

**BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS PREVENTIVOS U CORRECTIVOS
DE ODONTOLOGIA**



**ISABEL CRISTINA PRECIADO
CRISTINA ISABEL URBANO**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESCUELA NACIONAL DE NEGOCIOS
FACULTAD DE POSTGRADOS
PROGRAMA DE ADMINISTRACION HOSPITALARIA
POPAYÁN
2012**

**BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS PREVENTIVOS U CORRECTIVOS
DE ODONTOLOGIA**



**ISABEL CRISTINA PRECIADO
CRISTINA ISABEL URBANO**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE ADMINISTRADOR
HOSPITALARIO.**

ASESOR ACADÉMICO: FONOAUDIÓLOGO. AUGUSTO MUÑOZ CAICEDO

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

**ESCUELA NACIONAL DE NEGOCIOS
FACULTAD DE POSTGRADOS
PROGRAMA DE ADMINISTRACION HOSPITALARIA
POPAYÁN
2012**

TABLA DE CONTENIDO

| | Pág. |
|---|------|
| HOJA DE APROBACIÓN | i |
| AGRADECIMIENTOS | ii |
| LISTA DE ANEXOS | iii |
| GLOSARIO | iv |
| RESUMEN | v |
| INTRODUCCION----- | 1 |
| 1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA ----- | 2 |
| 2 OBJETIVOS----- | 7 |
| 2.1 GENERAL----- | 7 |
| 2.2 ESPECIFICOS----- | 7 |
| 3 MARCO TEÓRICO | |
| 3.1 BASES CONCEPTUALES DE LA CALIDAD EN SALUD ----- | 8 |
| 3.2 ASPECTOS GENERALES EN ODONTOLOGIA ----- | 10 |
| 3.3 POLITICA NACIONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS----- | 13 |
| 3.4 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN----- | 19 |
| 3.4.1.PERSPECTIVA DE LA PROMOCIÓN Y LA PREVENCIÓN ----- | 21 |
| 3.4.2. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN COLOMBIA.----- | 22 |
| 4 METODOLOGIA | |
| 4.1 TIPO DE ESTUDIO ----- | 24 |
| 4.2 ÁREA DE ESTUDIO ----- | 24 |
| 4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA ----- | 24 |
| 4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN----- | 25 |
| 4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN ----- | 25 |
| 4.6 VARIABLES ----- | 25 |
| 5 RESULTADOS ----- | 26 |
| 6 DISCUSION----- | 30 |
| 7 CONCLUSIONES----- | 33 |
| 8 RECOMENDACIONES----- | 35 |
| BIBLIOGRAFIA | |
| ANEXOS | |

Popayán, 27 de Junio de 2012

Doctor
JORGE ERNESTO OCHOA MONTES
Director Posgrados en Salud
Universidad EAN
Ciudad.

Apreciado Doctor:

Comedidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento y revisado el Informe Final de Investigación –IFI-, elaborado por **ISABEL CRISTINA PRECIADO PITO Y CRISTINA ISABEL URBANO**, estudiantes de la especialización “administración HOSPITALARIA” desarrollado por la Universidad EAN en la ciudad de **Popayán** titulado: “**BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS PREVENTIVOS U CORRECTIVOS DE ODONTOLOGIA**”, cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en la norma ICONTEC y la “Guía estandarizada de Investigación de la EAN” y por lo tanto dicho Informe es **APROBADO**.

Cordialmente,


AUGUSTO MUÑOZ CAICEDO
Asesor del Informe Final de Investigación

AGRADECIMIENTOS

Las autoras del presente trabajo de investigación expresan sus agradecimientos a las siguientes instituciones y personas:

Al Centro de Salud Sur Occidente de la E.S.E Popayán, institución que facilitó la correspondiente documentación como apoyo para la investigación.

A la Escuela Nacional de Negocios al proporcionarnos un selecto cuerpo de docentes quienes nos brindaron toda su sabiduría.

Al Dr. Augusto Muñoz Caicedo. Fonoaudiólogo, Magister en Salud Pública, especialista en Administración Hospitalaria, especialista en Auditoría de la Calidad, por su inmensa colaboración y constante preocupación para lograr el éxito obtenido

LISTA DE ANEXOS

Pág.

| | |
|--|----|
| Anexo: Instrumento de Recolección de la Información, Encuesta Barreras De Acceso. ----- | 37 |
| Anexo: Carta de derecho de autor: autorización de publicación a favor de la EAN. -- | 41 |

GLOSARIO

- **Caries dental:** La caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana.
- **Odontología:** La odontología o estomatología es una rama de las ciencias de la salud que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático (que incluye los dientes, las encías, la lengua, el paladar, la mucosa oral, las glándulas salivales y otras estructuras anatómicas implicadas, como los labios, las amígdalas, la oro faringe y la articulación temporomandibular).
- **Prevención en salud oral:** La prevención se lleva a cabo eliminando los factores que puedan causar lesiones, antes de que sean efectivos. La intervención tiene lugar antes de que se produzca la enfermedad, siendo su objetivo principal el impedir o retrasar la aparición de la misma.
- **Promoción en salud:** Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la

abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente. (Fuente: Cartas de Ottawa y Yakarta).

- Urgencia odontológica: Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica urgente o apremiante para tratar una situación de dolor o trauma que puede ser causado por varios aspectos: un proceso de caries que genera una pulpitis o un proceso infeccioso llegando hasta un absceso dental, inflamación, hemorragia o accidente (fractura de una prótesis, fractura de un diente o pérdida de un diente por traumatismo). Problemas generados con las prótesis o aparatos.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de conocer las barreras de acceso a los servicios preventivos u correctivos de odontología en el Centro De Salud Sur Occidente de la Empresa Social del Estado E.S.E Popayán. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de 60 pacientes que asistieron a consulta odontológica en el Centro de Salud Sur Occidente de la Empresa Social del Estado ESE Popayán, durante el mes de mayo del año 2012. Se utilizó una encuesta estructurada para indagar las características socio demográficas de la población y las posibles causas de tipo externo y propio del usuario que lleva a la población a no asistir oportunamente al servicio odontológico. Se encontró que las barreras más frecuentes son la falta de recursos económicos, la dificultad para la consecución de una cita, el vivir muy lejos del Centro de Salud, el mal trato del profesional, la ansiedad por los tratamientos.

