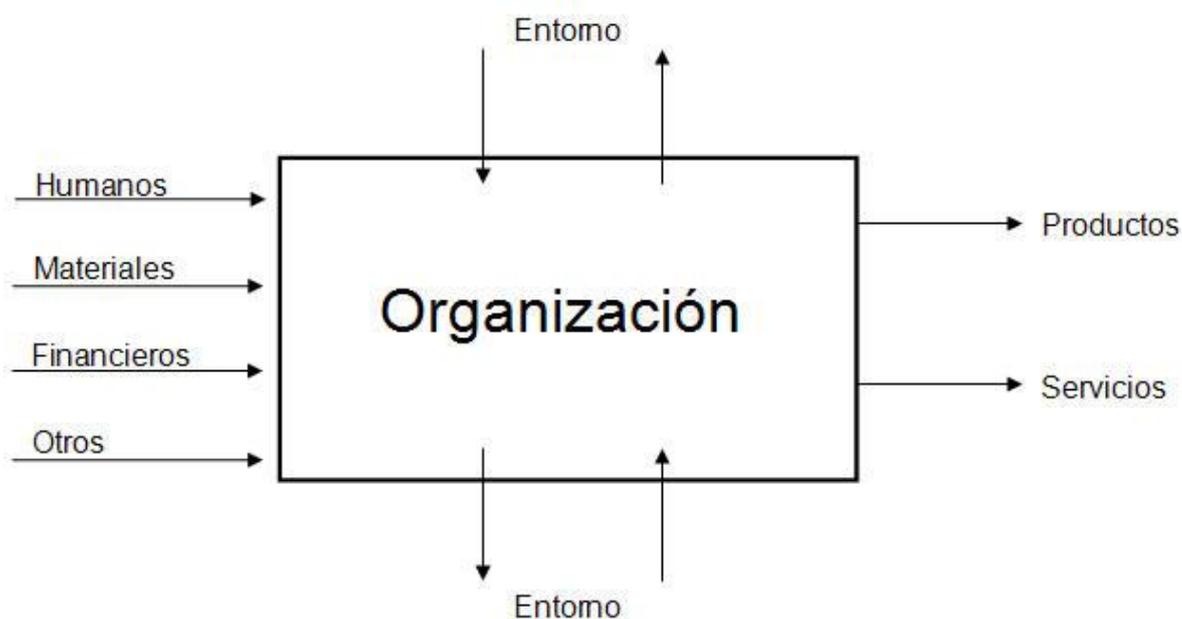
RECEPCIÓN, ORIENTACIÓN Y CAJAS: Trabajan con la recepción de pacientes, orientación, sistema de turnos y cobranza de prestaciones. Son 13 secretarias/os y 3 cajeras.

OFICINA DE COMPUTOS: Realiza el armado y mantenimiento de los sistemas que se utilizan en el establecimiento. Cuenta con 3 Analistas de sistemas.

ASUNTOS CONTABLES: Una contadora, lleva la contabilidad de gastos, entradas y salidas del establecimiento (no incluye la liquidación de sueldos).

*El trabajo tercerizado se da cuando el empleador no coincide con la entidad para la cual se trabaja. De esta manera, el empleador no es el sujeto/equipo para quien se trabaja, sino un tercero que ofrece los servicios (con el personal seleccionado) para tareas específicas. Es así como se desdibujan las relaciones de contratación y responsabilidad laboral.

Además de la composición a nivel interno de la clínica, es necesario también conocer acerca de las relaciones y factores externos que pueden afectarla de algún modo. Por eso, pensamos graficarlo mediante el cuadro siguiente: (esquema 3)



Esquema 3. Elaboración propia

De este modo, comprendemos que la organización se transforma continuamente no sólo por decisiones internas sino a partir de ciertos contextos y sucesos que la afectan desde otros organismos/ instituciones/ entidades de cualquier tipo.

Conocer la institución nos resulta relevante por dos motivos. En primer lugar, es fundamental a la hora del análisis del trabajo de campo, tener en cuenta cómo se constituye el organismo que nos proponemos estudiar. Es decir, conocerlo profundamente para poder anticiparnos ante cualquier eventualidad que pueda surgir y alterar nuestro estudio.

En segundo lugar, dar cuenta de las características que componen a la institución, permite llevar el estudio de una clínica en particular a otros más amplios. Estos últimos pueden ser desde estudios comparativos entre varias clínicas, como también puede servir a modo de ejemplo/modelo sobre cómo abordar una investigación semejante con algunas diferencias de tiempo-espacio. Como se ve, y se verá a lo largo de la tesis, la concientización del contexto y los factores sociales, económicos y políticos, son fundamentales para realizar la complejidad de los estudios que pretendemos abordar.

1.3 Planteo del problema

En nuestro país la mayor carga de enfermedad en este ámbito está representada por las caries, seguidas de las enfermedades periodontales y las anomalías Dentomaxilar. Desafortunadamente, las caries siguen siendo muy frecuentes en los niños y adolescentes, ya que el estilo de vida, específicamente representado por los hábitos higiénicos y alimenticios, tiene gran impacto en la salud bucal. Asimismo, los factores sociales tales como la pobreza, el nivel de educación, el nivel socioeconómico, y la ruralidad extrema, son condicionantes de las patologías bucales anteriormente citadas.

Si la enfermedad/lesión bucal es dolorosa, genera ansiedad, la cual suele incrementarse en el momento de la atención odontológica. Los grados de ansiedad en la población varían como un continuo, que puede llegar hasta importantes niveles de descontrol que imposibilitan la atención del paciente. De hecho, la visita al odontólogo es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, llegando a veces a tal grado que el paciente deja de acudir a la consulta profesional abandonando los tratamientos. Es evidente que

tal conducta atenta contra la salud oral de esas personas. Además, el estado altamente ansioso del paciente influye notoriamente en la calidad de los tratamientos, así como también en la salud mental del odontólogo. La manipulación de la zona bucal por parte del odontólogo, despierta en los pacientes, diversos grados de aprensiones y ansiedades. Es habitual que las personas señalen que la visita al mismo es una de las atenciones en salud que más miedo les provoca. No está claro a qué se debe que el miedo a la atención odontológica sea tan frecuente en la población, sin embargo, la mayoría de las explicaciones apuntan a procesos psicológicos relacionados tanto con el aprendizaje de esa actitud, ya sea a nivel individual y/o social, como con el significado psicosocial que se le otorga a la boca. Por todas estas razones es de suma importancia hacer hincapié en el hecho que motivó al paciente a concurrir al médico, puede ser solamente uno o pueden ser varios, esto debe ser dilucidado.

Ocurre en la práctica que los pacientes pueden dar información imprecisa sobre su dolencia y, por lo tanto, el motivo de consulta pasa desapercibido o no jerarquizado como tal. Es por ello de utilidad cuando se escribe la narración de la historia escuchar el motivo de consulta, pero sin anotarlo, para hacerlo luego de recabar los datos completos de la enfermedad actual y así cotejar si la razón de la consulta que nos proporcionó el paciente concuerda con la de la enfermedad actual. El odontólogo debe crear un ambiente de confianza para que el paciente pueda sentirse cómodo y relatar toda la información posible. Consideramos de suma importancia escuchar al paciente e indagar cuestiones medicas complementarias que también pueden influir en su estado de salud bucal, como así también indagar a cerca de

tratamientos medicamentosos que realiza por alguna otra afección de salud y si es necesario saber si hay algún médico tratante de esas afecciones y establecer vínculo para futuras interconsultas de ser necesarias.

Las guardias son una modalidad de trabajo del equipo de salud, su propósito es que los servicios odontológicos estén disponibles de forma continua y permanente a la población general, los 7 días de la semana y los 365 días del año. Los turnos de guardia pueden ser de 12 horas o 24 horas. Las guardias odontológicas benefician a la comunidad al brindarles la oportunidad de solucionar situaciones que le ocasionan gran malestar tanto en el ámbito público como privado.

Un grupo significativo de la gran cantidad de usuarios que se atienden en servicios de guardia, requieren consultas ulteriores en otros niveles de atención para la resolución del caso. Existen numerosas explicaciones para esta realidad. Algunas sostienen que, en las guardias, se suele poner al frente de cada asunto de urgencia a aquellos profesionales menos experimentados y capacitados. En este sentido, se habla de un escaso compromiso profesional con la resolución definitiva del caso, una falta de insumos apropiados para resolverlo, entre otros problemas. Esta falta de resolución favorable, se traduce en derivaciones innecesarias, insatisfacción de parte de los usuarios y elevados costos para el sistema.

A su vez, para el personal de salud constituyen un tipo de actividad laboral que genera cansancio físico y mental, ansiedad, estrés y perturbación de la vida personal y familiar de quien lo ejecuta. Esto último, también se asocia con el riesgo de que el cansancio del profesional pueda afectar el proceso de toma de decisiones, incidiendo negativamente en la salud de los

pacientes. Cabe destacar que esta situación se corresponde totalmente con la situación de las guardias médicas en general, como un problema no resuelto de grave deficiencia de nuestro sistema de salud.² (Palacio-Lapiente, 2019). Si nos referimos a calidad de atención podríamos decir que se debe otorgar atención oportuna al usuario conforme a los conocimientos científicos y principios éticos vigentes con satisfacción de las necesidades de salud y expectativas del paciente y su familia, del prestador de servicios y de la institución, lo que nos indica un comportamiento deseado en la atención de la salud.

Cuando se habla de calidad de atención no puede dejarse de lado el concepto de calidad total. Este término lleva implícita la calidad en la estructura, procesos, resultados y en cada uno de sus componentes, así como el compromiso y la participación de todos los involucrados en la atención directivos, personal operativo, proveedores, personal de apoyo, etc.³ (Donabedian, 1984)

Esta búsqueda por la calidad de atención en su sentido más totalitario, es un paradigma indudablemente apasionante pero difícil de alcanzar. A su vez, lleva implícito un cambio cultural de quienes se comprometan a alcanzarlo, situación a largo plazo con riesgo de desánimo para quienes esperen y no logren avances a corto plazo, aun cuando éstos fueran parciales. Por otra parte, puede considerarse que la calidad total no existe, ya que siempre podrá ser mejorada. La mejora continua debe ser un objetivo permanente en el desempeño integral de cualquier organización de salud. Por todo lo anterior mencionado es que creemos de suma importancia prestar mayor atención en la evaluación de los procesos que a los resultados alcanzados.

Las estrategias para el mejoramiento continuo de la calidad se realizan con base en el diagnóstico situacional integrado a través del proceso de evaluación. Las investigaciones realizadas en este sentido en donde se relacionan los procesos orientados hacia la calidad y los resultados obtenidos, identifican cuatro estrategias fundamentales con relación directa a cambios positivos hacia la calidad. Las mismas se refieren a la capacitación, la autoevaluación, la participación y la gestión estratégica integral.

Por eso, en este trabajo nos propusimos indagar el origen del problema de la calidad de atención de los servicios de salud bucal, en tanto problema de atención pública, respecto al organigrama de la clínica en general y la guardia en particular. Para poder entonces desglosar nuevas estrategias que fomenten una mejora en la calidad de atención, es necesario primero detectar los lugares que ocasionan la reiterada concurrencia de pacientes con lesiones bucales no resueltas en servicios de atención odontológica previos. Luego indicar de qué modo esa calidad de atención específica afecta a los usuarios tanto como a la clínica en términos institucionales (respecto a intereses externos como las opiniones sobre el servicio, al igual que intereses internos como pueden ser algunos aspectos económicos). Por esa razón, estudiaremos el perfil de los profesionales, mientras que observaremos de qué manera se administra la economía del lugar en términos de eficacia monetaria.

Finalmente, podremos poner en discusión los datos obtenidos con la bibliografía recuperada y alcanzar nuestras propias conclusiones respecto al problema de la calidad de atención en las organizaciones de guardias odontológicas.

1.4 Fundamento para la elección del tema

Los servicios de guardia odontológicas en nuestro país, presentan un gran caudal de individuos que concurren a la consulta de urgencia odontológica durante las 24 hs del día presentando diferentes problemáticas. Algunos de estos servicios cuentan con atención las 24 hs mientras que otros solo hacen franjas de 12 horas, pudiendo ser de índole público o privado englobando en ellos tanto a los individuos que poseen cobertura de salud y a los que no. Estos sitios suelen localizarse en hospitales públicos, clínicas y centros de odontología privados o consultorios particulares desde los cuales se presta el servicio.

