

TESIS DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS
ÉNFASIS DISCIPLINAR: SALUD COLECTIVA Y EPIDEMIOLOGÍA ORAL

Título: Respuesta asistencial de un servicio odontológico universitario.

El caso de la Facultad de Odontología - UdelaR

Uruguay-2019

AUTORA

Dra. Fiorela Apelo Lozano

TUTORA

Prof. Dra. Silvana Blanco

CO TUTORA

Prof. Agda. Dra. Alicia Picapedra

Julio 2022

Título: Respuesta asistencial de un servicio odontológico universitario.

El caso de la Facultad de odontología-UdelaR

Uruguay-2019

Equipo responsable

AUTORA

Dra. Fiorela Apelo Lozano

Odontóloga.

Asistente, Grado 2, Cátedra de Odontología Social. F.O Udelar.

TUTORA

Profa. Dra. Silvana Blanco

CO-TUTORA

Profa. Agda. Dra. Alicia Picapedra

ESTADÍSTICO

Prof. Agdo .Lic. Ramón Álvarez Vaz

CONTEXTO DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

Maestría en Ciencias Odontológicas

Énfasis disciplinar salud colectiva y epidemiología bucal

Facultad de Odontología Universidad de la República.

Dedicatoria

Dedico este trabajo de tesis a la comunidad de Facultad de Odontología, estudiantes, funcionarios, docentes y egresados, a los que estuvieron antes y los que vendrán después.

Quiero también dedicarlo a las personas que eligen este servicio para asistirse y contribuyen a la formación de excelencia de las odontólogas y odontólogos de nuestro país.

Finalmente dedico este trabajo a mi madre y a mi abuela, motores de mi vida. A Pablo, a mi familia, mis amigas y amigos con quienes celebro haber llegado a este lugar.

Agradecimientos

A la Facultad de odontología por permitir el desarrollo de esta investigación puertas adentro, por darme la oportunidad de responder algunas de las preguntas que me acompañaron por los pasillos durante mis años de estudiante.

A Silvana Blanco, tutora de esta tesis, referente académica y personal. Gracias por acompañarme amorosamente en este recorrido.

A Susana Lorenzo por sus enseñanzas y su generosidad, por las charlas y los consejos.

A Ramón Álvarez por traducirme el mundo de la estadística y permitir que sea una herramienta para comprender estos embrollos.

A Alicia Picapedra, por abrirme las puertas de su servicio y acompañarme con su experiencia en este trabajo.

A Irene, compañera y amiga de tantas horas, gracias por compartir también este camino con amor y entusiasmo.

A Renzo y Ronald por ser mis informantes calificados en asuntos la Facultad, siempre apoyándome con cariño y paciencia.

A mis compañeros de la Cátedra de odontología social Patricia, Victoria y Dante por su cariño, su estímulo y su constante confianza. A Seba por su amistad. A Gabriel, Joaquín, Romina y Mónica por la comprensión y el cariño.

A mis compañeros del servicio de epidemiología y estadística Fernando, Anunciatta y Valentina por los consejos y las meriendas.

A Nicolas Rollandi por su disposición y apoyo.

A Fabiana y Fiorella mis amigas entrañables inspirándome cada una con sus luces. A Mariel y Martín por su amistad de tantas horas.

A Cayó la cabra, por mantener mi sensibilidad despierta y hacerme parte de lo que soy.

A mamá por permitirme permutar el tiempo que compartíamos por miles de horas de lectura, estudio y escritura. Gracias por llevarme hacia adelante y hacer que siempre confíe en mí.

A mi abuela y mi padrino por abrazarme y acompañarme en cada paso.

A Pablo por estar a mi lado, regalarme su escucha y permitirme llenar de libros, artículos y apuntes nuestra mesa...y nuestra casa.

Epígrafe

*“...no quiso dejar para después su último sueño,
quiso cambiar el mundo y empezó por el...”*

Cayó la cabra 2014

Resumen

La Facultad de Odontología de la Universidad de la Republica (FO) es una institución pública de educación terciaria universitaria. Es la principal formadora de recursos humanos en salud bucal en Uruguay que en el contexto de la enseñanza de grado y posgrado brinda asistencia odontológica. El servicio asistencial es público, de libre acceso, no gratuito, donde mediante el pago de un arancel se brinda asistencia integral en los tres niveles de atención.

El objetivo general de esta investigación fue conocer la respuesta de la FO a las necesidades de los usuarios que demandaron asistencia durante el año 2019, último año previo a la pandemia. Los objetivos específicos fueron determinar cuántas personas fueron asistidas, cómo son sus características sociodemográficas y conocer cómo fue su proceso asistencial incluyendo el fenómeno de abandono y la satisfacción con el servicio.

Este trabajo es de tipo descriptivo y empleo fuentes de datos secundarias, provenientes de la historia clínica electrónica de la fo y fuentes primarias originadas de una encuesta telefónica de satisfacción (muestra probabilística de 500 usuarios). El comité de ética de la investigación de la fo aprobó la realización de esta investigación, y además recibió el aval institucional del Consejo de la FO.