ABSTRACT

PALABRAS CLAVES: Barreras, Accesibilidad Prevención Odontología.

BARRIERS TO ACCESS SERVICES DENTAL PREVENTIVE AND CORRECTIVE

This research was performed in order to understand the barriers to preventive or corrective dentistry in the South West Health Center of the State Social Enterprise ESE Popayan. We performed a cross sectional study in a sample of 60 patients attending a dental visit in the South West Health Center of the State Social Enterprise ESE Popayan during the month of

May 2012. A structured survey was used to investigate the sociodemographic characteristics of the population and the possible causes of type external user's own leading to people not to provide timely assistance to the dental service. We found that common barriers include lack of financial resources, difficulty achieving an appointment, living far from the center of Health, professional abuse, anxiety treatments.

KEYWORDS: Barriers, Accessibility Prevention Dentistry.

INTRODUCCIÓN

En nuestro proceso de aprendizaje hemos recibido formación profesional en análisis clínico, uso de materiales, instrumental y equipos para el tratamiento de la salud oral; en el momento al cursar la especialidad en Administración Hospitalaria, hemos adquirido diferentes conceptos, por medio de los cuales nos hemos ido familiarizando con diversas disciplinas que nos han hecho comprender la importancia que tiene un cliente como un centro de un servicio o un bien producto.

Como nos hemos dado cuenta en nuestro diario vivir con nuestras prácticas profesionales, que la mayoría de los pacientes que asisten a consulta odontológica, perciben una situación de inconformidad basados en desconocimiento de sus deberes, falta de información, inconformidad por el servicio e incluso malos tratos por parte de los prestadores de servicio de atención odontológica. Ello hace que los pacientes, presenten pocos dientes sanos y un alto número de dientes restaurados o extraídos, por no asistir a un periódico control de la salud dental.

Por lo anterior y gracias a lo aprendido durante la especialización, consideramos que los resultados de esta investigación, sensibilizaran al personal de odontología, para generar ciertos cambios en la atención del paciente y así pretender que el cuidado de su salud dental sea importante y acuda oportunamente a los servicios de odontología minimizando los daños irreparables que se puedan ocasionar.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El nuevo modelo de prestación de servicios de salud, a partir de la Ley 100 de 1993, impone la necesidad de garantizar la calidad y cobertura del servicio, teniendo en cuenta el desarrollo de actividades de promoción y prevención, específicamente en materia de salud oral, como un objetivo fundamental.

Una de las dificultades frecuentemente reportadas por los odontólogos durante los tratamientos y con gran impacto en la salud oral, es el incumplimiento a citas por parte de los pacientes y la conducta de evitar la intervención del odontólogo, siendo frecuentemente manifestadas la ansiedad ante los tratamientos odontológicos, lo cual causa una gran preocupación por las consecuencias en la salud oral y el bienestar de los pacientes. Al respecto, Samorodnitzky & Levin, (2005) afirman que: "...la asistencia inoportuna, causa en el tratamiento odontológico un incremento de los costos restaurativos, derivados de la evitación prolongada a las consultas normales, que en muchos casos excede los recursos disponibles para el cuidado de la salud oral...".

El no asistir oportunamente a los servicios odontológicos, trae como consecuencia el aumento de enfermedades en las que se incluyen la pérdida dental por caries, periodontitis, fracturas trauma, creando una cadena de reforzamiento negativo.

En relación con la epidemiología del desorden, Rowen (2005), manifiesta que la asistencia inoportuna es debido a un desencadenante de temor, ansiedad dental, que afecta a casi 50 millones de personas en los Estados Unidos y de este número, 25 millones deben su ansiedad a experiencias traumáticas en la niñez.

De igual forma un estudio epidemiológico realizado por Fonseca & Pacini, (2005) efectuado en Brasil, cuyos objetivos fueron verificar la prevalencia a lo largo de la vida y develar las características socio demográficas de las personas con esta fobia específica y utilizando una muestra de 756 habitantes entre hombres y mujeres, concluyó que existe una prevalencia del 1,8% para este tipo de ansiedad a lo largo de la vida. Igualmente, se encontró que la edad de inicio reportada para la aparición de la fobia, se encuentra alrededor de los 12 años y que existe una prevalencia mayor en las mujeres.

En otro estudio realizado en Turquía, Firat & cols, (2006), encontraron una prevalencia de ansiedad dental del 21,3% en una población general, que incluye hombres y mujeres. A nivel de Latinoamérica, Livia y Manrique (2001), mencionan una prevalencia de ansiedad dental del 9 al 15% para la población del Perú. De igual forma, Álvarez & Casanova (2006) reportan que en Cuba aproximadamente un 10,5% de la población, lo padece.

Según cifras entregadas por la Dirección de Salud Pública de Colombia, se evidencia que el estado de higiene oral de los colombianos es precario, puesto que de una muestra tomada en la ciudad de Bogotá, el 88.4% de éstos tiene una higiene oral deficiente, el 7.7 % se clasifica en estado regular y tan solo el 2.9% de los colombianos tiene una buena salud oral o una salud oral aceptable, no excelente.

El último estudio nacional de salud bucal, ENSAB III realizado en Colombia, encontró grandes diferencias en las condiciones orales entre los diversos grupos de población: los menores de 12 años han logrado un cambio positivo en el estado de salud oral, pero no ocurre lo mismo para los grupos de mayor edad, donde el 89 % de las personas entre 15 y 19 años y el 95% de los mayores de 20 años presentaron historia de caries, lo que significa que se pierde el interés y los hábitos de prevención en los adolescentes y adultos. Por otro lado, el 92 % de los colombianos presentaron algún signo de enfermedad de las encías y llama aún más la atención que el 61 % de los mayores de 12 años presentaran sangrado y cálculos dentales simultáneamente.