El funcionamiento de una red de atención coordinada y capacitada en urgencias odontológicas disminuiría la gran afluencia de pacientes a los servicios de urgencia de alta complejidad. La resolución rápida del motivo de consulta es un factor altamente considerado por el usuario, prefiriendo éstos la resolución práctica y sintomática de sus problemas. La solicitud de turno en consultorios y consultas privadas, las restricciones horarias de consultorios, costo económico y otros factores son motivos importantes por los cuales los usuarios optan por servicios de urgencia/guardia.

Debido a la alta demanda que estos presentan, es importante el buen funcionamiento de los mismos en cuanto a la calidad de atención y resolución del motivo de la consulta. No obstante, es frecuente observar que la resolución del caso que motivó la consulta no se resuelve, generalmente, por guardia. En las mismas, suelen ejercer profesionales sin experiencia, que tienden a derivar los casos a otros colegas. También existen casos de profesionales con experiencia pero que desatienden el compromiso ético profesional implícito en

el ejercicio. Esta situación suele asociarse a un alto grado de insatisfacción de los usuarios (así como de los trabajadores) y a un elevado costo para el sistema. Más allá de lo expuesto, no existen datos fidedignos respecto a los aspectos cuantitativos o cualitativos del sistema. No se sabe a ciencia cierta cuántos de los problemas que ameritaron una consulta por guardia, se resolvieron con esa intervención, o cuántos fueron derivados o cuál es el costo relacionado con la falta de resolución.

Resulta importante estudiar en profundidad esta situación con el fin de analizar alternativas que optimicen la situación planteada. El presente trabajo pretende aportar un diagnóstico situacional de las consultas odontológicas por guardia, determinar cuáles de ellas se resuelven allí, y cuál es el costo de la falta de resolución de un caso en la consulta oportuna, que en este caso sería un servicio de guardia.

De esta manera, consideramos que este estudio brindará aportes nuevos sobre la calidad de atención odontológica como un problema de salud pública. Esto quiere decir que, más allá que se trate de una clínica privada o un hospital público, la salud, en tanto problema de cuestión pública, debe trabajarse con igual responsabilidad y ética profesional. Por eso, resulta importante conectar redes institucionales, sin importar de quiénes éstas dependan (es decir, si son empresarios o es el Estado).

1.5 Hipótesis

Existe una elevada tasa de re-consultas de los pacientes atendidos por guardia odontológico, aspecto que se relaciona con el nivel de capacitación de los profesionales actuantes en la misma. Este hecho resulta oneroso para la

institución, desgastante para los trabajadores del sector, y atenta contra la calidad de atención en salud bucal.

1.6 Objetivos

El **objetivo general** es contribuir al conocimiento científico médico sobre la calidad de atención médica odontológica en una clínica privada de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esto implica analizar el impacto que tiene la guardia odontológica (en términos de resolución definitiva del problema de consulta) en relación al costo asociado a dicha atención (es decir, los modos de atención de determinados profesionales).

Para ello, se postularon los siguientes **objetivos específicos** a realizar:

1. Determinar la cantidad de pacientes cuyo motivo de consulta no fue resuelto en primera instancia.
2. Establecer la tasa de reconsulta en la población.
3. Identificar las características de los profesionales que integran la guardia.
4. Establecer la relación entre la falta de resolución del problema de consulta con las características de los profesionales.
5. Determinar el gasto adicional que implican las reconsultas.

2. MARCO CONCEPTUAL

Las alteraciones de la salud bucal son muy frecuentes y significativas, ocupando desde siempre un lugar preponderante, aunque a veces ignorado en su resolución, dentro de los problemas de salud. Por eso, consideramos

necesario, dar cuenta de qué definiciones y autores recuperamos para abordar el concepto de *salud*.

Para iniciar, nos resulta interesante retomar los aportes que González Pérez (2010) hace a los estudiantes ingresantes de las carreras de Ciencias Médicas Básicas y Preclínicas “*Victoria de Girón*” sobre el quehacer profesional de sus trabajos médicos ⁴. De esta manera, se invita a una reflexión colectiva y continua sobre una afirmación indiscutible, acerca del deber de las ciencias médicas en asegurar el bienestar general poblacional. Así, el autor se pregunta cómo es posible que, ante semejante consenso cuasi universal sobre la ética médica, todavía exista tanta inequidad social y situaciones de calidad de vida paupérrimas. Además, el autor sostiene que, por lo general, se suele recurrir al médico sólo cuando ocurre algún síntoma patológico. De esta manera, no se preserva la salud en términos estrictos ya que no hay interés por controlar y preservar el bienestar. Esto último, dice, es un grave error en lo que respecta a las estrategias de acción para la preservación y garantía de salud. En conclusión, el autor revisa todas esas premisas e invita los estudiantes a no conformarse con afirmaciones lindas y vagas y, en consecuencia, se animen a dudar, investigar, discutir y conocer la práctica en sí.

En este marco, resulta pertinente comentar la propuesta política que desarrolla Paganini (2006). En su texto, se evidencia la crisis de la salud colectiva en una gran cantidad de países. Esta crisis observable tras la desigual distribución de oportunidades de acceso a la salud según distintos grupos poblacionales, al igual que la caída de los resultados contrastables del sector salud, suceden por las limitaciones del paradigma sanitario vigente hasta el momento ⁵. Por eso, Paganini propone definir un nuevo paradigma en el

sector salud a partir del cual se incorporen valores tales como los de justicia y equidad. De esta manera, se aseguran responsabilidades éticas y sociales que sustenten el desarrollo de los Derechos Humanos y una capacidad de transformación constante que permita la fácil adaptación ante los cambios propios del contexto.

Más adelante, Paganini (2015) explicita el problema que considera central en las Ciencias Médicas: resolver el vacío propositivo en cuanto a políticas públicas de Estado que promocionen la calidad de la salud nacional ⁶. Para ello, recupera la reiterada aparición del “*hacerqueísmo*”, es decir, las múltiples enunciaciones sobre lo que “hay que hacer” en salud, para proponer, entonces, indagar cómo es que se hace aquello que hay que hacer.

Entonces, el autor menciona dos propósitos centrales: 1- Consensuar un marco valorativo respecto a la autogestión para la equidad y calidad desde una perspectiva democrática y 2- Iniciar un debate por el compromiso del Estado Nacional, Provincial y Municipal para una financiación adecuada de salud (que representaría no menos del 7% del PBI que, junto con el 3% de la seguridad social, elimine la contribución directa de los usuarios a la salud).

Paganini asegura que la salud es un derecho básico del ser humano. Sin embargo, un problema fundamental que encuentra es que la distribución de este derecho básico es desigual en la realidad social actual. Por eso, la medicina no debiera reducirse a una práctica curativa de enfermedades existentes, sino que también tendría que encargarse con igual desempeño en la promoción de la salud.

Para asegurar el derecho a la salud y la calidad para todos, Paganini se propone desarrollar un programa político sustentado en los aportes de grandes

avances científicos nacionales que respaldan cada sección. Así, se define al *sector salud* de la siguiente forma:

Un conjunto de conocimientos, destinados a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, en el ámbito individual y colectivo, que una sociedad posee en un momento histórico, así como un conjunto de recursos humanos, tecnológicos, organizacionales, financieros, de procesos sociales destinados a la producción de nuevos conocimientos, a la transmisión y a la aplicación de esos conocimientos según los valores y políticas definidas por la sociedad (Paganini, 2015: 26).

Para poder desarrollar un nuevo paradigma sanitario, el autor asume que se debe contemplar un análisis relacional entre los aspectos económicos y financieros de la salud y su modelo de atención al público. En esta línea, se espera que la atención de calidad sea accesible, precoz, continua, completa, colectiva, activa, humanizada, participativa, responsable y en evaluación permanente. A su vez, el estudio propuesto se realiza rompiendo la antinomia público-privado. En este sentido, el problema de la salud es algo que atraviesa a los organismos del Estado tanto como a instituciones pertenecientes a la sociedad civil. Esto es así ya que todos, y cada uno de ellos deben, en tanto organismos por la salud, promover una atención de calidad a sus usuarios.

De este modo, es necesario tener presente que, en países como el nuestro, las desigualdades de acceso a la salud según distintos estratos sociales, no son una excepción ⁷ (Ziccardi, 2001). Por eso, es importante retomar también cuestiones económicas. Desde una perspectiva con foco en la salud pública y comprendiendo lógicas económicas (donde el fin no sea la ganancia y los seres humanos el medio, sino a la inversa) se puede pensar en una equitativa distribución de las riquezas que garantice salud y bienestar social.

La propuesta, entonces, para resolver el objetivo general propuesto, se basa en coordinar una serie de medidas que aseguren la Gestión Integral de Calidad (GIC). Esto es, no sólo asegurar calidad de atención en cada institución (así sea formativa como resolutoria de enfermedades y lesiones concretas) sino también a nivel más general a partir de la coordinación de cada una de ellas. Así, resulta imprescindible recuperar el enfoque interdisciplinar.

La complementación integradora de distintos paradigmas existentes es lo que permitirá abordar la complejidad holística que caracteriza a problemas recurrentes en indicadores como *calidad* y *salud*. Por eso, se evalúa a la en términos colectivos, teniendo en cuenta factores biológicos, antropológicos, económicos y psico-sociales.

Para lograr lo anterior, autores como Payares González (2007) señala su particular interés en que los conocimientos construidos desde las ciencias sociales sean incorporados de manera integrada a la práctica odontológica profesional. El autor recupera una larga discusión desde los años cincuenta del siglo anterior e insiste en la necesidad de no menospreciar los saberes de las ciencias sociales como si fueran un simple decorado de la enseñanza y aprendizaje profesional. De esta manera, los conocimientos devenidos de las sociales y humanidades no agregan datos, sino que atraviesan todo tipo de diagnóstico y práctica ⁸, en este caso, de la salud bucal. Por ese motivo, autores como Arrondo Constanzo (2018) y Coscarelli y otros (2013) intentan dar cuenta de una reforma en la enseñanza de la práctica odontológica con nuevas perspectivas, técnicas y contenidos acorde a los aportes de las ciencias sociales (incorporando, así, perspectivas socio-culturales).^{9; 10}

Esto último, permite entender que las nociones de salud y enfermedad no son iguales según tiempo y espacio. Por ese motivo, autores como Roggerone (2014) y Moiso (2007) mencionan y comentan algunos determinantes para explicar distintas características de la salud según el contexto temporal y espacial que se observe. En este sentido, encontramos que factores psicológicos, biológicos, sociales, económicos y culturales, afectan a la salud de las distintas poblaciones y sociedades existentes en múltiples lugares y regiones. De esta manera, se da cuenta cómo pueden afectar en la salud la existencia de distintos estratos sociales, condiciones de (pluri/sub/sobre/des)-empleo, la sociabilidad, la infancia, la educación, la vivienda, la higiene, la genética, el género, la cultura, el consumo, la alimentación, el transporte, entre otros, son factores fundamentales para estudiar, intervenir y evaluar la salud en general.^{11, 12}

Estos determinantes pueden ser regulados (al menos en parte) con una buena administración económica. No obstante, Aguirre Gas (1997) nos advierte que, en algunos espacios, un médico interesado por intervenir en la administración económica de cualquier institución por la salud, podría ser fácilmente confundido por un “*membrete burócrata*”. En este texto, Aguirre gas discute con ese presupuesto justificando que, una buena administración económica en cualquier institución medicinal, puede pensarse en pos de una mejora en la atención médica de calidad.¹³

Para poder lograr una buena administración entonces, no es suficiente abordar las cuestiones netamente económicas, sino que resulta fundamental identificar los procesos que requieran ser mejorados, sistematizar los logros alcanzados y rever los problemas que se necesitan resolver.

Además, resulta importante retomar una advertencia conceptual que hace el autor sobre la definición de calidad. La calidad de atención, no corresponde a la calidad total de la institución. De hecho, se niega la existencia de la calidad total como una posible meta a alcanzar, incluso con la mejor administración aplicada. Esto es así porque existe una evaluación continua sobre esta calidad y siempre se encuentra algo que mejorar. La calidad total no existe, entonces, porque es inalcanzable en términos prácticos, empíricos. Sin embargo, es posible aspirar a mejorar siempre la calidad y por eso el autor presenta otros aspectos a tener en cuenta como: La planeación estratégica, la reingeniería de los procesos (conociendo el diagnóstico situacional y un análisis crítico del mismo), el sistema de información comparativa de referencia, evaluación y seguimiento, retroinformación al sistema y la acreditación o certificación.