De los resultados se destaca que 8322 personas demandaron asistencia durante 2019, la media de edad fue de 40 años y el 57,7% pertenecen al sexo femenino. El 92% son de nacionalidad uruguaya y el 78,2% residen en el departamento de Montevideo. Sólo el 37,7% de esas personas recibieron alguna prestación clínica. El 51,4% de los usuarios que fueron atendidos ingresaron a la atención a través del servicio de registro y admisión de pacientes. En las clínicas de posgrado fue donde se registraron más atenciones concretadas, seguidas de la clínica de Prostodoncia removible total y de la Clínica de operatoria I.

La encuesta de satisfacción fue contestada por 303 personas, teniendo una tasa de respuesta del 61%. El 80,2% de los encuestados se mostraron satisfechos o muy satisfechos con los resultados obtenidos en la atención. Sólo el 14,2% abandono la asistencia y entre los motivos se destacan el costo de las prestaciones y la duración de la consulta.

Concluyendo, la institución presenta un gran potencial dado por la calidad de su servicio asistencial; una mejora en el uso del sistema de información es clave para alcanzarlo. Se detectó una alta demanda insatisfecha, que puede traducirse en una necesidad sentida de la población uruguaya en asistencia odontológica integral.

Abstract

The School of Dentistry of the University of the Republic (FO) is a public institution of university tertiary education. It is the main provider of human resources in oral health in Uruguay, which in the context of undergraduate and postgraduate education provides dental care. The health care service is public, open access, not free of charge, and comprehensive care is provided at all three levels of care for a fee.

The general objective of this research was to know the response of the FO to the needs of users who demanded assistance during 2019, the last year before the pandemic. The specific objectives were to determine how many people were assisted, what their sociodemographic characteristics are like, and to know how their care process was, including the phenomenon of abandonment and satisfaction with the service.

This is a descriptive study using secondary data sources from the electronic medical records of the FO and primary sources from a telephone satisfaction survey (probabilistic sample of 500 users). The FO research ethics committee approved the conduct of this research, and it also received the institutional endorsement of the FO Council.

From the results it is highlighted that 8322 people demanded assistance during 2019, the average age was 40 years old and 57.7% belong to the female gender. 92% are of Uruguayan nationality and 78.2% reside in the department of Montevideo. Only 37.7% of these people received some clinical benefit. Of the users who were attended, 51.4% entered care through the patient registration and admission service. The postgraduate clinics registered the highest number of completed visits, followed by the Total Removable Prosthodontics Clinic and the Operative I Clinic.

The satisfaction survey was answered by 303 persons, with a response rate of 61%. 80.2% of the respondents were satisfied or very satisfied with the results of the care they received. Only 14.2% dropped out of the service, the reasons being the cost of the services and the length of the consultation.

In conclusion, the institution has great potential due to the quality of its health care services; an improvement in the use of the information system is key to achieving this. A

high unsatisfied demand was detected, which can be translated into a felt need of the Uruguayan population for comprehensive dental care.

Lista de siglas

FO – Facultad de Odontología

UDELAR – Universidad de la República

FO-UDELAR – Facultad de odontología de la Universidad de la República

SNIS – Sistema nacional integrado de salud

PIAS – Plan integral de atención a la salud

HIFO – Historia clínica de facultad de odontología

HC–Historia clínica

SRYA – Servicio de registro y admisión de pacientes

TTM – Trastornos temporo-mandibulares

CBMF – Cirugía buco-maxilo-facial

INE –Instituto Nacional de estadística

Lista de tablas

| | |
|---|-----|
| Tabla 1 Tipos de asistencia y derivaciones | 7 |
| Tabla 2 Sexo y edad de los usuarios que demandaron atención durante 2019..... | 29 |
| Tabla 3 Referencias y distribución de barrios | 31 |
| Tabla 4 Estado de las atenciones | 35 |
| Tabla 5 Prueba Chi. Ratio de atenciones efectuadas clínicas agrupadas..... | 35 |
| Tabla 6 Media de atenciones por usuario | 36 |
| Tabla 7 Descripción demográfica usuarios adultos de las clínicas de grado de asistencia programada | 38 |
| Tabla 8 Educación y actividad..... | 39 |
| Tabla 9 ¿Por qué eligió atenderse en la FO? | 39 |
| Tabla 10 Estructura del servicio | 40 |
| Tabla 11 Valoración del trato personal..... | 40 |
| Tabla 12 Valoración del costo y satisfacción general | 41 |
| Tabla 13 Resolución del tratamiento | 42 |
| Tabla 14 Sugerencias..... | 43 |
| Tabla 15 Características demográficas de usuarios convocados y no convocados | 98 |
| Tabla 16 Media de edad de los usuarios según clínica asistencial | 99 |
| Tabla 17 Prueba chi para las clínicas en forma agrupada, ranking y proporción de atenciones. | 99 |
| Tabla 18 Relación entre número de estudiantes por clínica asistencial y número de pacientes y atenciones realizadas | 100 |
| Tabla 19 Valoración de la estructura del servicio, categorías de satisfacción agrupadas .. | 101 |
| Tabla 20 Valoración de los tiempos, categorías de satisfacción agrupadas | 101 |
| Tabla 21 Valoración del trato, categorías de satisfacción agrupadas | 101 |
| Tabla 22 Valoración de las expectativas y conformidad con los resultados | 101 |