Uno de los aspectos más preocupantes es el índice COP-d, que indica el promedio de dientes afectados por persona. De acuerdo con este indicador, Colombia se encuentra clasificada por la Organización Mundial de la Salud dentro de los países con alto índice de caries, es decir con un problema de importancia de Salud Pública. Al compararse con indicadores mundiales

de países como Alemania, Australia o Bélgica, se evidencia lo lejos que estamos de alcanzar un óptimo nivel de salud oral si no se toman medidas al respecto.

Datos del estudio demuestran que los colombianos en su mayoría, consultan al odontólogo cuando presentan alguna molestia o dolor en su boca, lo cual podría prevenirse con una correcta rutina de limpieza: hilo dental + cepillado + Enjuague bucal y asistiendo regularmente 2 veces al año al odontólogo.

El cepillado y el uso del hilo dental son los procedimientos más comunes para el control de la placa bacteriana. Sin embargo los estudios demuestran que cerca del 67% de las superficies bucales no quedan limpias de bacterias después de estos procedimientos.

En Colombia, en el Centro de Salud Santa Inés del parque social Manuel Aguirre de la UCAB, encontró que el 35% de los pacientes desconocen el procedimiento clínico, sea este preventivo o curativo, el 30% ha recibido previamente información negativa hacia la consulta y el 20% manifiesta una conducta de perturbación y temor ante el odontólogo.

A pesar del interés en esta problemática evidenciada en otros países, en Colombia no existen

estudios acerca las causas del acceso tardío a los servicios preventivos en cuanto al tratamiento odontológico, lo que ha resultado en un desconocimiento acerca de la incidencia de esta problemática en la población y de sus características.

La falta de estudios de este tipo en Colombia, presenta como consecuencia adicional una carencia en la utilización de estrategias de intervención distintas a las derivadas de la experiencia particular de cada odontólogo, las cuales en su mayoría no se encuentran validadas o están centradas en el manejo farmacológico.

Lo anterior nos lleva a plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las barreras de acceso a los servicios preventivos o correctivos de odontología, en la población que asiste a la ESE Popayán?.

2. OBJETIVOS

2.1. GENERAL

- Determinar las barreras de acceso a los servicios preventivos u correctivos de odontología, en la población que asiste a la ESE Popayán, durante el año 2012.

2.2. ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.
- Determinar las barreras externas al usuario hacia los servicios de odontología
- Determinar las barreras personales hacia los servicios de odontología

3. MARCO TEÓRICO

3.1. BASES CONCEPTUALES DE LA CALIDAD EN SALUD

La ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2000), incluye en el concepto de calidad a grupos involucrados: clientes (pacientes), proveedores, planificadores, personal de Salud. Este organismo internacional, rector de la Salud a nivel mundial, concibe la calidad como:

La Calidad en la atención de Salud consiste en la apropiada ejecución (de acuerdo en las estándares) de investigaciones de probada seguridad, que son económicamente accesible a la población en cuestión y que posee la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición”.

Un buen servicio, trato por parte de todo el personal encargado desde el momento que toca el Centro de Salud y un excelente tratamiento es lo que busca el paciente.

Por ende es importante tener bien claro este concepto ya que los pacientes están al tanto por diferentes medios de comunicación productos que ofrecen mayor calidad y menor costo sus ventajas, desventajas, formas y procedimientos etc.

Según Solano (2001), en la sociedad Americana para el Control de la Calidad quien hace referencia a los conceptos de Berry, T. Harrington, J & Juran, J, la calidad total es una filosofía organizacional, pero lo más importante es buscar la satisfacción del cliente, expectativas y necesidades de lo mismo.

Los autores anteriormente citados, consideran que la Calidad Total se define como: “La Calidad se puede definir con el juicio personal, con base en especificaciones, en la opinión del cliente o el usuario y el valor del uso”

Para Solano, “... y la gerencia o gestión de la calidad total es una aproximación estratégica basada en una metodología dirigida a desarrollar ventajas competitivas con base en la satisfacción del cliente, mediante el mejoramiento continuo de los procesos, productos y servicios.”

Hellriegel, D. et al. (1999), señalan que:

La Calidad es la peculiaridad y la característica de un producto o servicio que se relaciona con la capacidad de satisfacer determinadas necesidades, la mejoría de la calidad es imprescindible para que las organizaciones sigan siendo competitivas. La administración de la calidad total (Total Quality Management) TQM es una filosofía organizacional y estratégica a largo plazo que hace que las continuas mejorías en la calidad sean responsabilidad de todos los empleados. Exigen dedicación para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.

Galán Morera, R., Malangón-Londoño, G., & Pontón Laverde, G., en su obra *Administración Hospitalaria* (2000), definen, en cuanto a la calidad de los productos o servicios, el término Calidad como: “ La mejor conveniencia de un producto o servicio, en relación con el uso que se le va a dar, es decir a su eficacia. Si se presenta un adecuado producto mayor será su calidad”.

Por eso, que todo el personal que presta los servicios no solo de odontología sino desde la persona que da las citas debe centrar sus objetivos en el paciente siguiendo las indicaciones de las mejores prácticas gerenciales por eso se entiende que el centro de toda organización es el usuario, cliente.

3.2. ASPECTOS GENERALES EN ODONTOLOGÍA

Gran parte de la población no tiene una cultura de control periódico o preventivo en salud oral, por ejemplo un paciente con caries, no sabe de su existencia porque no ha acudido a controles periódicos u preventivos, por ende sigue su vida normal. Esto se puede dar por el desconocimiento o por la falta de tiempo, dinero o simplemente la ausencia de dolor, hace que lo dejen en un segundo plano.

Frecuentemente cuando se percibe el dolor dental, la conducta es ingerir un medicamento para eliminarlo y así evadir la asistencia al odontólogo, pero este tipo de conductas incorrectas, pueden desencadenar la aparición de nuevas enfermedades y consultas tardías al servicio de odontología, donde incluso la única solución es la exodoncia.

El desconocimiento de conductas de salud oral preventiva, se puede decir que la determinan factores culturales y socioeconómicos que incluyen el poco interés por parte de toda la población en el cuidado de sus dientes y por la baja inversión en el área preventiva.