Entonces podemos decir que la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. La búsqueda de la calidad del servicio representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales en salud y equipos de gestión de instituciones de salud tanto del ámbito público como privado.

La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste puede o espera, es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos.

Aun así, la salud no sólo se ve afectada por cuestiones micro-económicas sino también macro ¹⁴ (Castellanos, 1988). En este sentido, algunas políticas de Estado que lleven a uno (o más) país/es a una crisis económica, repercuten directamente en la salud de al menos algún sector poblacional.

Otra propuesta para asegurar una salud más propensa, se encuentra desde la perspectiva del control. En este sentido, encontramos la publicación de (Rodríguez Calzadilla y Valiente Zaldívar, 1999) ¹⁵ que proponen un sistema de vigilancia epidemiológica del estado de salud bucal que consta en varias etapas. Entre ellas, encontramos el proceso de identificación de los problemas principales que afectan a la población a estudiar según sus características, primero. Luego, analizar las consecuencias que puedan devenir de esos problemas. Por último, evaluar y plantear salidas estratégicas para garantizar mejores condiciones de salubridad a la población total.

March y Prieto (2001) ¹⁶ retoman algunos conceptos complejos y necesarios de ser definidos como el de calidad y el de salud pública. En cuanto al primero, se asume que se trata de un concepto complejo y multidimensional, mientras que la salud pública se centraliza en tres campos allí descritos. Más allá de cada caracterización fundamental, nos importa la claridad con la que se presenta la relación entre calidad y salud pública, interpretando que estrategias que mejoren la primera repercutirán directamente en una garantía de la segunda. Para lograrlo, se proponen implementar estrategias de diseño y planificación, conformación de grupos y comisiones que trabajen en ello, implementar cierto marketing interno para incentivar a los trabajadores, generar escenarios agradables para la implementación de las estrategias, definir

algunos criterios que después permitan evaluar su (in)cumplimiento, definir los usuarios y sus demandas y, finalmente, comunicar los resultados.

De esta manera, se construye la salud pública basada en la evidencia que tiene en cuenta aspectos, experiencias y posiciones de múltiples actores intervinientes. Asimismo, es importante tener en cuenta las desigualdades sociales, y la humanización de la atención (garantizada por la mayor sensibilidad en la relación, así como con facilidades de gestión que eviten las complicaciones y disconformidades burocráticas). Un aspecto crucial de esta propuesta es sustentarse con material basado en estudios de investigación científica.

Para lograr una concientización colectiva sobre las desigualdades existentes, tanto como una atención médica más humanizada, es necesario tener en cuenta la bioética de la práctica profesional ¹⁷ (Izzeddin-Abou y Jiménez 2013). Dado que, por lo general, los pacientes recurren al profesional odontológico en momentos que somatizan alguna patología, es probable que sientan ciertos temores y sensaciones de vulnerabilidad frente al médico. Por eso, resulta fundamental que el profesional facilite un lazo relacional ameno que garantice confianza y tranquilidad. La prevención es la mejor herramienta con la que contamos, la concientización de las patologías orales en la población no está tan difundida como debería ser. De esta manera, se reafirma la importancia de los controles odontológicos preventivos.

Particularmente la odontología, según los autores, necesita adentrarse en las bases filosóficas y principios fundamentales de la bioética para poder ejercer una mejor calidad en su trabajo. En consecuencia, el paciente es entendido como sujeto de derechos y no como una mera entidad bucal. Como

cada decisión del profesional afectará psíquica y/o físicamente a los usuarios, los autores presentan una sistematización de las bases y principios bioéticos en la práctica odontológica.

Para lograr esta relación médico-paciente basada en la confianza, es importante la instancia de comunicación entre los dos sujetos ¹⁸ (Almares Pupo, 2003). La entrevista clínica es el primer encuentro que comparten estos dos actores. Se trata de un momento fundamental en la labor profesional dado que allí, con la ayuda de algunas preguntas claves, el médico podrá saber qué siente el paciente, qué le preocupa/asusta, desde cuánto y de qué forma empezó a sentirse de esa manera y qué historia clínica acarrea en su trayectoria.

Es importante considerar que la entrevista no se da por sí sola, sino que es un momento para el cual el profesional debe estar preparado. Así, podrá anticiparse y tratar de evitar cuantas barreras posibles puedan presentarse. Estos obstáculos pueden ser de distintos tipos. La autora los clasifica en *1- barreras mecánicas o naturales* (dadas por el entorno como ruidos ambientales, una distancia poco conveniente entre los hablantes o personas ajenas que interrumpen la entrevista), *2-gnoseológicas* y *3- socio-psicológicas*.

Para que el médico, entonces, pueda conocer las características individuales de cada paciente, debe asegurarse una atmósfera privada e íntima, un diálogo amable y conocer los factores socio-culturales que atraviesan al sujeto. De esta manera, logrará adecuar el vocabulario y no pecar de un lenguaje técnico excesivo, puesto que podría resultar extraño e intimidante para el paciente.

Sumado a lo anterior, para lograr un buen diagnóstico no sólo se necesita una instancia comunicativa eficaz. También, resulta fundamental emitir el diagnóstico en una historia clínica coherente y entendible a partir del interrogatorio y la observación para mejorar la calidad de atención en cada caso ¹⁹ (Medrano Cortes y otros, 2014). En cuanto al registro profesional de toda comunicación verbal con el paciente,²⁰ Simini, F. y otros (2003) presentan una herramienta, llamada REDIENTE, que permite facilitar y mejorar la atención de los pacientes en cualquier institución médica que la comparta. Esta herramienta de fácil acceso (ya que se encuentra en la web) está diseñada de tal forma que cabe una gran cantidad de contenido sobre el paciente en un espacio acotado, correctamente administrado, garantizando una lectura fácil. Para que este método de registro funcione, es necesario que los profesionales se formen y conozcan los códigos y el lenguaje específico de aplicación. Además, implica necesariamente privilegiar el tiempo para examinar al paciente y actuar en consecuencia. La herramienta REDIENTE no sólo pretende facilitar el tratamiento de los pacientes y, por consecuencia, mejorar la calidad de atención, sino que a su vez espera brindar una buena cantidad de datos brutos necesarios para muchos estudios científicos de la actualidad.

Para lograr cumplir con todos estos requisitos en pos de una mejor calidad de atención hay que hacer foco en las condiciones laborales de los trabajadores de la salud. En relación a los trabajadores en general, Neffa (2018) retoma las transformaciones del mercado laboral iniciada en muchos países a partir de la crisis del modelo de desarrollo keynesiano fordista a comienzos de 1970 ²¹. Retomando un estudio de larga data sobre la salud de los trabajadores, el autor profundiza en los riesgos psicosociales (es decir, de

índole más mental, psíquica y afectiva que física). Su estudio, parte de un enfoque interdisciplinar que se practica desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa con trabajo en equipo donde se recuperan cuestiones de la Ergonomía, Psicología, Sociología, Medicina, entre otras.

Neffa concluye, entonces, que el trabajo no es patógeno. La variable que determina su impacto en la salud de los trabajadores es el contenido y la organización del proceso de trabajo. Por eso, el autor invita a desnaturalizar los riesgos psicosociales del trabajo e intervenir con políticas que impliquen una verdadera transformación social. Para ello, es imprescindible hacer visibles los riesgos psicosociales del trabajo como problemas colectivos que no resultan fatales, pero sí problemas a resolver de manera seria, preventiva y dedicada (no buscando una solución rápida que solo esconda el problema). Así, tal como a la atención médica, en este caso se invita a humanizar el trabajo humano en general (aplicable a los profesionales de la salud en particular).

De esta manera, muchas prácticas de la labor deshumanizada, puede resultar incluso como consecuencia de las condiciones laborales existentes.²² Bazalar Herrera y Balarezo López (2016), retoman el síndrome *Burnout* como aquella patología frecuente en las condiciones de trabajo de la actualidad, particularmente en la práctica profesional odontológica.

El síndrome *Burnout* es una enfermedad devenida del desgaste y estrés que producen las condiciones laborales que nos atraviesan en la actualidad. Por lo general, suele generarse tras jornadas laborales intensas, con falta de ayuda y carencia de autoestima para su realización. De esta manera, el estrés ha dejado de ser considerado como un problema individual para observarse como fenómeno colectivo, producto de diversos factores sociales que facilitan

su desprendimiento. Los síntomas que sufre el sujeto, no sólo lo afectan a él mismo, sino que repercute en sus relaciones interpersonales como en la calidad del trabajo que realiza. Por lo general, tiende a caer el rendimiento productivo junto con la sensibilidad para tratar a sus pacientes (haciendo de su trabajo una práctica cada vez más deshumanizada). Además, muchos de los profesionales que tienden a padecer este síndrome, adquieren conductas nocivas para la salud (como el consumo de tabaco, alcohol, etc...).

Para atender estos casos, entonces, es necesario un enfoque multidisciplinario que contemple todos los factores intervinientes. Finalmente, resulta importante resaltar que la patología debe ser vista desde una perspectiva social y colectiva y no como un mero padecimiento individual de un sujeto.

La amplitud del concepto de *calidad en salud odontológica* es difícilmente abordable en un solo estudio. Es por esa cuestión que en este texto se citarán algunos de ellos. De esta manera, mostraremos algunos artículos que se han escrito sobre el tema, dejando en evidencia el campo de vacancia que cubre la presente tesis.

Para empezar, podemos mencionar los aportes de Araya Vallespir (2011)²³ donde encontraremos que una mejor calidad odontológica se orientará a garantizar un trato amable y humanizado y acortar tiempos y trabas burocráticas en lugar de reducirse a una búsqueda por la mera cuestión económica. Es importante aclarar también que su mejora podría generar un bienestar más alto, por lo cual, los costos patológicos también disminuirían. Sumado a esto, Zanabria Coli (2017)²⁴ menciona ciertos componentes que integran los servicios de calidad de atención en salud. Entre ellos encontramos

la confiabilidad, la accesibilidad, la respuesta rápida y coherente, la seguridad, la empatía y la aprobación tangible y material.

El concepto de calidad en salud hay que enmarcarlo en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción y el impacto final que tiene en la salud. No es posible reducir a uno o algunos de estos elementos la calidad en salud, esto implica que exista la integración de estos elementos de carácter técnico y también de procesos, objetivos y subjetivos, pero que todos unidos tienen como resultante la satisfacción del usuario y la eficiencia de la institución sanitaria. Son numerosos los enfoques que se le han dado al estudio de la calidad y las denominaciones que se han realizado de la misma, siendo el enfoque sistémico de la calidad propuesto por Donabedian, el cual considera tres componentes para su estudio —la estructura, el proceso y el resultado—, el que en nuestra experiencia nos posibilita conocer de manera más acertada la situación de la atención y establecer a partir de ello un monitoreo para su evaluación, el que identifique las desviaciones de lo deseado para su modificación. En la estructura conocemos y evaluamos el ¿con qué? estamos trabajando, desde los recursos hasta la instalación; en el proceso identificamos el ¿cómo? estamos haciendo las acciones; y por último, los resultados nos proporcionan el conocimiento de los objetivos y propósitos logrados, es el ¿qué? hicimos con los recursos que teníamos en nuestras acciones.

En Carrillo Tarascio y Romero Uzcátegui (2007) encontramos varios aportes del concepto sobre calidad que retomamos para nuestra tesis. En este sentido, recuperamos la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la salud ²⁵:

El resultado integral ligado a determinados procesos de trabajo, en el marco de la producción de los servicios sociales es decir, que la calidad es una condición compleja, en donde los diferentes componentes y agentes productores de servicios de salud brindan su aporte significativo a un resultado que se está por obtener y que se puede perfeccionar, para dar mayor satisfacción a los que necesitan de esos servicios. La calidad viene a ser entonces el resultado de las formas como se da el proceso de producción de servicios (Carrillo Tarascio y Romero Uzcátegui, 2007: 3)

Asimismo, las autoras también retoman la definición establecida por Rioboo en su libro *Odontología preventiva y odontología comunitaria*, en la cual se asocia a la calidad con los procesos de identificación, satisfacción y superación de las expectativas de los colectivos humanos relacionados con la institución. Esta idea se fundamenta por cinco razones basadas en 1-la ética (porque es inherente a la profesión), 2-la seguridad (porque influye en la salud vital de los pacientes), 3-la eficiencia (ya que se busca obtener efecto óptimo a menor costo posible), 4-sociopolítica (porque su fin último debe basarse en un bienestar general de la población) y 5-económicas (para una administración más eficiente).