Lista de figuras y gráficos

| | |
|--|----|
| Figura 1 Mapa de Montevideo: Barrios de residencia de los usuarios que demandan atención en FO 2019..... | 31 |
| Figura 2 Distribución de usuarios convocados y no convocados | 33 |
| Figura 3 Ingreso al sistema de los usuarios convocados | 33 |
| Figura 4 Distribución de los usuarios no convocados | 34 |
| | |
| Gráfico 1 Distribución de frecuencia meses de ingreso al sistema durante el año 2019..... | 32 |
| Gráfico 2 Distribución mensual de las atenciones efectuadas..... | 37 |
| Gráfico 3 Atenciones por usuario..... | 37 |

Tabla de contenido

| | |
|--|-----|
| Resumen..... | V |
| Abstract..... | VII |
| Lista de siglas | IX |
| Lista de tablas | X |
| 1. Introducción | 1 |
| 2. La Facultad de odontología como servicio educativo y asistencial | 4 |
| 3. Marco teórico | 11 |
| 3.1. La importancia de los sistemas de información. La historia clínica | 12 |
| 3.2. El acceso y la continuidad de la asistencia odontológica | 13 |
| 3.3. La evaluación de la calidad de un servicio | 15 |
| 3.4. El derecho a la salud bucal | 18 |
| 4. Propósito del estudio y objetivos..... | 21 |
| 5. Metodología del estudio | 21 |
| 6. Resultados..... | 29 |
| 6.1. Primera fase: descripción de los usuarios que demandaron asistencia en Facultad de odontología durante 2019 | 29 |
| 6.2. Segunda fase: descripción de la asistencia clínica en Facultad de odontología | 32 |
| 6.3. Tercera fase: encuesta de satisfacción | 37 |
| 7. Discusión | 43 |
| 7.1. Características demográficas de los usuarios | 43 |
| 7.2. Fenómenos del proceso asistencial | 48 |
| 7.2.1. El flujo asistencial en FO | 52 |
| 7.2.2. Análisis y descripción de las diferentes clínicas asistenciales | 57 |
| 7.3. Estudio de la calidad asistencial a través de la satisfacción de los usuarios | 64 |
| 8. Conclusiones | 77 |
| 8.1. Recomendaciones | 78 |
| 8.2. Consideraciones finales | 81 |
| 9. Referencias bibliográficas | 83 |
| 10. Apéndice I: Formulario de la encuesta de satisfacción | 95 |
| 11. Apéndice II: Tablas de resultados | 98 |

1. Introducción

La salud es resultado de múltiples procesos que se desarrollan en la vida de las personas, desde procesos generales relativos al modelo político y macro-económico, atravesando las condiciones de vida en que se desarrolla la existencia de los grupos sociales e incluyendo los estilos de vida culturalmente modelados de los individuos(1). En la actualidad, la dialéctica de todos esos procesos ha generado alta carga de patología bucal, colocando a las condiciones bucales de las poblaciones como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud bucodental como “la ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, pérdida dentaria así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial”(3).

En este mismo sentido, la Federación dental internacional define: “la salud bucodental es polifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad ni enfermedad del complejo cráneo-facial”. A su vez destaca la importancia de ésta para el bienestar físico y mental impactando en la calidad de vida. También menciona que se ve influida en forma directa por la experiencia de vida de los sujetos; incorporando los determinantes sociales que operan en el proceso salud enfermedad desde una perspectiva clásica(4).

Otro enfoque posible, y adscrito a las corrientes de pensamiento latinoamericanas sobre salud colectiva y determinación social, es definir a la salud bucal, como el resultado de los procesos que se dan en los grupos sociales y se encarnan en forma inequitativa según a que grupo se pertenezca. Estos procesos tienen un carácter histórico y están transversalizados por el género, la etnia y la clase social, la orientación de los servicios de salud tiene un rol importante, y el eje central está dado por el derecho a la salud y el bienestar (5,6).

Existen varios documentos, pactos y declaraciones internacionales que consagran a la salud de los seres humanos como un derecho humano ineludible(7-9). La salud bucal es un eslabón importante para la integralidad de la salud del individuo y debe ser comprendida

como derecho humano y bien social(10). Sin embargo, a la hora de realizar un análisis crítico de los diferentes documentos relativos a la consideración del derecho a la salud bucal, como lo es la Declaración de Liverpool (2005), se encontró que si bien se reconoce la salud bucal como un derecho no es declarada en forma contundente como un derecho humano(11,12).

Para el caso de Uruguay la atención a la salud es un derecho. El mismo está consagrado y regulado a través de la ley 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) vigente desde el primero de enero de 2008 (13). De acuerdo a la ley 18.335 de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud se extrae que “Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos”(14).

Cuando se ahonda en el terreno de la salud bucal, las prestaciones que el sistema provee están reguladas por el Decreto N° 465/008 del Poder Legislativo (MSP 2008) a través del Catálogo de Prestaciones del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). En dicho documento se observa que ese “derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país” (Ley 18.335), en el terreno odontológico no se cumple dado que el mismo incluye una canasta de prestaciones restauradoras básicas, extracciones y resolución de urgencias, sin brindar una atención integral de la salud bucal de los usuarios(15).

La caries dental, la enfermedad periodontal, la pérdida dentaria, las maloclusiones y las lesiones de mucosa son los principales problemas en salud bucal encontrados en el *Relevamiento nacional de Salud bucal de jóvenes y adultos Uruguayos 2011*. Se encontró para todas esas patologías que la prevalencia fue mayor cuando las condiciones socioeconómicas de las personas eran menos favorecidas (16–20).