La atención odontológica ha sido normada según las necesidades de los problemas odontológicos del paciente.

La tesis “Modelo de Atención Odontológica Hospitalaria”, de Paz- Calles & Quintero (1990) refiere en sus conclusiones que:

1. “Los profesionales de la odontología requieren pautas para minimizar los niveles de enfermedades de caries dental y enfermedades periodontales”.

2. En un alto índice de pacientes con tratamiento protésico son las consecuencias del padecimiento de las caries y enfermedades periodontales sin tratar.

3. Un factor importante de la patología bucal es la falta de educación en salud bucal.

Por ello, Paz-Calles et al recomiendan “fomentar en la población estudiantil de odontología principios morales éticos, económicos, gerenciales con el propósito de cambiar la salud bucal de curativa a preventiva, formando profesionales de la salud en las áreas integrales y con visión social.”

Todo el personal que participa en la atención de los pacientes, tiene la obligación o el deber de tener al paciente como un todo. Cuando existe compromiso y se entiende la función en el trabajo y se posee el conocimiento adecuado de la problemática que se está presentando desde la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, el paciente gozará de una atención adecuada, eficaz, eficiente y de calidad en los servicios.

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, describe cinco principios de la salud: Equidad, Eficiencia, Efectividad, calidad, sostenibilidad y participación social, y el Cnel. (Av.) Humberto Álvarez, (1999) refiere que el factor humano es el epicentro para

Producir los cambios necesarios en la organización, no solo estructural sino también gerencial.

3.3. POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con el propósito de garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los colombianos, se formuló la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud

En la formulación fue fundamental el acuerdo sobre los principios orientadores de la política, los cuales reconocen la heterogeneidad del país, la descentralización, la posibilidad de

diferentes modelos de prestación de servicios, la rendición de cuentas, la atención centrada en el usuario, la participación ciudadana y la salud como objetivo final del sistema.

Enmarcada en estos principios, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud se desarrolla a partir de tres ejes, accesibilidad, calidad y eficiencia, en cada uno de los cuales se

definen estrategias, líneas de acción y proyectos o programas a ejecutar en los próximos años.

La consecución de los objetivos y el desarrollo de las estrategias y líneas de acción, exigen el compromiso por parte de las autoridades sanitarias nacionales y locales de cumplir con el papel de rectoría y vigilancia, así como un trabajo articulado con los usuarios, la academia, los aseguradores, los prestadores y los gremios para lograr el mejoramiento en el acceso, calidad y eficiencia de los servicios de salud en Colombia.

a. Problemática de la Prestación de Servicios de Salud

Múltiples han sido los diagnósticos sobre los prestadores de servicios de salud en Colombia. Estudios como el realizado sobre la problemática hospitalaria en 1988 por la Previsora SA, el estudio sectorial de salud, los trabajos del Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación, así como los del Centro de Gestión Hospitalaria y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, entre otros, han evidenciado la problemática de los prestadores de servicios de salud.

Dicha problemática puede clasificarse en dos grupos, de una parte los problemas acumulados, que corresponden a situaciones que aún antes del nuevo sistema de seguridad

social se identificaron y continúan vigentes, y los problemas emergentes, que se presentan como consecuencia de las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano, los cambios político administrativos de los últimos años o por las modificaciones en la situación de salud de la población.

- **Problemas Acumulados:** Baja capacidad resolutive, Inflexibilidad del régimen laboral del sector público, ausencia de mecanismos de evaluación e incorporación de tecnología, ausencia de un sistema de rendición de cuentas, debilidad en los procesos de articulación departamento / municipio, debilidades en la gestión, no se ha logrado la universalidad en el aseguramiento.

- **Problemas Emergentes:** El propósito de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población.

b. Principios de la Política de prestación de servicios de salud

El principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población enmarcándose en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El Ministerio de la Protección Social, conforme a la responsabilidad asignada en la normatividad vigente, a la problemática detectada y a las recomendaciones de los actores del SGSSS, consideró de vital importancia formular la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, que determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia.

Admite que la prestación de servicios de salud, se desarrolla en un escenario descentralizado, con definición de competencias, recursos y acciones de control de la prestación de servicios en las entidades territoriales.

Reconoce que la prestación de servicios se desarrolla en condiciones de ajuste fiscal y en un entorno de competencia.

Permite el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que su organización de respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población, en especial a la que se encuentra en situación de vulnerabilidad.

Reconoce la necesidad de explorar y fortalecer todas las posibilidades que tienen las comunidades de organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios.

c. Sector salud:

En esta sección, se describe de manera general aspectos relacionados con el sector salud, se incluye, comportamiento del aseguramiento de la población, la tendencia del gasto en salud con relación al porcentaje del producto interno bruto, la descripción de la situación de salud y de la oferta nacional de prestadores de servicios de salud.

Coberturas de Aseguramiento

- Régimen Subsidiado

Al cierre del año 2003, se encontraban afiliadas al régimen subsidiado un total de 11.867.947 personas.

Durante el año 2004, la ampliación de cobertura registrada en el país fue de 3.685.527 nuevos afiliados, con lo cual, al cierre del año 2004 se registra un total de 15.553.474 colombianos afiliados al Régimen Subsidiado en Salud.

Esta ampliación de cobertura es la más importante registrada desde que se implementó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se pasó de una ampliación de cobertura de 423.944 afiliados en el año 2003 a 3.685.527 nuevos afiliados en el 2004, registrándose un

incremento de cobertura de afiliación al régimen subsidiado superior al 800%.

Del total de nuevos afiliados que ingresaron en el año 2004 al régimen subsidiado, 1.788.069 personas están cubiertos con subsidios parciales y 1.897.458 afiliados tienen cobertura mediante subsidios plenos. Para el año 2009 la población afiliada al régimen subsidiado, aumento a 23.373.913 afiliados, correspondientes al 54.2 % de la población total.

- Régimen Contributivo

A diciembre de 2004, el número de afiliados compensados fue de 14.857.250, superior en un 7.62% al reportado en la vigencia anterior. Tabla 3. De ellos, el 45.94% (6.824.968) corresponde a cotizantes y el 54.06% (8.032.282) a beneficiarios.