Cigales Reyes y otros (2011) trabajan la problemática de la calidad de atención en salud bucal como una estrategia no sólo conveniente para la institución y el sistema de salud en general, sino también como garante explícito de una mejor calidad de vida ²⁶. En este sentido, la buena atención médica permite, entre otras cosas, prevenir posibles patologías, lesiones y malos cuidados de los pacientes. Para ello, los autores retoman un estudio de caso que realizan en Cuba. Finalmente, mencionan que es extremadamente

importante el registro de un buen diagnóstico y adecuado plan de tratamiento. En este sentido, se debe estar seguro del motivo de la consulta, tomar la información pertinente en relación con la historia clínica del paciente para poder así conducir un examen minucioso del caso y poder analizar de la mejor forma los datos alcanzados.

Desde una perspectiva cualitativa, encontramos trabajos como los de Caamaño y otros (2006) ²⁷ y Delgado-Gallego (2010) ²⁸. En este último se recuperan los sentidos sobre los que se piensa, evalúa y construye la calidad de atención de usuarios y personal de la salud de un estudio descriptivo-comparativo entre Colombia y Brasil. La comparación permitió evaluar el factor social, psicológico y cultural como algo esencial para atender en los estudios de esta índole. Esto comprueba que pueden existir distintos marcos de sentido de calidad de los actores sociales. Por ende, siempre que se piense en la calidad, es recomendable tener en cuenta y especificar qué sentido se le da al término. Así como afirman Mulbany y Bordoni (2014), entonces, resulta pertinente al menos reconocer como actores intervinientes de la salud, a todos los sujetos, que incluye profesionales de las instituciones médicas como pacientes, familiares, políticos, etc...²⁹

Para finalizar, mencionaremos un proyecto de extensión de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata (en colaboración con otras instituciones educativas como la Facultad de Odontología y la Facultad de Ciencias Económicas, ambas dependientes también de la Universidad Nacional de La Plata), en Berisso que hemos realizado desde dos equipos de formación, capacitación e investigación (Arrondo y otros, 2016) ³⁰ y (Biscioni y otros, 2016) ³¹. Allí, se retoman los Centros de Atención Primaria

para la Salud (CAPS) como fuente primordial para intervenir como profesionales al respecto. Por ello se ha propuesto un programa de calidad de atención en los CAPS de Berisso, promoviendo la formación, capacitación e investigación para intentar resolver algunas de estas cuestiones desde a través de actividades propositivas con mayor educación y concientización. Como producto final, no sólo se logró dar una mejor atención a pacientes y mayor formación a profesionales, sino que además se conformó una red asistencial-académica para continuar trabajando en conjunto.^{30; 31}

3. MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio: se trata de un estudio descriptivo en el cual se evaluó la atención de los pacientes que acudieron a consulta a la guardia y a los profesionales que brindaron dicha práctica en la Institución enrolada en este proyecto durante el periodo de estudio establecido.

Universo de Estudio: Profesionales y pacientes de la clínica privada (APO) en CABA.

Muestra: Se incorporó al estudio a todos los pacientes que concurrieron por guardia durante el periodo de estudio y a los profesionales que los atendieron.

Unidad de análisis/Caso: Se consideró como unidad a cada paciente que concurrió durante el periodo de estudio y a los distintos profesionales que trabajan en el espacio.

Periodo de Estudio: Se evaluaron pacientes que concurrieron y profesionales que trabajaron en la Guardia Odontológica durante el periodo comprendido entre 1-1-15 al 31-12 de 2015

Variables:

- Gasto de reconsulta: se determinó calculando el tiempo (profesional/hora) y administrativo/hora insumido en la nueva atención de dicho paciente
- Existencia de normas de atención (si –no)
- Años de graduado del profesional que realiza la atención
- Grado de formación del profesional que realiza la atención
- Edad del profesional
- Antigüedad en la guardia del profesional.
- Conocimiento y capacidad Profesional para resolver la urgencia
- Grado de resolución del motivo de la consulta (completa o parcial)
- Tasa de atención de los pacientes de guardia que fueron atendidos en el mismo servicio u otros. (% de pacientes que se atendieron en guardia y % de estos pacientes que luego debieron Re consultar por la misma causa
- Costos directos.

Operacionalización de la variable:

Edad: en años y por grupo etarios:

A: menor de 30 años

B: entre 31 y 39 años

C: mayor de 40 años.

Años de graduado: Se tomó como año de graduado el periodo transcurrido entre la fecha de la obtención del diploma habilitante y el 1-1-2015 (que es la fecha de inicio del estudio)

1. Menos de 2 años

2. de 2 a 5 años

3. de 5 a 10 años

Formación de posgrado: (odontólogo, especialista, magister, doctor)

Tiempo en el servicio de Guardia del profesional: se tomó en cuenta la fecha de ingreso a guardia y el comienzo del estudio, 1-1-15)

- a) Menos de 6 meses de antigüedad
- b) Entre 6 meses y 5 años de antigüedad
- c) Entre 5 años y 10 años de antigüedad
- d) Entre 10 y 15 años de antigüedad
- e) Mas de 15 años de antigüedad

Conocimiento y capacidad Profesional para resolver la urgencia

Se evaluó con una serie de preguntas a modo de encuesta entre los profesionales, confeccionada para dicho fin. (anexo)

Fuente de Datos: Se utilizaron fuentes de información secundaria como es la historia clínica digital de dicha institución y una base de datos institucional, a la cual luego se le aplicaron filtros para dicho estudio.

Herramientas de Datos: se realizó una encuesta a profesionales con preguntas relacionadas a la resolución de urgencias odontológicas, planilla de recolección de datos específica para conocer acerca de las características de los profesionales de guardia acorde a las variables que atañen al presente trabajo.

Análisis Estadístico:

Se aplicaron diversos instrumentos estadísticos para determinar la diferencia entre los grupos de estudio y el grado de significancia entre los mismos. Estos elementos fueron las pruebas de normalidad de *Kolmogorov-*

Smirnov y de *Shapiro-Wilk*, el método estadístico de *Levene* y el *test de Student* para comprobar las diferencias entre los grupos de estudio.

Técnicas de carga y Análisis estadísticos

Instrumentos de carga y análisis de los datos: *Software* de base de datos: planilla de *Microsoft Excel*. *Software* de análisis estadístico: *SPSS® / InfoStat / Epidat 4.1*.

Técnicas estadísticas de análisis: Las variables de estudio fueron comparadas estadísticamente entre los dos tipos de seguimiento: personalizado y clásico.

Las variables cualitativas nominales-dicotómicas, fueron contrastadas con el tipo de seguimiento: personalizado vs clásico. Se generarán tablas de contingencia de doble entrada, para posteriormente testear la asociación y concordancia entre eventos: cada variable respecto al tipo de seguimiento. Serán utilizadas las pruebas de normalidad de *Kolmogorov-Smirnov* y de *Shapiro-Wilk*, el método estadístico de *Levene*.

En el caso de las variables cuantitativas, se calculó el valor promedio en pacientes con seguimiento personalizado y con seguimiento clásico y serán analizadas mediante *test de Student (t)*.

El nivel de significancia considerado en todos los casos fue $\alpha \leq 0,05$ ($p \leq 0,05$).

Estimación de tamaño muestral: Del universo de la población, se tomó una muestra de individuos calculada mediante la siguiente fórmula (Slonim, 1967)

$$n = \frac{(Z^2)(p)(q)(N)}{(N)(e^2) + (Z^2)(p)(q)}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

Z = Nivel de confianza del 95% (Z: 1,96).

p = Probabilidad a favor de que no se resuelva el caso por guardia (partiendo de que no existen estudios anteriores que definan la probabilidad de ocurrencia del evento será considerado un valor de 0,5).

q = Probabilidad en contra de la ocurrencia de la derivación (partiendo de que no existen estudios anteriores que definan la probabilidad en contra de la ocurrencia del evento será considerado un valor de 0,5).

N =Universo de pacientes que acuden a la guardia de la Institución seleccionada

e= Error estimado del 5%

4. RESULTADOS

4.1- En términos profesionales

La Institución objeto del presente estudio no resultó ser una excepción a las características del servicio de atención odontológica que otras del sector. Es decir, al igual que en los distintos centros de atención en salud bucal general en Argentina, en esta clínica particular suelen atenderse casos de urgencia que, frecuentemente, no resuelven en ese momento la problemática salubre que los llevó a ser atendidos por un profesional odontólogo. Por este motivo, es pertinente, iniciar presentando gráfica y analíticamente el problema con ciertos datos que pudieron ser recuperados de la institución. En este marco, podemos observar el siguiente gráfico (grafico 1) que da cuenta la magnitud de usuarios que se atienden por la guardia odontológica del lugar:

Cantidad de pacientes atendidos en el servicio de Guardia y cantidad de consultas en el año 2015

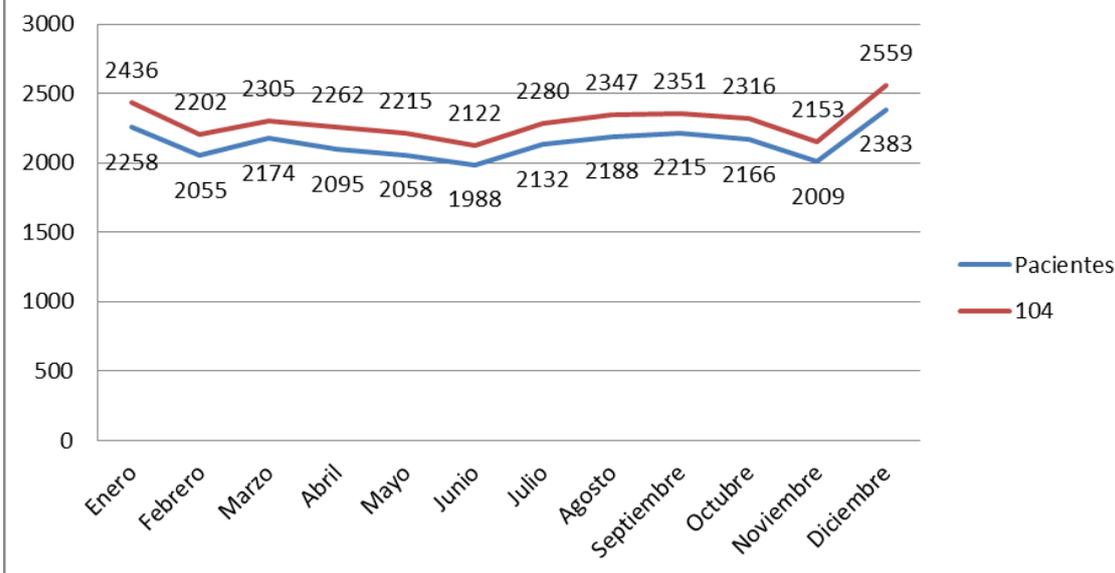
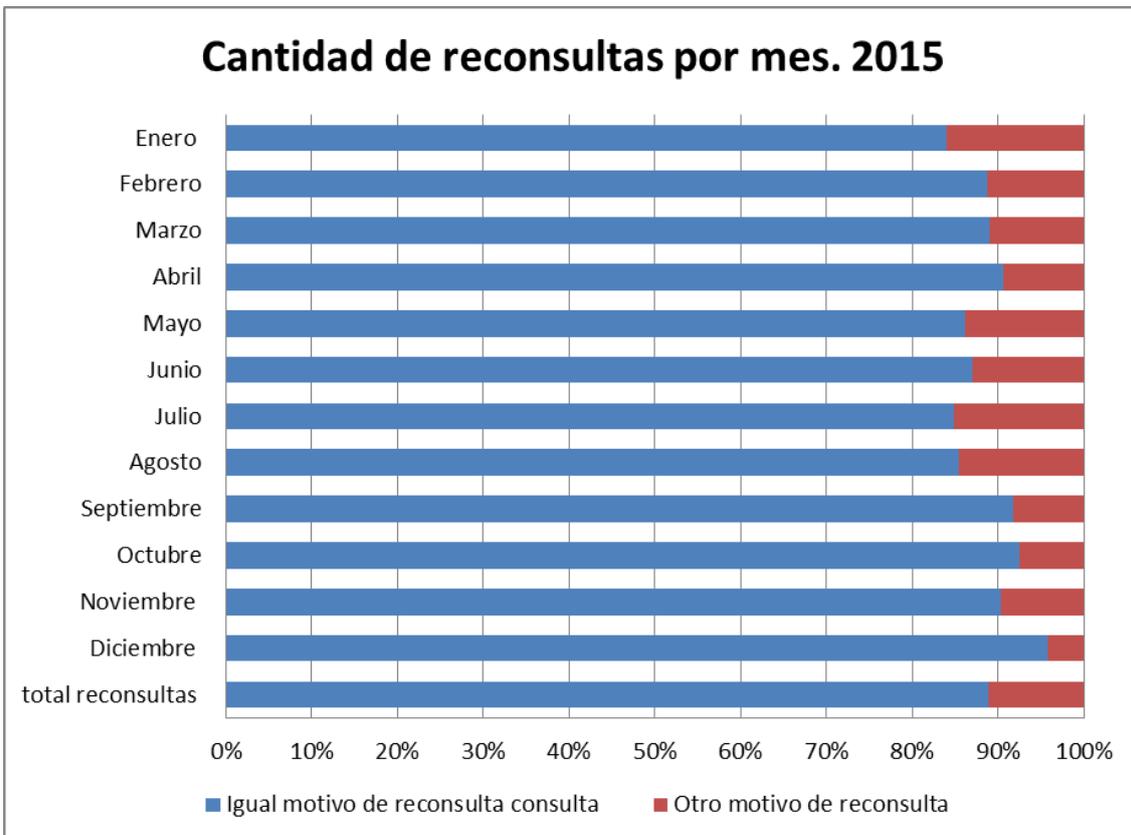