En cuanto a caries dental , el índice CPO-D medio fue de 4 en el tramo de 15 a 24 años de edad, de 15 en el tramo de 35 a 44 años y de 24 para el tramo 65-74 años (17). Para la enfermedad periodontal, considerada según bolsa patológica y pérdida de inserción periodontal, se presentó una prevalencia global del 22% (16). Cerca del 75% de la

población relevada había perdido al menos un diente y el 14% tiene 9 piezas o menos en boca (19).

También fue realizado en Uruguay un relevamiento nacional sobre trastornos temporomandibulares (TTM) a personas entre 6 y 70 años, hallándose que el 55% de las personas tienen al menos un síntoma y el 44% tiene al menos un signo clínico de TTM (21).

Se identifica, a través de los datos epidemiológicos y de la información sobre las posibilidades de asistencia, que existe una brecha entre las necesidades y las posibilidades de resolución en materia de salud bucal en Uruguay. El SNIS brinda escasas posibilidades asistenciales obligando a sus usuarios a resolver por fuera de este sus problemas de salud bucal. Entre los servicios donde es posible recibir asistencia odontológica integral está la Facultad de Odontología (FO) de la Universidad de la República (UDELAR), perteneciente al sub-sector público, y actualmente por fuera del SNIS.

Este trabajo se inicia con una recopilación teórica donde se describe la FO-UDELAR como la principal institución educativa formadora de recursos humanos en salud bucal, que en ese contexto brinda un servicio asistencial público y de libre acceso pero no gratuito. El siguiente capítulo, el marco teórico, aborda conceptos teóricos clave de la gestión de los servicios de salud, como acceso, continuidad asistencial y abandono, y el concepto de salud bucal como derecho en el contexto de Uruguay. A continuación el cuarto capítulo detalla el propósito del estudio y los objetivos generales y específicos fijados en torno a conocer la respuesta asistencial de la FO durante 2019.

La metodología se describe en el capítulo quinto donde se organiza y explica la forma en que se llevó a cabo esta investigación. Se emplearon datos secundarios provenientes de los registros informáticos de FO y datos primarios resultados de una encuesta telefónica de satisfacción a una muestra de 500 usuarios que recibieron asistencia programada en la FO durante 2019.

En el sexto capítulo se presentan los resultados y se analizan en tres secciones. En la primera y segunda se exponen los resultados sobre el volumen y características de los usuarios que demandan asistencia y sobre la respuesta en términos cuantitativos que brinda la FO desglosados según clínicas asistenciales. La tercer y última sección refiere a los

resultados de la encuesta de satisfacción y describen la calidad asistencial desde la perspectiva del usuario analizando la resolución del tratamiento y abordando el fenómeno de abandono.

A continuación la discusión, en el capítulo siete, pone a dialogar las tres secciones de resultados entre ellas y con el marco teórico. Para finalizar, el octavo capítulo reúne las conclusiones donde se destaca que si bien existe una alta demanda asistencial insatisfecha, las personas que acceden a la asistencia hacen una valoración muy positiva de la calidad del servicio. Además la autora incorpora al final de este capítulo algunas recomendaciones y una reflexión final acerca de la FO como servicio asistencial y su participación en la concreción de la salud bucal como derecho.

2. La Facultad de odontología como servicio educativo y asistencial

La FO-UDELAR posee un servicio de atención odontológica donde se desarrollan actividades asistenciales en el contexto de la enseñanza de grado y posgrado. Esto último hace que como servicio asistencial presente características particulares que la diferencian de los prestadores de salud cuyo fin es exclusivamente la asistencia (22,23). En este capítulo se describirá el servicio asistencial de la FO, se mencionará el perfil de los usuarios que se asisten, se explicará el modelo de enseñanza y se colocará la evaluación que los usuarios han hecho hasta el momento.

La Facultad de Odontología es una institución pública de educación terciaria universitaria, forma parte de la Universidad de la República e integra el Área Salud, siendo la principal responsable de la formación de recursos humanos en el área de la Salud Bucal. Como parte de la UdelaR el proyecto académico incorpora los principios enunciados en la Reforma de Córdoba de 1918 (autonomía, cogobierno, libertad de cátedra) y la función de extensión universitaria, de donde se desprende el compromiso de la FO con la sociedad en general (24).

La misión de la FO definida en el plan estratégico 2011 es "... formar profesionales universitarios en el campo de la salud bucal: Odontólogos, Asistentes en Odontología,

Higienistas en Odontología y Laboratoristas en Odontología. También nos compete la formación de ciudadanos críticos capaces de desempeñarse en el ámbito odontológico con una práctica de excelencia, ética, transformadora de la realidad e inserta en un contexto nacional e internacional justo y democrático. Nos incumbe asimismo desarrollar conocimiento en salud bucal para la realidad epidemiológica uruguaya y aplicar el mismo a la defensa de la calidad de vida de los integrantes de la sociedad”(25).

El plan de estudios de la carrera Dr. en Odontología organiza las funciones de enseñanza-aprendizaje-asistencia basándose en el escenario sanitario actual, el perfil epidemiológico de la población y los modelos de práctica odontológica convivientes (práctica liberal y práctica en relación de dependencia en servicios públicos y privados). Para la atención del adulto la enseñanza está distribuida en cuatro clínicas integradas con un enfoque interdisciplinario. El modelo educativo conjuga teoría por especialidades con clínicas de atención por niveles de complejidad. Esos niveles son crecientes, y corresponden a los conocimientos, habilidades y destrezas requeridos para abordar en cada etapa curricular la resolución de los problemas de salud bucal del usuario (26).