Con respecto, al período 2002 – 2004 se presenta un aumento en la afiliación de 1.691.787 personas que representa un cumplimiento de la meta del Gobierno en el cuatrienio en un 130%, que es de 1.300.000 nuevos afiliados al régimen contributivo del sistema General de Seguridad Social en Salud. Frente a la vigencia anterior, se observa un aumento en la afiliación de 1.052.049 nuevos afiliados.

El anterior aumento se explica por el comportamiento favorable de las variables económicas durante el año 2004, a la promoción de la afiliación y en especial en los sectores con capacidad de pago parcial, agrupados en gremios, sector informal y trabajadores independientes preservando el equilibrio financiero del SGSSS, y a los controles adicionales en los sectores con mayor riesgo de evasión con el objeto que afilien a sus trabajadores, entre otros.

El Régimen Contributivo a través de la Subcuenta de Compensación del FOSYGA presenta un valor total de las cotizaciones –Recaudo Proceso de Compensación UPC– Sin Situación de Fondos para el año 2004 de \$4.664.931 millones.

A diciembre de 2009, el número de afiliados fue de 17.563.485, del 40.7% de la población afiliada al SGSSS el 39% de la población total. Para el año 2009 la dirección general de planeación y análisis de política – grupo de sistema de información y dirección general de gestión de la demanda en salud información con corte a diciembre de 2009.

3.4. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

La Resolución 412 (2000), considera las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica con el fin de evitar la aparición inicial de la enfermedad, mediante la protección frente al riesgo a:

- Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Atención preventiva en salud bucal
- Atención del parto
- Atención al recién nacido
- Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

Así mismo define como las actividades procedimientos e intervenciones para detección temprana, las cuales identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad a:

- Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años).
- Alteraciones del desarrollo del joven (10 a 24 años)
- Alteraciones del embarazo
- Alteraciones en el adulto mayor de 45 años
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de seno
- Alteraciones de la agudeza visual

También describe las enfermedades de interés en salud pública, las cuales generan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especiales de tal manera

Que se garantice su control. Ellas son las enfermedades infecciosas, las de alta prevalencia y las de alta transmisibilidad y poder epidémico; incluye 21 patologías.

Esta Resolución, retoma las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las normas técnicas y las guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, con base en el acuerdo 117.

Advierte que las EPS y las Entidades Adaptadas y Transformadas no podrán dejar de ejecutar estas acciones, tampoco disminuir la frecuencia anual ni involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.

3.4.1. Perspectiva de la Promoción y la Prevención:

La Ley 715 de 2001, sobre el Sistema General de Participación dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias para la educación y la salud, ella nace como consecuencia de la reforma constitucional emprendida por el acto legislativo 01 de 2001. La distribución sectorial que hace de los recursos, es de 58.5% para educación, del 24,5% para salud y del 17% para propósito general.

3.4.2. Promoción y Prevención odontológica en Colombia

Atención Preventiva en salud bucal

La Atención Preventiva en Salud constituye un conjunto de actividades con efecto comprobado científicamente sobre el individuo, encaminadas a mantener la salud bucal y disminuir la presencia de las principales patologías orales en la población.

Está compuesta por:

- Control y remoción de placa bacteriana.
- Aplicación de flúor.
- Aplicación de sellantes.
- Detartraje supragingival (Control mecánico de placa).

La caries y la enfermedad periodontal son las patologías orales de mayor prevalencia en los diversos grupos de edad. Sin embargo, estas dos patologías, mediante adecuados mecanismos de prevención y protección específica y de detección temprana, pueden ser controlados o al menos limitados sus efectos y complicaciones, favoreciendo el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

En Colombia, si bien el Estudio Nacional de Salud Bucal (2009) presentó algunas cifras de reducción en sus prevalencias, estas patologías continúan estando presentes en gran proporción dentro de la población colombiana, siendo aún las primeras causa de morbilidad por consulta externa sobre todo en los niños escolarizados y no escolarizados, así como en el grupo de población productiva del país, lo cual afecta de forma importante las condiciones de vida e impacta en el desarrollo de las actividades de aprendizaje y laborales de la población.

La evidencia mundial demuestra que en cualquier zona geográfica y en condiciones básicas de atención es posible el mejoramiento de condiciones de salud, teniendo en todo caso presente un componente importante como es la valoración del riesgo individual y poblacional.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó con un diseño cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación se llevo a cabo durante el mes de mayo del año 2012 en los consultorios del Centro de Salud de la ESE Popayán, ya que en este lugar hay gran afluencia de pacientes de todas las regiones del departamento del Cauca.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 528 pacientes que asistieron al servicio de odontología del centro de salud de la ESE Popayán, durante el mes de mayo de 2012.

El tamaño de la muestra se determino con el paquete estadístico STAT, con un nivel de confianza de 90%, un error máximo aceptable del 10% y un porcentaje estimado de la muestra del 50%, para un total de 60 personas a encuestar.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Saber leer y escribir.
- Tener entre 10 a 60 años de edad.
- Asistir al servicio de odontología de la ESE Popayán.

4.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no quisieron participar en el estudio.

4.6 VARIABLES

Las variables que se usaron en esta investigación son en coherencia con el objetivo general para determinar las causas de acceso tardío a los servicios preventivos u correctivos de odontología en el año 2012. Esas variables fueron:

5. RESULTADOS

En la tabla 1, se describen las características socio demográficas de la población objeto de estudio.

Con relación a la edad, el 85% de la muestra (D.s._{95%}: 77.7 – 93.0), están en el rango de edad de 12 a 44 años y el 15% (D.s._{95%} 7.0 – 22.3) en edades de 45 a 60 años. Con relación al sexo, el 68.3% de la muestra (D.s._{95%} 53.3 – 77.3), fueron mujeres y el 31.7% (D.s._{95%} 22.7 – 46.7) fueron hombres, por lo que aproximadamente 6 de cada diez pacientes que asisten a consulta odontológica en el Centro de Salud Sur Occidente de la ESE Popayán son mujeres.