Gráfico 1: Cantidad de pacientes atendidos en el servicio de Guardia y cantidad de consultas de urgencia (104) en el año 2015.

Fuente de elaboración propia.

Como podemos observar en el gráfico 1, la cantidad de pacientes que recurrieron a la institución para ser atendidos por el servicio de guardia odontológica es alta, presentando algunas leves caídas en meses como febrero, junio y noviembre. A su vez, otra cuestión encontrada a lo largo del trabajo de campo es que, en una gran proporción de pacientes, su concurrencia a la guardia es por causa de re-consulta debido a un evento no atendido debidamente en primera instancia. Esto puede observarse claramente en el siguiente cuadro (cuadro 1).



Cuadro 1: Cantidad de reconsultas por mes (misma consulta y consultas por otro motivo) .2015

Fuente de elaboración propia.

Esto da cuenta, en principio, que una gran mayoría de pacientes que se atendieron en el servicio de guardia odontológica, al poco tiempo tuvieron que volver a recurrir a una atención profesional dado que la patología o el motivo de lo llevo a concurrir al servicio de guardia continúa. Es conocido por prevalencia internacional que una atención de urgencia odontológica es resulta en el 89.9% y no requiere posteriores consultas (Christidis, 2010) ³². En este sentido, encontramos en la Institución objeto de estudio, un problema fundamental en términos de calidad de atención ya que, cuando los usuarios concurren al servicio odontológico de urgencia, logran ser atendidos, pero sin que su

problema salubre se resuelva. Esto no es sólo una pérdida de tiempo para el paciente como para el profesional, sino que puede traer consecuencias más riesgosas con el avance de la enfermedad (esto puede ser, un desarrollo destructivo para la salud del paciente de la misma enfermedad, o de alguna otra patología consecuencia de la primera infección). Para indagar más sobre esta cuestión, decidimos realizar una encuesta breve a los 21 odontólogos que atienden en el servicio de guardia, para evaluar el nivel de conocimiento y resolución de urgencias odontológicas, obteniendo las siguientes respuestas: *

¿Cómo resuelve un cuadro de pulpitis?

	Fre	%
Saca Rx y realizo la apertura	0	0
Lo medica	5	23,8
<i>Saca Rx le realiza la apertura y lo deriva al área de endodoncia¹</i>	16	76,2
Total	21	100

¿Cómo resuelve un cuadro de Pericoronaritis?

	Fre	%
Le realiza lavajes con h2o2 + antibiótico y analgésico	3	14,3
Le da un antibiótico y un analgésico	3	14,3
<i>Además de hacer las maniobras anteriores, le solicita un rx. Panorámica y lo deriva a cirugía</i>	15	71,4
Total	21	100

¿Cómo resuelve un cuadro de absceso gingival?

	Fre	%
Intenta drenarlo	7	33,3
Le indica antibióticos, analgésicos, más buches de agua tibia	4	19,0
<i>Le realiza las maniobras anteriores y además lo cita para un control</i>	10	47,6
Total	21	100

¿Qué maniobra realiza en caso de que un paciente concurra a la guardia con un perno y corona descementado?

	Fre	%
Se lo cementa con un cemento provisorio hasta que vea a su odontólogo	5	23,8
<i>Se lo cementa con un cemento definitivo</i>	11	52,4

*Las respuestas en cursiva y negrita son aquellas consideradas correctas.

No se lo cementa si cree a su criterio q el perno y corona está deteriorado o no apto para ser cementado	5	23,8
Total	21	100

¿Qué maniobra realiza si un paciente concurre a la guardia y su motivo de consulta es que se le salió una restauración?

	Fre	%
Le coloca pasta provisoria sin ver cuál fue la causa y lo deriva a la parte de Odontología general.	21	100
Le coloca una restauración definitiva con Resinas compuestas (composites)	0	0,0
Remueve el tejido cariado si esta fuera la causa, coloca pasta provisoria y lo deriva a la parte de Odontólogo Gral.	0	0,0
Total	21	100

¿Qué maniobra realiza si concurre a la guardia un paciente con una pieza dentaria para extraer?

	Fre	%
Se la extrae	0	0
Saca rx, médica y deriva a Cirugía	6	28,6
Lo medica con antibióticos y analgésicos	15	71,4
Total	21	100

¿Qué maniobra realiza si concurre a la guardia un paciente al cual se le ha salido una restauración en el sector anterior?

	Fre	%
Hace una restauración provisoria	19	90,5
Hace la restauración definitiva	2	9,5
No le hace nada	0	0
Total	21	100

¿Qué maniobra realiza si concurre un paciente con un cuadro de alveolitis?

	Fre	%
Anestesia, Curetaje y lavajes + gasa yodoformada	6	28,6
Solo coloco Gasa yodoformada	10	47,6
Lo medica con analgésicos y antibióticos	5	23,8
Total	21	100

¿Cómo actúa en el caso de una avulsión dentaria, q el paciente trae la pieza dentaria?

	Fre	%
Curetea, reimplanta la pieza y feruliza	0	0
Ve en que medio y en qué condiciones trajo el paciente la pieza dentaria y trata de reimplantarla	15	71,4
No la reimplanta cohíbe la hemorragia y receta un analgésico antiinflamatorio	6	28,6
Total	21	100

¿Cómo resuelve si un paciente concurre relatando que se le salió una corona y la perdió?

	Fre	%
Solo le realiza un provisorio si es del sector anterior y hay compromiso estético	21	100
No le realiza provisorio	0	0
Realiza un provisorio sin importar que la pieza sea sector anterior o posterior	0	0,0
Total	21	100

¿Cómo resuelve un cuadro de absceso periapical en una pieza que tiene TC?

	Fre	%
Observa si tiene fistula, prescribe antibiótico y buches de agua tibia para que drene	1	4,8
Realiza un drenaje con hoja de bisturí + buches de agua tibia + antibiótico	2	9,5
Le receta antibiótico y antiinflamatorio	18	85,7
Total	21	100

¿Cómo resuelve una consulta en la cual al paciente se le ha fracturado una prótesis parcial removible de acrílico?

	Fre	%
Le realiza la compostura	15	71,4
Le toma una impresión de arrastre y le dice q debe dejar la prótesis para que el laboratorio realice la compostura	6	28,6
No le realiza nada	0	0
Total	21	100

¿Cómo resuelve una consulta donde un paciente con ortodoncia fija presenta desadaptado el arco de su tratamiento?

	Fre	%
Le corta el extremo para que no le lastime y le indica que vea a su Ortodontista	14	66,7
Se lo reacomoda en su lugar	0	0
Le explica que usted no es especialista en ortodoncia por lo cual no puede proceder a realizar ninguna maniobra	7	33,3
Total	21	100

¿Cómo resuelve una hemorragia postexodoncia?

	Fre	%
Cohíbe la hemorragia colocando esponjas hemostáticas	16	76,2
Sutura	0	0
Cohíbe la hemorragia, controla tiempos y luego sutura	5	23,8
Total	21	100

Más allá de la cantidad de aciertos por pregunta (aunque si nos ponemos a indagar con detalle encontraremos que, en promedio, son un poco menos de la mitad del total de los casos) hay una cuestión que nos llama rotundamente la atención. Se trata de la diversidad de respuestas que encontramos en muchas de las preguntas. Vale la pena destacar, incluso, que como podemos ver, el cuestionario se realizaba con preguntas cerradas. Por lo tanto, las posibilidades de respuesta se acotan enormemente. Aun así, nos encontramos que los profesionales actúan de formas completamente diversas ante un mismo problema. Esto es llamativo puesto que no hay un consenso profesional (protocolo) sobre cómo atender a cada caso para resolver la urgencia, sino que depende de la decisión personal, completamente individual y arbitraria de cada profesional. Esto significa que, por un lado, no existe un control específico por parte de la institución médica sobre el modo de accionar de cada profesional. Por otro lado, estos resultados también dan cuenta de la ausencia de alguna herramienta institucional orientativa sobre cómo actuar en determinados casos concretos, frecuentes en recurrencias de guardias odontológicas.

Por todo lo expuesto, es que hemos recogido datos en relación a las características de los profesionales intervinientes en cuanto a su edad, años de graduado, formación de posgrado y antigüedad en el servicio de guardia de la institución, obteniendo los siguientes resultados: de 21 profesionales que forman el equipo de guardia 14 pertenecen al grupo A de menores de 30 años, 2 pertenecen al grupo B de entre 31 y 39 años, y 5 al grupo C mayores de 40 años.

Si mencionamos la variable años de graduado donde podemos evaluar la experiencia profesional de cada Odontólogo, encontramos que 13 de 21 odontólogos se encuentran en el grupo 1 con menos de 2 años de graduado, 2 en el grupo 2 entre 2 y 5 años de graduado y 6 para el grupo 3 de 5 a 10 años de graduado.

En cuanto a la formación complementaria de posgrado solo 2 de los 21 odontólogos cuentan con títulos de posgrado de especialidad en ortodoncia uno y cirugía otro.

Por último, hacemos referencia a la antigüedad en el servicio de guardia de dicha institución, habiendo identificado que 13 odontólogos de 21 tenían menos de 6 meses de antigüedad, 4 entre 6 meses y 5 años de antigüedad, 1 entre 5 y 10 años y solo 3 tienen mas de 15 años de antigüedad en el servicio.

Estos datos permitieron caracterizar al personal de guardia es que podemos decir que el servicio contaba al momento de dicho estudio con solo 7 profesionales considerados con experiencia y con 14 profesionales sin experiencia

Cuando contrastamos las reconsultas con las características de los profesionales de la salud que atendieron a los individuos por primera vez en la guardia, vemos que aquellos profesionales más jóvenes y con menos años de graduación tuvieron una elevada tasa de derivaciones para reconsultas en relación a los profesionales más experimentados y con más años de profesión.