En su plan estratégico 2018-2022 Facultad de Odontología actualiza su misión de conjugar y vincular la formación de recursos humanos en el área de la salud bucal con la atención, ponderando al individuo y las colectividades, protegiendo la equidad y la universalidad en el acceso. Al mismo tiempo en ese Plan Estratégico se mencionan siete áreas a desarrollar entre las cuales se encuentra la *Asistencia a la Salud*, y para su cumplimiento se propone mejorar el modelo de gestión institucional como servicio permanente de salud a través de una *Clínica Asistencial* (27).

Actualmente la FO para cumplir con esa misión posee un servicio asistencial público y de libre acceso, pero no gratuito, donde la mayoría de las prestaciones tienen un costo diferencial arancelado. El usuario una vez admitido y registrado puede asistirse, recibiendo asistencia integral según niveles de atención.

La FO cuenta con de 222 unidades dentales y atiende un promedio de 27.500 consultas al año. Para la organización de las prácticas educativo- asistenciales de grado se dispone de 8 clínicas, distribuidas en planta baja, primer y segundo piso(24). La atención es de lunes a

viernes en tres turnos, matutino de 8 a 12, vespertino de 14 a 18, y nocturno de 19 a 23 durante el año lectivo, desde marzo a noviembre o diciembre en algunos casos.

La FO brinda atención a niños (se consideran niños hasta 15 años) y adultos. Según datos obtenidos del Plan de estudios 2011 la atención clínica de grado se organiza en : Área del niño y el adolescente, Clínicas de Odontopediatría y Ortodoncia y Ortopedia DMF, y Área del adulto organizada de la siguiente forma (26) : Clínica Integrada I, Clínica Integrada II (Operatoria Dental I), Rehabilitación en Prostodoncia Removible I y Gerodontología, Terapéutica Endodóntica, Operatoria Dental II, Periodoncia, Clínica de rehabilitación en Prostodoncia removible II, Clínica integrada IV (Clínica de rehabilitación en Prostodoncia fija y trastornos témporo–mandibulares), Cirugía Buco Maxilo Facial (I,II,III), Patología y semiología Buco maxilar y clínica Estomatológica, Servicio de Urgencias.

La atención clínica de posgrado, según datos obtenidos de la página web de la Escuela de Graduados de Facultad de Odontología, se organiza según las siguientes especialidades: Odontopediatría, Ortodoncia y Ortopedia dento-maxilo-facial, Endodoncia, Implantología, Odontología restauradora integral y Cirugía buco-maxilo-facial(28).

Es pertinente mencionar que además de esta organización la FO brinda asistencia mediante convenios y programas focalizados como Servicio del Convenio Facultad Odontología-AFFUR-UTHC y Servicio de prótesis buco-maxilo-facial. Los participantes de estos convenios no serán tenidos en cuenta para este trabajo puesto que su ingreso se regula por los convenios respectivos.

Todos los usuarios que ingresan a la FO son registrados en la Historia clínica electrónica de Facultad de Odontología (HIFO). HIFO es un software que funciona en un servidor exclusivo de FO ubicado en la unidad de informática, se inaugura en el año 2016 después de la evaluación y rediseño de su antecesor el sistema Rediente(29). La aplicación de este sistema de información se realizó en forma incremental, iniciando en las clínicas de los primeros años de la carrera llegando en el año 2019 a consolidarse como el único sistema de registro de usuarios.

La HIFO cumple con los requisitos legales que permiten organizar, sistematizar y almacenar de manera segura y moderna todos los elementos vinculados a los usuarios. El

manejo de la HIFO está centralizado en el Servicio de Registro y admisión de pacientes (SRYA), su funcionamiento y gestión se realiza en conjunto con un representante de decanato, quien además es nexo con la empresa proveedora del software.

La Facultad brinda asistencia programada y espontánea, y recibe pacientes que eligen el servicio por interés personal o por derivación o recomendación de otros servicios, profesionales o estudiantes.

TABLA 1 Tipos de asistencia y derivaciones

| | | |
|-----------------------|--|--|
| ASISTENCIA PROGRAMADA | Pacientes que concurren por primera vez a la FO y se registran para ser citados para recibir asistencia programada (tratamiento integral). | - Demanda personal, o derivados por otros servicios. - Convocados puntualmente por estudiantes de grado y posgrado. |
| | Pacientes que ya recibieron asistencia y están en etapa de control o necesitan continuar sus tratamientos en otra clínica asistencial. | -Base de datos histórica de FO. |
| ASISTENCIA ESPONTÁNEA | Pacientes que consultan para resolver una situación puntual y no pretenden continuar su asistencia Odontológica en la FO: -Servicio de Urgencias - CBMF I, CBMF II, CBMF III -Clínica de patología (diagnóstico y tratamiento específico) | -Interés personal -Derivados por odontólogos o servicios odontológicos de todo el país. -Convocados puntualmente por estudiantes de grado y posgrado |

El SRYA es quién dentro de la estructura asistencial de FO tiene como cometido el diagnóstico primario de patologías bucales y la orientación en el plan de tratamiento. Este servicio es el encargado de la derivación de los pacientes, del ingreso y control para su asistencia en las diferentes clínicas y servicios de la FO (24).