Con respecto al estrato social, la asistencia a odontología en su gran mayoría son personas que pertenecen a un estrato socioeconómico bajo, 56,7% (D.s._{95%} 46.0 – 76,7), y en un mínimo porcentaje, 6.7% (D.s._{95%} 1.0 – 13,3) para personas que pertenecen a un estrato social medio. Lo anterior indica que aproximadamente 6 de cada diez, son de estrato socio económico bajo y 1 de cada diez, pertenecen a un estrato socio económico medio.

Según el estado civil de las personas encuestados que asisten a odontología en el Centro de Salud Sur Occidente de la ESE Popayán, el 56.7% (D.s._{95%} 42.7 – 69.7), son solteros, en unión libre el 28.3% (D.s._{95%} 17.7 – 43.0) y casados en un 15% (D.s._{95%} 4.3 – 25.7).

Con respecto a la ocupación y el tipo de afiliación, se encontró que la mayoría, 73.7% (D.s._{95%} 58.3 – 84.7) están empleados y aproximadamente 6 de cada 10 personas pertenecen al régimen subsidiado (D.s._{95%} 56.3 – 82.3), el 21.7% (D.s._{95%} 10.6 – 34.0) en el régimen

contributivo y un menor porcentaje no tiene ningún tipo de afiliación 10% (D.s._{95%} 3.3 – 18.3).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población

| CARACTERÍSTICAS | n =60 | % | D.S. _{95%} |
|--------------------|-------|------|---------------------|
| Sexo | | | |
| Hombre | 19 | 31.7 | (22.7 – 46.7) |
| Mujer | 41 | 68.3 | (53.3 – 77.3) |
| Edad en rangos | | | |
| 12-44 | 51 | 85 | (77.7 – 93.0) |
| 45-60 | 9 | 15 | (7.0 – 22.3) |
| Escolaridad | | | |
| Primaria | 14 | 23.3 | (11.0 – 35.0) |
| Bachillerato | 26 | 43.3 | (27.7 – 60.4) |
| Universitario | 20 | 33.3 | (19.6 – 46.3) |
| Estrato social | | | |
| Bajo | 34 | 56.7 | (46.0 – 76.7) |
| Medio | 22 | 36.7 | (18.7 – 47.3) |
| Alto | 4 | 6.7 | (1.0 – 13.3) |
| Estado civil | | | |
| Soltero | 34 | 56.7 | (42.7 – 69.7) |
| Casado | 9 | 15.0 | (4.3 – 25.7) |
| Unión libre | 17 | 28.3 | (17.7 – 43.0) |
| Ocupación | | | |
| Empleado | 44 | 73.3 | (58.3 – 84.7) |
| Desempleado | 16 | 26.7 | (15.3 – 41.7) |
| Tipo de afiliación | | | |
| Contributivo | 13 | 21.7 | (10.6 – 34.0) |
| Subsidiado | 41 | 68.3 | (56.3 – 82.3) |
| No tiene | 6 | 10.0 | (3.3 – 18.3) |

En la tabla 2, se describen las posibles barreras externas del usuario hacia los servicios de odontología.

En cuanto a las barreras externas que impiden la asistencia al servicio de odontología, el estudio encontró que el 95% (I.C._{95%} 86,7-100,0) de los encuestados, manifestaron que es importante la asistencia al servicio de odontología, sin embargo cerca del 50%, manifiestan no poder hacerlo por falta de dinero, un 23% por vivir lejos del Centro de salud y un 60% por la dificultad en la solicitud de la cita con el profesional. Aproximadamente 1 de cada 4 encuestados, manifestaron asistir al servicio de odontología solo en caso de urgencia.

Tabla 2. Barreras externas al usuario hacia los servicios de Odontología.

| CARACTERÍSTICAS | n =60 | % | D.S. 95% |
|---|-------|------|----------------|
| Importante asistir a Odontología | | | |
| Si | 57 | 95.0 | (86.7 – 100.0) |
| No | 3 | 5.0 | (0 – 13.3) |
| No asiste por falta de dinero | | | |
| Si | 25 | 41.7 | (28.7 – 55.0) |
| No | 35 | 58.3 | (45.0 – 71.3) |
| Solo asiste en caso de urgencias | | | |
| Si | 16 | 26.7 | (13.3 – 35,4) |
| No asiste a Odontología por vivir muy lejos | | | |
| Si | 14 | 23.3 | (10.3 – 34.7) |
| No | 46 | 76.7 | (65.3 – 89.7) |
| No asiste a odontología por lo difícil de conseguir de una cita | | | |
| Si | 36 | 60.0 | (47.7 – 74.0) |
| No | 24 | 40.0 | (26.0 – 52.3) |

En la tabla 3, se describen las barreras personales hacia los servicios de odontología:

El 91,7% (D.S._{95%} 80,0 – 98,3) de la población, refiere mal aliento del profesional que lo atiende, el 71,7% (D.S._{95%} 61,0-82,0) de la población se abstiene de acudir a consulta porque le disgusta saber que les anestesiaran la boca y aproximadamente a 1 de cada 2 encuestados no acude por que el profesional de odontología es brusco. El 65,5% (D.S._{95%} 46,0- 75,4) de la población encuestada, manifestaron temor ante la extracción de un diente. El 70,0% (D.S._{95%} 56,0- 80,7) manifestaron sentir molestias por el ruido que causa la fresa.