(tabla 2 y 3)

Profesional con experiencia reconsultas por mes	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	total
PUR	26	5	10	9	6	10	8	6	7	9	6	10	112
LEO	33	15	12	14	10	9	9	15	8				125
PEZ	22	11	6	8	9	5	6	4	7	11	11	16	116
TAS		3	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	7
GAL	21	15	8	10	12	9	22	17	18	10	13	14	169
CAB	21	5	12	16	12	14	4	8	8	9	4	14	127
JAV	5	5	10	8	10	5	8	8	4	6	5	4	78
													734

Tabla 2. Cantidad de reconsultas mensuales de los profesionales con experiencia *

Profesional sin experiencia reconsultas por mes	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	total
ÑEZ	42	23	20	19	7	19	14	13	13	3	1		174
GUA	27	13	14	25	25	6	13	18	15				156
DAG	21	19	11	17	22	13	24	26	17				170
MAR	15	9											24
TEV	33	2	3	4	3	2	1						48
MER	17												17
EVE		23	23	29	31								106
ALC													
KIL													
CAJ													
DES					4	22	30	25	18	4	17	25	145
SIR								3	4	6	6	8	27
ROS										7			7
SAR										6	3	4	13
													887

Tabla 3. Cantidad de reconsultas mensuales de los profesionales sin experiencia*

*Los casilleros vacíos significan que el profesional ese mes no hizo guardias. En casillero con numero 0 significa que el profesional hizo guardias, pero no tiene reconsultas.

La cantidad de consultas en la guardia realizadas durante el periodo de estudio fueron de 27548 anuales.

Mes	Cantidad de reconsultas	Igual motivo. De consulta	otro
Enero	175	147	28
Febrero	142	126	16
Marzo	128	114	14
Abril	159	144	15
Mayo	152	131	21
Junio	115	100	15
Julio	139	118	21
Agosto	144	123	21
Septiembre	122	112	10
Octubre	146	135	11
Noviembre	123	111	12
Diciembre	164	157	7
total, reconsultas	1709	1518	191

Tabla 3. Reconsultas por mes

En 1709 de esos casos fue necesario realizar una re-consulta (tabla 3). De las mismas, 1518 (56.64%) fueron consideradas innecesarias ya que por su diagnóstico podrían haberse resuelto en primera instancia por la guardia. El 69.19% de estas re-consultas “evitables” fueron realizadas por los profesionales sin experiencia.

El análisis estadístico muestra que en promedio es del 9.1% (DS \pm 6.26) para los profesionales de experiencia y un 14.78% (DS \pm 9.68) para los profesionales sin experiencia con una elevada significancia estadística ($p < 0.001$). (cuadro 3)

Estadísticos descriptivos

Experiencia profesional		N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
NO	RECONSULTAS	60	1.00	42.00	14.7833	9.68678
	N válido (por lista)	60				
SI	RECONSULTAS	80	.00	33.00	9.1750	6.26175
	N válido (por lista)	80				

Cuadro 3: reconsultas según experiencia del profesional

Quando se aplican las pruebas de normalidad de *Kolmogorov-Smirnov* y de *Shapiro-Wilk* para la comparación de los grupos (profesional con experiencia vs sin experiencia) en relación a las re-consultas el valor de p mantuvo su significancia estadística ($p 0.026$) por lo que se rechaza la hipótesis nula. (cuadro 4)

Pruebas de normalidad

Formación del profesional	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.	
Número de re-consultas mensuales	No	.122	60	.026	.948	60	.013
	Si	.135	80	.001	.930	80	.000

Cuadro 4: Corrección de significación de Lilliefors

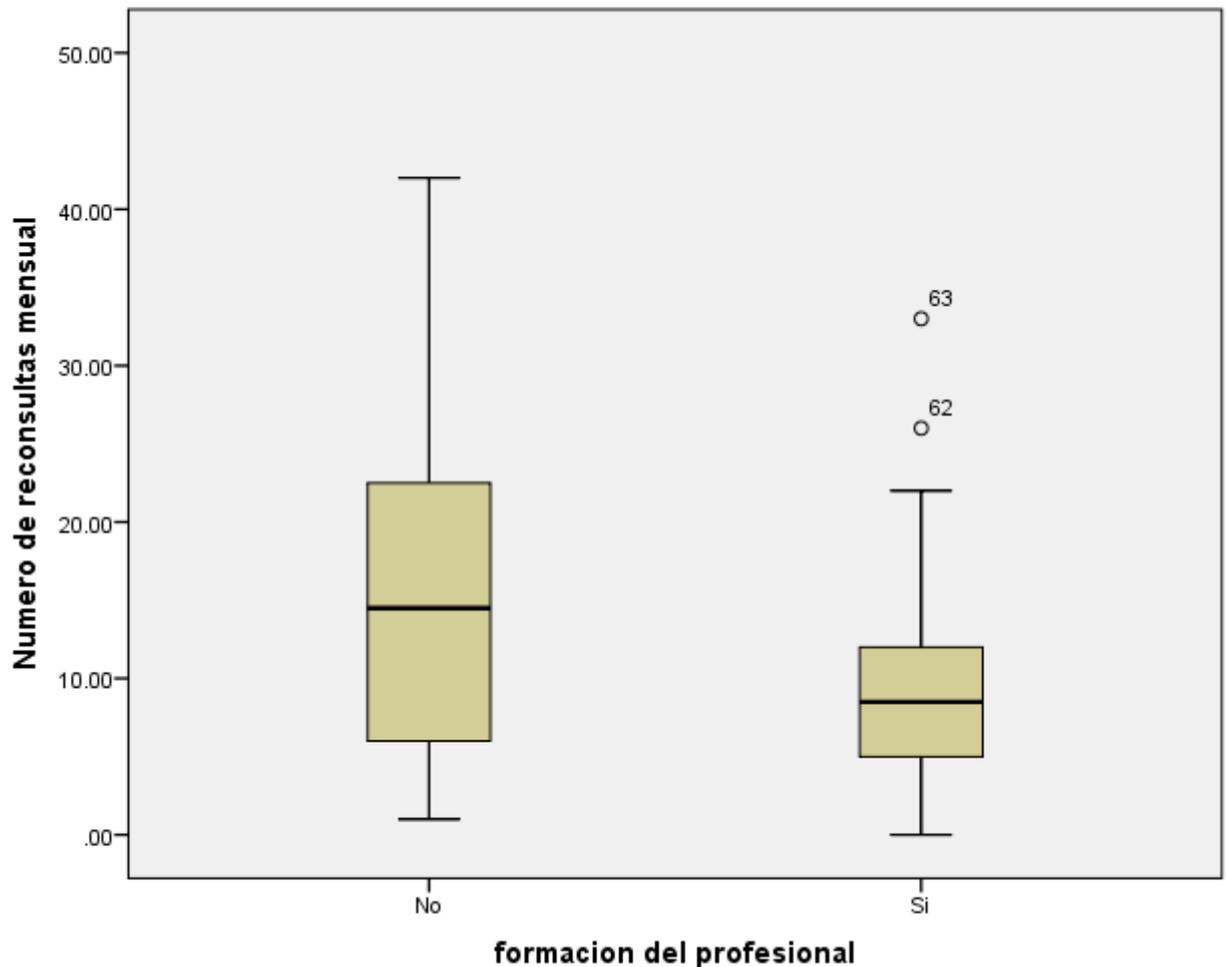


Grafico 2: Grado de relación entre la formación profesional destinado a la atención de pacientes en la Guardia con el número de re-consultas que debieron realizar dichos pacientes por la misma causa.

Aplicando la prueba de homogeneidad de varianzas de *Levene* para las re-consultas siendo el grado de Significancia $p < a 0.05$ se permite rechazar también por este método la hipótesis nula de homogeneidad entre las varianzas de los grupos comparados; es decir que se rechaza que las varianzas de que los dos grupos son estadísticamente iguales. Esto significa que existe una diferencia entre la cantidad de re-consultas entre los grupos, siendo la tasa de re-consulta un 20% mayor en los profesionales sin experiencia que con experiencia. (cuadro 5)

Prueba de homogeneidad de varianzas

Número de reconsultas mensuales

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
19.547	1	138	.000

Cuadro 5. Prueba de homogeneidad de varianzas

Finalmente, y a modo confirmatorio, cuando se aplica el *test de Student* (cuadro 6 y 7) para el analizando los datos de tasa de re-consultas se observa que también con este método se refleja diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (sin experiencia vs con experiencia). Es decir que los profesionales con experiencia presentan un numero significativamente menor de casos de re-consulta (m: 9.175; se: 0,7) que aquellos sin experiencia (m: 14.783; se: 1.25; $t(94.8 \text{ gl}) = 3.913$; $p < 0,5$).

Test de Student -Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Número de reconsultas mensuales	Se asumen varianzas iguales	19.547	.000	4.152	138	.000	5.60833	1.35084	2.93732	8.27935
	No se asumen varianzas iguales			3.913	94.820	.000	5.60833	1.43318	2.76304	8.45363

Cuadro 6. Test de Student -Prueba de muestras independientes

Estadísticas de grupo					
	Recodificación de la formación/experiencia	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Número de reconsultas mensuales	No	60	14.7833	9.68678	1.25056
	Si	80	9.1750	6.26175	.70008

Cuadro 7. Estadísticas de grupo

Por lo expuesto, habiendo aplicado diferentes métodos de análisis, los resultados son concluyentes a favor de una mayor tasa de re-consultas en el grupo de profesionales sin experiencia (20.6% rango 14.29-35.8), que en total significan 7.44 consultas diarias excedentes netas.

En cuanto es el impacto en horas profesionales insumidas para la atención de los pacientes de guardia que debían haber sido resueltos en la primera consulta se calcula que si una consulta en promedio insume 45

minutos, el haber realizado 1518 re-consultas (un promedio de 126 re-consultas innecesarias por profesional sin experiencia) significan 94.5 horas profesionales mal invertidas.

3.2 En términos económicos

En relación al análisis económico, teniendo en cuenta el salario de un profesional, el incremento de dicho salario por antigüedad, el valor de una consulta por guardia y el valor de una re-consulta realizada por el *Staff* de planta, se puede decir que:

Un profesional con 10 años de experiencia que trabaja 12 horas semanales (48 horas mensuales) recibe un valor nominal de \$88,40 (que equivale a 6,58 USD al valor del momento*) por hora diurna, mientras que un residente percibe \$21,67 (1,61 USD) por hora diurna. De esta manera, se puede aseverar que existe un pago excedente de \$66,73 (4,97 USD) por hora diurna de trabajo según la experiencia laboral de cada trabajador. Si queremos comparar el salario mensual de un profesional de horario diurno frente al equivalente en horas diurnas de un odontólogo residente encontramos que el primero recibe \$4.423,2 (329, 15 USD) mientras que el ingresante percibe un ingreso total de \$1.040,16 (77,45 USD).

A su vez, si calculamos un promedio de 45 minutos laborales por consulta, encontramos que los profesionales pueden realizar aproximadamente 64 consultas por mes (siendo para la institución un costo de \$66,3 por consulta), mientras que los residentes deberían realizar un poco menos de 277 consultas (constándole a la institución \$16,25 cada consulta).

*En ese entonces, 1 USD era igual a \$13,43 argentinos según el precio de venta

De esta manera, si calculamos esas 126 re-consultas innecesarias por parte de cada profesional sin experiencia, la institución hubiese ahorrado \$2.047,5 por mes, lo cual equivale a 23 horas profesionales asalariadas.

Por mencionar al menos una aproximación anual, estimamos que el ahorro de la clínica sería de \$24.570 (1829 USD) por odontólogo al año si se evitaran las consultas catalogadas como innecesarias. De esta manera, consideramos que ese dinero podría invertirse

Finalmente, si consideramos que tener un profesional con experiencia en la guardia amerita un gasto institucional excedente de \$47,05 pesos (3,50 USD) y que el ahorro asociado a este profesional en términos de cantidad de re-consultas es de \$2.407,5 (179, 26UDS) menos por mes, se considera que contar con un equipo de dos profesionales con experiencia en la guardia por día implicará un ahorro económico prudente para la institución y mejor resultado en la satisfacción de los clientes atendidos.