Este servicio registra anualmente alrededor de 3000 usuarios, funciona en tres turnos; matutino, vespertino y nocturno. Hasta la llegada de la pandemia los usuarios se atendían por orden de llegada, actualmente existe una agenda web donde las personas deben pre-agendarse para realizar el proceso de admisión y registro.

Para el procedimiento de registro a través del SRYA, el usuario es en primer lugar ingresado a la HIFO con su número de documento, nombre y teléfono, luego pasa por el consultorio de diagnóstico clínico donde se registra la necesidad de tratamiento pero no se registran datos epidemiológicos bucales (como indicadores de caries o enfermedad periodontal). Culminada esta etapa, son cargadas en la HIFO las derivaciones que el usuario puede tener (hasta 5). A través del sistema informático (HIFO) es derivado a las diferentes clínicas (de grado o posgrado) según las características y complejidad. Cada una de esas derivaciones aparecen en HIFO como atenciones programadas (o en grupo).

Una vez registrado el usuario se retira y queda a la espera de ser contactado telefónicamente por un estudiante que iniciará su tratamiento según la derivación. Al momento del registro, al usuario se le informan las derivaciones que se le hacen pero no se detalla el flujo en forma cronológica que deberán seguir esas derivaciones, tampoco se explicita el costo de los tratamientos a menos que lo pregunte. La HIFO no cuenta con un espacio para detallar el costo de los tratamientos ni el flujo.

La forma de admisión en el SRYA de pacientes no garantiza que todos los usuarios que solicitan atención reciban asistencia, es así que muchos de los usuarios que se registran no son convocados para recibir asistencia.

Si bien no contamos al momento con la posibilidad de discriminar cuantos de los usuarios que se asistieron fueron dados de alta, de acuerdo a la información proporcionada por directora del servicio de registro, sabemos que es frecuente que los usuarios no culminen el plan de tratamiento propuesto y abandonen la atención en la FO.

Las prácticas asistenciales son realizadas fundamentalmente por estudiantes. Solo excepcionalmente la realizan docentes en el marco de situaciones especiales o proyectos específicos. Los recursos materiales necesarios para la asistencia son: algunos personales del estudiante como el instrumental general, el instrumental rotatorio y los materiales descartables, y otros, como la medicación y los materiales de restauración, son comprados y provistos al estudiante por la institución a través de su farmacia institucional. Cuando el plan de tratamiento requiere la realización de trabajos de laboratorio la FO cuenta con un

laboratorio central (gestionado por la Carrera de Laboratorista dental que también es parte de la FO), y en ocasiones trabaja mediante la contratación de laboratorios externos.

La Facultad no tiene en sí misma un modo de financiamiento propio para la asistencia y es por eso que el usuario debe abonar las prestaciones. Existe un arancel diferenciado de acuerdo a la prestación y a la afiliación del usuario al sistema de salud (según sea beneficiario de ASSE o de un prestador privado) para casi la totalidad de los tratamientos, aunque existe un grupo de prestaciones sin costo en particular en el área de la odontopediatría y cirugía (30).

Hasta acá se desarrollaron las características del servicio asistencial de la FO, se describirán ahora las características de los usuarios. Son escasos los datos respecto al perfil sociodemográfico y epidemiológico de los usuarios que se asisten en la FO. En el período 2015-2016 se realizó una investigación en el servicio de registro y admisión de pacientes sobre una muestra de 602 usuarios que demandaron asistencia en FO y se encontró que 3 de cada 5 personas eran de sexo femenino y que la mayoría son adultos, el 53,3 % de los individuos tenían entre 35 a 64 años siendo la edad promedio de 44 años. Para el nivel educativo se halló que tres cuartas partes de los participantes tenían un nivel educativo correspondiente a primaria o secundaria y sólo un 15% tenía estudios terciarios. En cuanto al acceso a los servicios de atención médica, la mayoría relató ser usuario de ASSE sin embargo dos de cada tres relataron resolver sus problemas de salud bucal en el ámbito privado. En esta investigación se abordaron las enfermedades bucales desde una perspectiva de riesgo común con las enfermedades no transmisibles (ENT). Se encontró que los sujetos de esta muestra presentaban mayor prevalencia de factores de riesgo para ENT, tanto metabólicos (hipertensión, diabetes) como comportamentales (inactividad física, consumo excesivo de sal e ingesta problemática de alcohol) en comparación con los datos nacionales de 2013(31). También se encontró que estos sujetos presentaban indicadores de caries y enfermedad periodontal más desfavorables que los encontrados a nivel nacional publicados en el relevamiento nacional de 2011 (32).

Desarrollaremos ahora algunas características del modelo pedagógico, el cual enmarca las prácticas asistenciales. La asistencia de los usuarios en la FO es llevada a cabo por los estudiantes dado que la propuesta educativa integra la enseñanza con la práctica sanitaria

desde un modelo docencia-servicio. El estudiante en su formación profesional transita por diferentes clínicas con niveles ascendentes de complejidad, y organizadas según especialidades. Estas especialidades funcionan en algunos trayectos de la carrera en forma integrada.

Este modelo pretende acompañar el desarrollo y la integración de las habilidades y destrezas del estudiante en función de la resolución del plan de tratamiento indicado para cada paciente (26). Por este motivo la duración de los tratamientos y las consultas es variable y mayor que la que realizaría un profesional experiente.