En la tabla 3, barreras personales hacia los servicios de odontología:

| CARACTERÍSTICAS | n =60 | % | D.S _{95%} |
|--|-------|------|--------------------|
| Por el mal aliento del odontólogo | | | |
| Si | 55 | 91.7 | (80.0 – 98.3) |
| No | 5 | 8.3 | (1.7 – 20.0) |
| Le disgusta saber que le anestesiaran la boca | | | |
| Si | 43 | 71.7 | (61.0 – 82.0) |
| No | 17 | 28.3 | (18.0 – 39.0) |
| Le molesta que el odontólogo sea brusco | | | |
| Si | 35 | 58,3 | (45.3 – 71.3) |
| No | 25 | 41.7 | (28.7 – 54,7) |
| Le molesta saber que le sacaran un diente | | | |
| Si | 39 | 65.0 | (48.7 – 75.7) |
| No | 21 | 35.0 | (24.3 – 51.3) |
| Le molesta el ruido que producen algunos elementos | | | |
| Si | 42 | 70.0 | (56.0 – 80.7) |
| No | 18 | 30.0 | (19.3 – 44.0) |

6 DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró que el promedio de edad de 30,02 años, con una desviación estándar de 11,96, donde la mayor asistencia al odontólogo se da entre las edades de 12 a 44 años. Estos datos son coherentes en el sentido que es en este rango de edad, donde se presentan mayores problemas dentales. Lo anterior es ratificado por estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB 2007 las patologías bucales más prevalentes en el mundo, y en nuestro país, son la caries dental, las enfermedades gingivales y periodontales y este porcentaje de enfermedades bucales se incrementa en la adolescencia y el máximo valor se alcanzo en el grupo de 30 a 34 años con lesiones cariosas no tratadas, datos similares a este trabajo de investigación.

En cuanto al sexo de la población, el estudio encontró que la gran mayoría son mujeres, lo anterior concuerda con los datos aportados por el DANE, quien en su encuesta del año 2005, reporta que en Colombia son más las mujeres que los hombres. Con un total de 21.169.835 hombres y 21.718.757 mujeres.

En cuanto al estrato socioeconómico de la población encuestada, se encontró que la mayoría pertenecen a un estrato socioeconómico bajo y al Régimen subsidiado. Lo anterior puede ser debido a que en este Centro de Salud se prestan en su gran mayoría servicios a las personas del Régimen Subsidiado, que en su mayoría son pobres.

En cuanto a las barreras externas que impiden la asistencia al servicio de odontología, el estudio encontró la falta de dinero, el vivir lejos del Centro de salud y la dificultad en la solicitud de la cita con el profesional, como obstáculos para asistir al servicio de odontología. Lo anterior es el reflejo de los gastos de bolsillo que incurren directamente en los pacientes, además la mayoría de ellos no tienen un empleo formal, lo que incide directamente en la poca posibilidad de acceder a los servicios.

En cuanto a las barreras personal que impiden la asistencia al Odontólogo, el estudio encontró que el mal aliento del profesional, la ansiedad por la anestesia y la extracción dental, el ruido de los instrumentos y la brusquedad del odontólogo, son barreras muy frecuentes entre los pacientes que acceden al servicio. Al respecto, el primer efecto negativo de los miedos y la ansiedad va a ser la conducta de sustracción por parte del paciente. Esta actitud de evasión va a interferir el seguimiento del tratamiento y, a veces, es una barrera imposible para el acceso a la salud oral de algunos de estos individuos, y ésta es la peor de las consecuencias.

Berggren dice que la ansiedad ante la odontología crea su propio círculo vicioso, en el que la evasión del tratamiento dental consigue un deterioro de la dentición que da lugar a sentimientos de culpa, de compromiso y de inferioridad.

Con el paso del tiempo este «conflicto social» refuerza la ansiedad y resulta una nueva evasión del tratamiento dental, el mal estado bucal, provocado en cierto modo por su conducta

de evasión, reduce la autoestima de estos individuos e impide la consecución de una calidad de vida adecuada.

Es evidente que la aparición de estas conductas altera la relación profesional-paciente y afecta negativamente al dentista y al personal del gabinete odontológico, lo que desemboca en fatigas y fracasos profesionales, también provocados por tratamientos incompletos. Además estos pacientes recuerdan tratamientos dentales previos desagradables, y adoptan una perspectiva de la profesión odontológica negativa.

7. CONCLUSIONES

Al analizar los resultados con respecto al por qué hay barreras acceso a los servicios preventivos u correctivos de odontología se identifican varias dimensiones o aspectos que podrían diferenciarse y que constituirían respuestas al interrogante que se planteaba en el trabajo.

En cuanto a las características socio demográficas se pudo evidenciar que los pacientes son de bajos recursos económicos y se emplean en oficios varios incluyendo los trabajos informales, ventas ambulantes, empleos en casas de familia, entre otros, lo que podría inducir a una asistencia inoportuna a los servicios de promoción de la salud oral y la prevención de patologías odontológicas.

En cuanto a las barreras externas que impiden la asistencia al servicio de odontología, la falta de dinero, la inoperancia del sistema para la separación de citas oportunas y la dificultad en la accesibilidad geográfica, son factores que impiden el acceso oportuno al profesional de odontología.

Según lo encontrado en esta investigación, las barreras personales que impiden la asistencia a

odontología hacen concluir que las actuaciones terapéuticas que generan o posibilitan daño físico al individuo tales como el hecho de ver, oír o sentir la turbina, la aguja, una herida o sangre, ya genera una conducta negativa.

8. RECOMENDACIONES

Fomentar la promoción de la salud oral, incentivando a los pacientes la importancia del cuidado de sus dientes desde edades tempranas e incentivar a la comunidad en la participación de jornadas de salud oral en sus lugares de habitación, en las escuelas y colegios de las zonas apartadas de la ciudad, con el fin de brindarle la oportunidad y accesibilidad a este tipo de procedimientos.

Conformar dentro del Centro de Salud sur occidente de la ESE Popayán, un equipo de salud oral muy bien equipado, para realizar salidas extramurales que proporcionen a los pacientes servicios preventivos y promocionales de salud oral y realizar un monitoreo de la asistencia y control, con el fin de poder tener un perfil epidemiológico real en cuanto a la salud oral.

Incluir dentro del equipo de salud, un profesional en psicología para la prevención y tratamiento del miedo dental, con el fin de aplicar los principios teóricos, metodológicos y tecnológicos de la psicología conductual al ámbito extenso de la salud dental, principalmente enfocándose a la prevención y tratamiento de la ansiedad dental y de los miedos dentales.