5. DISCUSION

Después de todo lo mencionado hasta el momento, nos quedan algunas ideas pendientes que intentamos resolver en el presente apartado. En primer lugar, recuperamos las proposiciones de Paganini (2015)⁶ sobre la importancia de comprender a la salud como un problema público más allá de la dependencia institucional. Para esto, se retoma lo planteado por González Pérez (2010)⁴ respecto a la ética profesional médica como una ley divina,

inmutable, sagrada e intachable. Cuando en realidad no todas las organizaciones ni entidades medicinales se orientan únicamente por el bienestar colectivo. Es decir, a sabiendas que existe interés económico por parte de quienes administran y trabajan en las clínicas médicas privadas, eso no significa, necesariamente que los encargados sean *membretes económicos* en el sentido más peyorativo del término según Aguirre Gas (1997) ¹³. De hecho, lo planteado hasta ahora da cuenta, en gran parte, en qué medida la clínica no sólo ofrece una calidad de atención que no es destacable dado los grandes índices de reconsultas (cuyo motivo patológico coincide o se asocia al de la primera consulta). A su vez, es necesario aclarar que aquellos usuarios que no han regresado por una reconsulta a la guardia odontológica, no quieren decir que hayan sido atendidos con mayor eficacia. Esto es así porque, al no volver, desconocemos si se ha logrado resolver el motivo que trajo a la persona a realizar su primera consulta o, si la persona al no ver mejora, ha recurrido a otro espacio de atención. Esto nos indica, que una mala calidad de atención odontológica pondría en riesgo a la institución en cuanto a pérdidas de clientes.

Asimismo, hemos podido observar y comprobar que la excesiva tasa de reconsultas que frecuenta la clínica APO, también significa un costo económico extremadamente elevado. Atender a la cuestión económica no sólo implica considerar el porcentaje de ganancias del(os) dueño(s). También forma parte de la administración microeconómica, necesaria a la hora de pensar, por ejemplo, en la administración de insumos, en la inversión de más puestos de trabajo, mejores condiciones laborales a los trabajadores del lugar, entre otros. Consideramos que incluso, una mejor calidad del empleo, brindará

herramientas eficaces para mejorar la calidad de atención médica. Como ya hemos nombrado con autores como Neffa (2018) ²¹ y Bazalar Herrera y Balarzo López (2016) ²² las malas condiciones laborales de los trabajadores de la salud pueden repercutir en su salud personal, en su propia calidad de vida y en sus ganas y motivaciones por realizar sus tareas laborales.

Además, es necesario también poder tener una buena administración económica para poder afrontar contextos de crisis macroeconómicas que excedan a la propia institución (Castellanos, 1988) ¹⁴. Esto quiere decir que una buena administración económica podrá también garantizar un nivel de calidad de atención medianamente similar en los distintos contextos que atraviesen la realidad de cada espacio en un momento específico.

En este marco, encontramos que la clínica APO no sólo pierde la posibilidad de ahorrar una importante cifra de dinero por año, sino que, todo ese monto destinado a garantizar múltiples consultas por un mismo motivo podría reinvertirse en garantizar una mejor calidad de atención odontológica. Por eso, prestar atención en este punto no hace de sus dueños unos mercenarios sino todo lo contrario, sujetos conscientes de una buena administración económica para la mejor calidad de atención odontológica y, con ello, un mayor bienestar para cada uno de sus usuarios.

En este sentido, la inversión de la que estamos hablando consiste en un proyecto a futuro (es decir, que no traerá como consecuencia inmediata una repentina mejora en la calidad de atención médica, ni tampoco una abundante cantidad de ganancias instantáneas). Esto se trata de un largo proceso en el que la buena administración económica permitirá implementar proyectos orientados a una mejor atención médica. Entre algunos de ellos, encontramos

la gran necesidad de establecer una regularidad de capacitaciones a los profesionales de la guardia. Como en cualquier otra disciplina, los avances de la ciencia y las novedades de la realidad social (que es sumamente compleja y se encuentra en constante transformación) obligan a que la misma sea revisada, re-estudiada, y por ende, que los profesionales se capaciten e incorporen los distintos avances en el campo.

A su vez, consideramos que es fundamental establecer un protocolo de atención frente a los casos más frecuentes que recurren a la guardia. Esto permitirá establecer un acuerdo profesional sobre los modos de acción de la clínica en determinadas lesiones/ patologías bucales. De esta manera, se logrará dar una garantía a los usuarios sobre los procedimientos a realizar para atenderlos teniendo en cuenta un acuerdo profesional previo, discutido y consensuado. Esto evitará, por ejemplo, que suceda aquello que comprobamos con la encuesta estructurada que se ha realizado a los profesionales de la clínica. De esta manera, la modalidad de atención no quedará a la suerte de quién sea que atienda al paciente, sino que tendrá una coherencia más homogénea y regular, lograda desde el debate y consenso profesional de los sujetos intervinientes.

6. CONCLUSIONES

La primera y gran reflexión que presentamos para concluir este trabajo de investigación supone que, cualquiera sea la institución de salud que se estudie (es decir, financiada por el Estado o empresa privada), la calidad de atención es central en tanto que la salud es un problema de índole pública. De esta manera, nuestro aporte final en el marco de la Maestría en Salud Pública da cuenta de algunos aspectos a considerar a la hora de diagramar y

sistematizar la organización y el funcionamiento de un espacio médico particular. En este sentido, más allá de la dependencia institucional, la calidad de atención ha de ser un problema de índole pública que afecta a todos los ciudadanos argentinos.

A su vez, llegamos a corroborar nuestra hipótesis inicial que suponía la existencia relacional entre la gran tasa de reconsultas (caracterizadas por ser mayoritariamente coincidentes con la situación de primera consulta) y la formación y experiencia profesional de los odontólogos a cargo. Así vemos que las distribuciones de tiempo para cada profesional según su nivel de experiencia y antigüedad explica, en parte, por la reiterada aparición de usuarios presentándose a la guardia por segunda vez con la misma lesión/patología que la vez anterior. De esta manera, encontramos que los profesionales con más de 2 años de antigüedad en la guardia, pero menor a 20 años de antigüedad profesional y con una formación de egresado mayor a 5 años, tienen un impacto positivo en la resolución de los problemas odontológicos por guardia en primera instancia y resulta menos costoso para el financiamiento.

Asimismo, hallamos que las situaciones laborales en las que se encuentran trabajando los profesionales de la odontología en el servicio de guardia de dicha institución, muchas veces son desfavorables para asegurar una buena calidad de atención médica, repercutiendo mayormente este hecho en los profesionales de menor experiencia. Esto es así porque las situaciones laborales precarias o desatendidas muchas veces pueden repercutir en los profesionales aumentándoles el estrés o bajando la autoestima, deviniendo en un desgano generalizado a la hora de trabajar.

También es cierto que con el avance de la ciencia y los nuevos consumos (muchas veces comestibles que afectan directamente a la salud bucal y estomacal de los sujetos) implica la necesidad de que todos los profesionales puedan adquirir capacitaciones que los sigan formando para (re) interpretar constantemente la realidad compleja. Además, no sólo la ciencia descubre al tiempo nuevas patologías, sino que también suelen desarrollarse nuevos instrumentos, protocolos o modos de acción. Por ese motivo, y para evitar que la heterogeneidad de soluciones posibles ante una misma afección bucal dependa de las manos del odontólogo a cargo del usuario, es que también consideramos que urge la aplicación de instancias de capacitación y protocolos eficaces ante urgencias frecuentes a encontrar en la guardia. De esta manera, podremos asegurar que cada individuo se atienda asegurado bajo un protocolo discutido y consensuado por todo el equipo de trabajo de la clínica APO.

En este marco, encontramos que la cuestión económica resulta fundamental a la hora de pensar una mejor administración de la clínica. Es decir, con la inversión económica de estas nuevas instancias de formación continua (que incluye capacitaciones con perspectiva interdisciplinar, así como la elaboración e implementación de un protocolo de acción para la atención de la guardia odontológica), la clínica podrá lograr la acumulación económica necesaria para mejorar en un gran nivel la calidad de atención médica. Es decir, consideramos que la formación continua de los profesionales logrará reducir un porcentaje de la tasa de reconsultas que tiene la clínica en un año.

Al disminuir esa cantidad de usuarios que vuelven a frecuentar el espacio, la clínica logrará realizar un ahorro económico que luego puede ser

reinvertido, por ejemplo, en mejores condiciones laborales para cada uno de los odontólogos pertenecientes al espacio laboral. Con la mejora de las condiciones laborales, a su vez, se lograría una mejora en la calidad de atención ejercida por cada uno de ellos, repercutiendo directamente en un aumento de la satisfacción de cada cliente.

Finalizamos este trabajo, entonces, afirmando que la formación y experiencia del RRHH actuante en una guardia odontológica resulta fundamental para la resolución de los casos y la economía del sistema. El presente estudio demuestra que contar con profesionales sin experiencia, se asocia con mayor tasa de reconsultas y una inversión económica mayor por parte de las entidades financiadoras.

7. BIBLIOGRAFÍA

Referencias Bibliográficas

1. **Schlemenson, Aldo (1990)**. La perspectiva ética en el análisis organizacional. Buenos Aires, Paidós. (Introducción; capítulo 4 y 6).
2. **Palacio Lapuente, Jesús (2019)**. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. *AMF* 15(8):452-459
3. **Donabedian, A.(1984)**. La Calidad de Atención Médica. La Prensa Mexicana S.A. 1984.

4. **González Pérez, Ubaldo (2010).** La salud, la Enfermedad, la Responsabilidad y la Calidad de la Vida. En *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(3): 277-279.
5. **Paganini, José María (2006).** Hacia la definición de un nuevo paradigma para la equidad en salud. Una propuesta para el análisis de las bases filosóficas de la salud colectiva. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas 1 (3)*, pp.16-29.
6. **Paganini, José María (2015).** *Salud para todos, todos por la salud: la idea de la calidad. Una propuesta de Ley Nacional para despertar la autonomía moral de los actores de la salud.* Buenos Aires: CENAS Editora.
7. **Ziccardi, Alicia (2001).** Pobreza, desigualdad social y ciudadanía en América Latina. Ed. CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Buenos Aires: Argentina. Recuperado el 19/07/2019 en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsdl/collect/clacso/index/assoc/D2911.dir/ziccardi2.pdf>
8. **Payares González, Carlos (2007).** La incorporación de las ciencias sociales en la formación del recurso humano odontológico. *Duazary*, vol. 4 num. 2, pp. 168 - 172.
9. **Arrondo Constanzo, Fernanda (2018).** “La calidad de la atención como camino hacia el derecho de la salud. Propuesta del Curso Optativo de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP: El caso Expósito”. Trabajo

final integrador para obtener el título de Especialización en Docencia Universitaria por la Universidad Nacional de La Plata. Argentina.

10. **Coscarelli, N.; Seara, S.; Medina, M. y Saporitti, F. (2013).** Compromiso social en educación odontológica. Ponencia presentada en el *XI Encuentro de Universidades Nacionales* realizado en la Universidad Nacional de San Luis en septiembre del 2013.
11. **Roggerone, Leonor Palomer (2016).** Inequidades en salud bucal. Factores que determinan su realidad en Chile. En *Acta Bioethica* 22 (2): 315-319.
12. **Moiso, Adriana (2007).** "Determinantes de la Salud". En Barragán, Horacio Luis (2007). *Fundamentos de Salud Pública*. Ed. Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires: Argentina.
13. **Aguirre Gas, Héctor (1997).** Administración de la calidad de la atención médica. *Revista Med IMSS*; 35 (4):257-264.
14. **Castellanos, Pedro Luis (1988).** Sobre el concepto de salud enfermedad. Un Punto de Vista Epidemiológico. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Vol. 11. pp. 40-55.*
15. **Rodríguez Calzadilla, Amado y Valiente Zaldívar, Carolina (1999).** Vigilancia epidemiológica del Estado de salud bucal. *Revista Cubana Estomatol n°36 Vol 2 pp.158-170.*