La enseñanza-aprendizaje en el contexto de la asistencia se presenta como un escenario complejo, donde el modo en que se articula la teoría y la práctica son claves. Se conjugan tensiones dadas por la lógica de la enseñanza y de la asistencia, expresándose en clave de tiempos diferentes para cada actor y función como son: los tiempos de la asistencia odontológica, los tiempos de la formación y los tiempos del paciente (33).

En las instituciones educativas que además brindan asistencia se crea un triángulo entre el paciente-estudiante-docente que debe manejarse con precaución para potenciar la experiencia del paciente (continuidad y calidad asistencial) así como también la trayectoria y resultados del estudiante (22).

El lugar que ocupa el paciente será clave en la formación tanto técnico-profesional del estudiante como en su formación humana, estos además de ponerle el cuerpo al proceso llegan con un conjunto de saberes que van a potenciar el aprendizaje del estudiante en todas las áreas. La relación pedagógica en la clínica es dinámica, el docente debe amalgamar lo pedagógico y lo profesional, interpelando esos roles desde lo afectivo y personal (34).

El modelado es una de las formas posibles de enseñanza, donde a través de la observación el estudiante aprende de la acción docente ciertas habilidades técnicas, comunicacionales y actitudinales. Para ello el estudiante requiere de la proximidad del docente y el tiempo constituye el problema más sobresaliente; tanto el estudiante como el paciente pretenden una disponibilidad del docente que en ocasiones es dificultosa(33).

Este servicio asistencial cuya esencia es la formación de profesionales actualmente no presenta un mecanismo sistemático de evaluación del área asistencial. En el año 2017 en el

marco de un proceso de autoevaluación institucional y acreditación MERCOSUR, se realizó una encuesta en las salas de espera de la FO en formato papel y carácter voluntario a los usuarios. Se encuestaron 215 usuarios, entre los resultados destacamos que el 67% considera que los precios por las prestaciones son adecuados, el 87% destacó una excelente atención por parte del estudiante y el 70% relata estar totalmente conforme con el resultado de su tratamiento. Esta encuesta presentó la debilidad de ser realizada cerca de fin de año cuando los cursos están próximos a su finalización y por la dinámica propia del proceso enseñanza-aprendizaje hace que los tiempos clínicos estén reducidos, en consecuencia los resultados obtenidos no son generalizables y constituyen una visión parcial(24,35).

3. Marco teórico

En este capítulo veremos el rol de los sistemas de información en la asistencia a la salud, algunos conceptos claves en la gestión de los servicios como son el acceso, la continuidad y la calidad asistencial y finalizaremos abordando el derecho a la salud bucal en el contexto de la salud colectiva.

Pensar la continuidad de la atención en el contexto de un aula-asistencial, es complejo dado que las actividades de asistencia están ligadas a las prácticas de enseñanza y por tanto se desarrollan durante el año lectivo, existiendo lo que llamaremos interrupción programada de la asistencia. Es decir, la asistencia, se interrumpe durante los meses de diciembre, enero y febrero; con excepción de los estudiantes que se encuentren con *informe pendiente*¹. Elemento que diferencia a esta institución de un prestador de servicios y atenta contra la continuidad en la asistencia que se pretende.

Compensar esta interrupción es un desafío, la realización de un registro sistemático, riguroso y muy bien organizado de los procesos es una estrategia para conseguirlo. La forma en que se materializa ese registro es mediante la historia clínica.

¹El informe pendiente implica que el estudiante no alcanzó a terminar el tratamiento propuesto para el usuario en el tiempo previsto para la finalización curricular del curso, usualmente el 30 de octubre. En ese caso se habilita al estudiante a continuar la atención hasta finalizar el tratamiento durante los meses de noviembre, diciembre y excepcionalmente febrero.

3.1.La importancia de los sistemas de información. La historia clínica

La historia clínica es un derecho del usuario, es un documento legal y confidencial del paciente, que recoge en forma ordenada el proceso de diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento(14). Además del valor para los usuarios tiene un valor institucional importante en cuanto a la organización, la gestión y la calidad institucional. Es una herramienta importante para la epidemiología, la planificación en salud y en el caso de tratarse de una institución educativa es relevante en la enseñanza y en la investigación(36).

Con la incorporación de las tecnologías de la información se consolida el uso de historias clínicas en formato electrónico cuyo objetivo es mejorar la calidad, la eficiencia y la continuidad asistencial suponiendo además una mejoría en la seguridad del paciente (37).

Los sistemas de información son, desde el paradigma de la salud colectiva, un pilar fundamental que permite conectar los datos de las diferentes dimensiones que operan en la salud de las personas (38). Tienen un gran valor para la investigación epidemiológica y para la vigilancia sanitaria, supone una optimización de recursos, un aumento del volumen y calidad de la información, no obstante debe tenerse presente que el eje de la historia clínica (y del servicio asistencial) es el usuario como sujeto de derecho(39–41).

Aunque el uso de los sistemas de información (de un tiempo a esta parte informáticos) supone múltiples beneficios, históricamente se han encontrado dificultades para que esos sistemas de información conjuguen en forma eficiente sus funciones asistenciales y las de gestión y levantamiento epidemiológico(38).