BIBLIOGRAFIA

1. SAMORODNITZKY, G.; LEVIN, L. (2005). La autoevaluación del El estado dental, la conducta oral, DMF, y Dental Ansiedad. *Revista de Educación Dental*. 69 (12): 1385-1389.
2. ROWE, M. (2005) Dental fear: comparisons between younger and older adults. *American Journal of Health Studies*.
3. FONSECA & PACINI, (2005). Un estudio epidemiológico sobre a fobia dental. *Odontología*. 41 (1): 41-51.
4. Firat& cols,(2006). Ansiedad Dental Practice Contemporáneo. 7 (3): 75-82
5. LIVIA, O.; MANRIQUE, E. (2001). Niveles de ansiedad, cogniciones dentales negativas y capacidad de control en la atención odontológica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*. 2 (1-2) Recuperado: [http:// www.minsa.gob.pe/hhv/revista_nivansiedad.htm](http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista_nivansiedad.htm)
6. ÁLVAREZ, M.; CASANOVA, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Humanidades Médicas*, 6, No. 16.
6. ENSAB III. 2009 SIVIGILA III estudio nacional de salud bucal, (<http://www.ministerio de la protecciónsocial.com.co>)
7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2000). (<http://www.ops-oms.org>)
8. SOLANO, JOSÉ RAMÓN: QUE ES LA CALIDAD TOTAL, Cáp. 1 Pág 8.
- 9 . HELLRIEGEL, et al: Comportamiento Organizacional, Cap 18, Pag 600. (1999).
10. GALÁN MORENA, R., Malangón-Londoño, G.,& Pontón Laverde, G., en su obra *Administración Hospitalaria* (2000).
11. PAZ -CALLES et. Paz, Ob. Cit Pag 88
12. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III. II estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas
13. DANE 2005 boletín de proyecciones (www.dane.gov.co)
16. BERGGREN, U.; Hakeberg, M.; Carlsson, S. (2000). La relajación frente a las terapias de orientación cognitiva por temor dental. *Journal of Dental Research*

ANEXO1 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

ENCUESTA BARRERAS DE ACCESO

Fecha: _____

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Edad _____ Sexo M___ F___

Estrato socioeconómico Alto ___ Medio ___ Bajo ___.

Estado Civil. Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___

Nivel de Escolaridad: Primaria___ Bachillerato___ Universitario___

Trabaja si___ no___ En que _____

Tipo de Afiliación Contributivo _____ Subsidiado_____ No tiene _____

BARRERAS EXTERNAS AL USUARIO QUE IMPIDEN LA ASISTENCIA AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA.

- Es importante para usted asistir a odontología? Si ___ No ___.
-
- Usted asiste a odontología solo en casos de urgencia? Si ___ No ___.
- Se le dificulta asistir a odontología por falta de dinero? Si ___ No ___.

- Se le dificulta asistir a odontología por vivir muy lejos? Si ___ No ___.
- Se le dificulta asistir a odontología por que separar una cita es muy complicado
- Si ___ No ___.

- Se le dificulta asistir a odontología por que el horario de las citas no es el adecuado? Si ___ No ___

- Asistir al servicio de odontología le parece que es una perdedera de tiempo?
- Si ___ No ___.

BARRERAS PERSONALES QUE IMPIDEN LA ASISTENCIA AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA.

- Cree que es importante la promoción (educación) en salud oral? Si ___ No ___.

- Ha asistido a jornadas de educación en salud oral? Si ___ No ___.

- No asiste al servicio de odontología por qué el odontólogo tiene mal aliento?
- Si ___ No ___.

- No asiste al servicio de odontología por qué ha presentado malos tratos a la hora de la consulta? Si ___ No ___.

- No asiste al servicio de odontología por que se ha presentado retraso a la hora de la atención? Si ___ No___.
- No asiste al servicio de odontología porque le disgusta que le anestesien la boca?
- Si ___ No ___.
- No asiste al servicio de odontología porque le asusta o no le gusta que le salga sangre de la boca? Si ___ No ___.
- No asiste al servicio de odontología porque le disgusta que el procedimiento lo realicen las auxiliares? Si ___ No ___.
- No asiste al servicio de odontología porque le disgusta que atienda a varios pacientes a la vez? Si ___ No ___.
- No asiste al servicio de odontología por que el odontólogo sea brusco?
- Si ___ No ___
- No asiste al servicio de odontología porque le asusta ver jeringas y agujas?
- Si ___ No ___
- No asiste al servicio de odontología por qué no le gusta saber que le van a sacar un diente? Si ___ No ___.

- No asiste al servicio de odontología porque le molesta el ruido que producen algunos instrumentos que se utilizan en la consulta? Si ___ No ___

GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexo 2. CARTA DE DERECHOS DE AUTOR:

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA EAN

Yo ISABEL CRISTINA PRECIADO PITO mayor de edad, vecino de Popayán COLOMBIA, Identificado con cédula de ciudadanía N° 1.061.698.224 de Popayán y CRISTINA ISABEL URBANO mayor de edad vecina de Popayán con cedula de ciudadanía N° 25.877.733 de Popayán actuando en calidad de autoras del informe final de investigación, titulado BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS PREVENTIVOS U CORRECTIVOS DE ODONTOLOGIA y de conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1982 y en las demás normas concordantes sobre la materia, autorizo a la Universidad EAN, para:

- Utilizarlo Como medio de consulta para la comunidad universitaria.
- Publicarlo en formato electrónico de la página Web de La Universidad EAN o de los Ambientes virtuales por ésta utilizados.
- Publicarlo en formato impreso en la Revista de La Universidad EAN.

La anterior autorización se otorga siempre y cuando, mediante la correspondiente cita bibliográfica se me dé crédito al (artículo, informe final de investigación, trabajo de grado, según el caso).

Manifiesto que la obra objeto de la presente autorización es original y la realicé sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, y por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detento la titularidad sobre la misma. En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, asumo toda la responsabilidad.

Para todos los efectos la Universidad EAN actúa como un tercero de buena fe.

Firma ISABEL CRISTINA PRECIADO
Nombres y Apellidos del estudiante
Cedula 1061698224 Pop

Firma Cristina Urbano
Nombres y Apellidos del estudiante
Cedula 25287736 Pop