16. **March, Joan C. y Prieto, M^a Ángeles (2001)**. La calidad y la salud pública: un reto hacia una salud pública basada en la evidencia. *Revista Calidad Asistencial n°16*, pp. 57-60.
17. **Izzeddin-Abou, Roba y Jiménez, Francis (2013)**. Bioética en odontología, una visión con principios. *Revista CES Odontología 26(1)*: 68-76.
18. **Almares Pupo, Bárbara (2003)**. Barreras que afectan la comunicación médico - paciente. Hospital "Lucía Iñiguez Landín". Febrero - Junio 2002. *Correo Científico Médico Holguín 7(2)*. Recuperado el 22/07/2019 en <http://www.cocmed.sld.cu/no72/n72ori7.htm>
19. **Medrano Cortes, Eduardo; Starlight Franco Trejo, Christian; Medrano Rodriguez, Juan Carlos; Casas Gómez, Casandra (2014)**. Asociación entre el motivo de consulta y el diagnóstico en pacientes de la climuzac. *Revista Iberoamericana de Ciencias de la Salud: RICS. Vol 3, n°6, p.1-12*. Recuperado el 20/07/2019 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5045741>
20. **Simini, F.; Salveraglio, I.; Piovesan, S.; Ressi, S.; Amarin, C.; Lorenzo, S. y Blanco S. (2013)**. REDIENTE: historia clínica odontológica ubicua con indicadores de calidad de servicios y evaluación epidemiológica. *En 4to Congreso Argentino de Informática y Salud, CAIS, ISSN: 1853-1881, pp. 301-309*.
21. **Neffa, Julio César (2018)**. Permanencia y cambios en el mundo del trabajo ante el desafío del nuevo modo de desarrollo. El impacto de los

cambios del proceso de trabajo sobre la salud de los trabajadores. En Pérez, Pablo y López, Emiliano (Coords.) (2018). *¿Un nuevo ciclo regresivo en Argentina? Mundo del trabajo, conflictos laborales y crisis de hegemonía*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. (Estudios/Investigaciones; 69). Recuperado de <http://libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/120>

22. **Bazalar Herrera, Mariella y Balarezo López, Gunther (2016)**. El síndrome de Burnout en los profesionales de odontología. En *PAIDEIA* 5(6), pp. 114-125, Lima. Recuperado en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/Paideia/article/view/901>

23. **Araya Vallespir, Carlos F. (2011)**. *Calidad percibida en la atención odontológica a una población urbana usuaria de un centro de salud familiar: una valoración empírica de los elementos intangibles de los servicios de salud*. Talcahuano. Chile. Trabajo de tesis para obtener el título de Doctor en Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

24. **Zanabria Coli, Rosario Jacqueline (2017)**. “*Calidad de atención en la consulta odontológica y nivel de satisfacción en gestantes de Microred Chupaca - Junín período 2016*”. Tesis para la obtención del título de Magister en Administración de Servicios de la Salud por la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Perú.

25. **Carrillo Tarascio, Daphne Y Romero Uzcátegui, Yajaira C. (2007)**. Evaluación de calidad de la atención odontológica de los servicios de salud adscritos a la Corporación Merideña de Salud en el Municipio

Libertador del Estado Mérida. 2005. *Acta Odontológica Venezolana*, 45(2), 198-203. Recuperado en 18 de julio de 2019, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000200012&lng=es&tlng=es.

26. **Cigales Reyes, Anabel; Chaviano Moreno, Magalys; Sánchez Delgado, Zoe; Robaina Rivero, Estela del Rosario y García Romero, Milaida (2011)**. Comportamiento epidemilógico de urgencia por caries dental. Policlínico Universitario 7 de Diciembre. Jagüey Grande. Matanzas. *Revista Médica Electrónica* 33(4).

27. **Caamaño, Carmen; Martínez, José Ramón, Alonso, Margarita, Hernández, Aurora y Martínez-Renedo, Eva (2006)**. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios. En *Revista Calidad Asistencial* 21(3):143-149.

28. **Delgado-Gallego, María E.; Vazquez-Navarrete, María L.; de Moraes-Vanderlei, Lygia (2010)**. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Revista de salud pública*. 12(4): 533-545.

29. **Mulbany, P. y Bordoni, N. (2014)**. Modelo para la toma de decisiones en atención odontológica: descripción y puesta a prueba de un modelo de intervención a nivel local. *Revista de Salud Pública (XVIII)* 3, pp. 15-30.

30. **Arrondo, C. Fernanda; Barragán, Santiago; Mazzieri, Federico; García, Gladys; Spath, Griselda; Kolman, Maximiliano; Barrios,**

Brenda (2016). Calidad para la equidad en salud. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Tercera Época. 6(5): 1-1.*

31. **Biscioni, Diego; Galán, Julieta; Arrondo, Fernanda; Lazo, Sergio y Etchegoyen, Graciela (2016).** Segunda etapa del plan de mejora continua de la calidad en salud bucal en la ciudad de Berisso, Provincia de Buenos Aires. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Tercera Época. 6(5): 1-1.*

32. **Christidis N, Smedberg E, Hägglund H, Hedenberg-Magnusson B. (2010)** Patients' experience of care and treatment outcome at the Department of Clinical Oral Physiology, Dental Public Service in Stockholm. *Swed Dent J. 34(1):43-52.*

Otras bibliografías y trabajos de consulta y lectura.

- **Araya Vallespir, Carlos F.; Bustos Leal, Alex; Castillo, Francisca; Oliva Belmar, Patricio y Araya Gonzalvo, Javier (2012).** Determinación de la calidad del servicio odontológico de un Centro de Salud Pública Basado en Intangibles. Talcahuano. Chile. *Int. J. Odontostomat., 6(3):349-354.*
- **Estrada Verdeja, Viviana, Hidalgo, Carmen Rosa, Expósito Martín, Idelbys, & Martín Zaldivar, Ledia. (2010).** Estrategia de Intervención para mejorar la calidad del servicio estomatológico de urgencias. *Revista Archivo Médico de Camagüey, 14(4)* Recuperado en 19 de julio de 2019,

de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000400006&lng=es&tlng=.

- **Llompart, Gabriela; Marin, Gustavo H.; Silberman, Martín; Merlo, Inés; Zurriaga, Oscar; GIS (2010).** Oral health in 6-year-old schoolchildren from Berisso, Argentina: Falling far short of WHO goals. En *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Jan 1; 15 (1):e101-5.
- **Marin, Gustavo H.; Silberman, Martín; Mansilla, Eduardo y Sanguinetti, Carlos (2015).** Costs of dental rehabilitation: State policies to reduce inequalities. En *International Research Journal of Public and Environmental Health Vol.2 (5)*,pp. 61-64.
- **Marin, Gustavo H.; Rivadulla, Patricia; Negro, Laura; Gelemur, Marta; Etehegoyen, Graciela y GIS (2008).** Estudio poblacional de prevalencia de anemia en la población adulta de Buenos Aires, Argentina. En *Aten primaria n°40(3)*: 133-8.
- **Paganini, José María (2014).** La responsabilidad moral de las ciencias médicas y la equidad y calidad en salud. Ed. *Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud y Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires*.
- **Paganini, José María (2001).** La salud y la equidad. Fundamentos conceptuales, definiciones, propuestas de acción. Trabajo presentado durante la *Reunión de Ministros de Salud Iberoamericanos organizada por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Panamá y el PNDU los días 18-20 de octubre, 2000. República de Panamá*.

- **Paganini, José María (1993).** Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. *Serie HSS/SILOS-30.Organización Panamericana de la Salud, Washington.*
- **Silberman, Martín; Marin, Gustavo H.; Pozzio, María y Sanguinetti, Carlos (2013).** “El rostro sin dientes del sistema de salud”. Salud bucal y el sistema de salud como determinante social. Una experiencia en la provincia de Buenos Aires, Argentina. En *Archivos de medicina familiar y general* • vol 10, n° 1 pp.22-29.
- **Ybarro Barreto, Lizbeth Magali (2017).** *Calidad de atención y satisfacción del usuario externo en el servicio de odontología del Puesto de Salud Olleros - Huaraz.* Tesis para obtener el título de Maestra en Gestión de los Servicios de Salud por la Universidad César Vallejo, Perú.

• 8.ANEXOS

Encuesta para odontólogos participantes del proyecto

Encierre con un círculo la opción que considere correcta

1. ¿Cómo resuelve un cuadro de pulpitis?

- a) Saca radiografía y realizo la apertura
- b) Lo medica
- c) Saca radiografía le realiza la apertura y lo deriva al área de endodoncia

2. ¿Cómo resuelve un cuadro de Pericoronaritis?

- a) Le realiza lavajes con h2o2 + antibiótico y analgésico
- b) Le da un antibiótico y un analgésico
- c) Además de hacer las maniobras anteriores, le solicita una radiografía. Panorámica y lo deriva a cirugía.

3. ¿Cómo resuelve un cuadro de absceso gingival?

- a) Intenta drenarlo
- b) Le indica antibiótico y analgésico más buches de agua tibia
- c) Le realiza las maniobras anteriores y además lo cita para un control

4. ¿Qué maniobra realiza en caso de que un paciente concorra a la guardia con un perno y corona descementado?

- a) Se lo cementa con un cemento provisorio hasta que vea a su odontólogo
- b) Se lo cementa con un cemento definitivo
- c) No se lo cementa si cree a su criterio q el perno y corona está deteriorado o no apto para ser cementado

5. ¿Qué maniobra realiza si un paciente concurre a la guardia y su motivo de consulta es que se le salió una restauración?

- a) Le coloca pasta provisorio sin ver cuál fue la causa y lo deriva al área de odontología general
- b) Le coloca una restauración definitiva realizada con resinas compuestas (composites)
- c) Remueve el tejido cariado si esta fuera la causa, coloca pasta provisorio y lo deriva al área de odontología general.

6. ¿Qué maniobra realiza si concurre a la guardia un paciente con una pieza dentaria para extraer?

- a) Se la extrae
- b) Saca radiografía, lo medica y deriva a Cirugía
- c) Lo medica con antibióticos y analgésicos

7. ¿Qué maniobra realiza si concurre a la guardia un paciente al cual se le ha salido una restauración en el sector anterior?

- a) Hace una restauración provisorio
- b) Hace la restauración definitiva
- c) No le hace nada

8. ¿Qué maniobra realiza si concurre un paciente con un cuadro de alveolitis?

- a) Anestesia, Curetaje y lavajes + gasa yodoformada
- b) Solo coloco Gasa yodoformada
- c) Lo medica con analgésicos y antibióticos

9. ¿Cómo actúa en el caso de una avulsión dentaria, q el paciente trae la pieza dentaria?

- a) Curetea, reimplanta la pieza y feruliza
- b) Ve en que medio y en qué condiciones trajo el paciente la pieza dentaria y trata de reimplantarla
- c) No la reimplanta cohibe la hemorragia y receta un analgésico antiinflamatorio

10. ¿Cómo resuelve si un paciente concurre relatando que se le salió una corona y la perdió?

- a) Solo le realiza un provisorio si es del sector anterior y hay compromiso estético
- b) No le realiza provisorio
- c) Realiza un provisorio sin importar que la pieza sea sector anterior o posterior

11. ¿Cómo resuelve un cuadro de absceso periapical en una pieza que tiene endodoncia?

- a) Observa si tiene fistula, prescribe antibióticos y buches de agua tibia para q drene
- b) Realiza un drenaje con hoja de bisturí + buches de agua tibia + antibióticos
- c) Le prescribe antibióticos y analgésicos

12. ¿Cómo resuelve una consulta en la cual al paciente se le ha fracturado una prótesis parcial removible de acrílico?

- a) Le realiza la compostura
- b) Le toma una impresión de arrastre y le dice q debe dejar la prótesis para que el laboratorio realice la compostura
- c) No le realiza nada

13. ¿Cómo resuelve una consulta donde un paciente con ortodoncia fija presenta desadaptado el arco de su tratamiento?

- a) Le corta el extremo para que no le lastime y le indica que vea a su Ortodoncista
- b) Se lo reacomoda en su lugar
- c) Le explica que usted no es especialista en ortodoncia por lo cual no puede proceder a realizar ninguna maniobra

d) ¿Cómo resuelve una hemorragia postexodoncia?

- a) Cohíbe la hemorragia colocando esponjas hemostáticas
- b) Sutura
- c) Cohíbe la hemorragia, controla tiempos y luego sutura

Modelo de Planilla utilizada para recolectar características de los profesionales de guardia.

Profesional: (indicar solo iniciales) _____

- Marcar con una cruz en que grupo se encuentra.

- **Edad:**

A: menor de 30 años

B: entre 31 y 39 años

C: mayor de 40 años.

- **Años de graduado:**

1. Menos de 2 años

2. de 2 a 5 años

3. de 5 a 10 años

- **Formación**

Solo título de Grado.

Título de posgrado:(especialista, magister, doctor) indicar cual

- **Tiempo en el servicio de Guardia del profesional:**

d) Menos de 6 meses de antigüedad

e) Entre 6 meses y 5 años de antigüedad

f) Entre 5 años y 10 años de antigüedad

g) Entre 10 y 15 años de antigüedad

h) Mas de 15 años de antigüedad