Durante la asistencia odontológica suelen privilegiarse los procedimientos clínicos prácticos sobre los de recolección de datos y registro de información, sin embargo cuando se trata de una institución educativa es necesaria la valoración de estas instancias entre otras cosas como generadoras de rutinas de trabajo(29). El uso de un lenguaje estandarizado, con una terminología dada, facilita el uso de estas herramientas informáticas así como el análisis longitudinal del proceso asistencial del usuario y la posterior sistematización de los datos en caso de ser empleados con fines de investigación o planificación en salud (42).

El SNIS en Uruguay ha avanzado en la implementación de la historia clínica electrónica en los prestadores públicos y privados, es útil a la hora de pensar la atención desde la

estrategia de atención primaria en salud (APS) a través de niveles de complejidad, mediante mecanismos de referencia y contra-referencia(37). Por su parte la FO incorpora desde el año 2016 el uso de la historia clínica electrónica, sin embargo esta HIFO no se encuentra sincronizada con la respectiva historia clínica electrónica general del usuario ni con otros sistemas de información.

Todos los usuarios que demandan asistencia en FO son ingresados al sistema de información electrónico, HIFO. Este servicio como ya se mencionó tiene la particularidad de ser público y de libre acceso pero no es gratuito, por lo tanto desde el inicio sabemos que el acceso de los sujetos a la atención y la continuidad en la asistencia estará determinado por sus posibilidades de pago. Cuando el usuario inicia su proceso asistencial es informado sobre el costo del tratamiento y para poder continuar debe aceptarlo. Sin embargo, en el transcurso del plan de tratamiento y en función de las individualidades biológicas pueden aparecer otros tratamientos necesarios y distintos del que origino la consulta haciendo que el costo sufra modificaciones y como consecuencia, aunque el usuario haya accedido a la asistencia, no pueda dar continuidad a la misma.

3.2.El acceso y la continuidad de la asistencia odontológica

A nivel teórico se encontró una diferenciación entre los conceptos de acceso y uso de un servicio o continuidad en la asistencia. Si los ordenásemos cronológicamente, en cuanto al proceso asistencial, nos encontramos primero con el acceso del sujeto al servicio de salud. El modelo de Andersen (1973), y la conceptualización de accesibilidad de Donabedian (1966) intentan explicar qué elementos inciden en el acceso a un servicio de salud, es decir en la llegada (o no) del sujeto mismo y la concreción de la asistencia. Estos modelos conjugan elementos del entorno (políticas de salud, estatus socioeconómico, aspectos culturales, actitudes frente a la salud, valores), características del prestador (disponibilidad de servicios, ubicación geográfica), y del propio individuo(43-45).

En cuanto al individuo se distinguen factores predisponentes como son edad, sexo, educación, etnia, religión, ocupación, creencias e ingresos. Actúan también factores propiamente referidos a las necesidades en salud según sean estas percibidas, la sintomatología y el estado general (45). En este punto también influye que tan susceptible se cree el sujeto a cierto padecimiento, que gravedad o incidencia en su salud puede tener

este y cuanto confíe en que tomar alguna medida puede mejorar la situación(43). Estos elementos son particularmente aplicables a la esfera de la salud oral, siendo que si bien los padecimientos en salud bucal repercuten en la calidad de vida de los individuos no representan (en general) un riesgo o amenaza a la vida de las personas, y por tanto los riesgos – beneficios pueden percibirse difusos para los sujetos.

Cuando investigamos sobre cuál es el perfil de las personas que hacen uso de servicios odontológicos se encontró que algunas características dependen si el sujeto es usuario de un servicio público o privado, y otras son independientes de eso. Entre las características comunes encontramos que son las personas de sexo femenino quienes más hacen uso de los servicios de salud odontológico (44,46–48).

En cuanto a los ingresos y al nivel educativo vemos que las personas con mejores ingresos y nivel de educación superior concurren con más frecuencia a la consulta odontológica que aquellos con una situación más desfavorecida. Cuanto mayor sean las posibilidades socioeconómicas serán usuarios de un servicio privado y no público (46,47,49–53).

Las razones más frecuentes que llevan a las personas a consultar en un servicio odontológico, independientemente del tramo de edad, el estrato socio económico o si la persona es usuario de un servicio público o privado, es la búsqueda de tratamiento, apareciendo en los primeros lugares el dolor y la sintomatología, seguido por procedimientos restauradores (44,48,54–56). El control o la prevención como motivo de consulta se observa con más frecuencia en los servicios privados (57). Analizando los motivos de consulta por tramo de edad, se encontró que en los adultos mayores es frecuente la consulta para realización de prótesis o para reparación o ajustes de las mismas (48,58).

Una vez que el sujeto consigue acceder al servicio, el eslabón siguiente deseable es el uso o continuidad de la asistencia. Esta continuidad se enfrenta a una serie de barreras que también operan a nivel medio ambiental, a nivel de los prestadores de salud y a nivel individual, y podrían explicar las inequidades, es decir las diferencias injustas y evitables, en el acceso que los individuos y las poblaciones tienen a los servicios de salud(59).

Estudios señalan que las barreras más trascendentes en el uso de servicios de salud bucal son el nivel socioeconómico de las personas fundamentalmente dado por su capacidad de

pago y el nivel educativo. La capacidad de pago le permite “comprar “el servicio, mientras que niveles de educación superior repercuten en el reconocimiento de la importancia de los cuidados bucodentales (46,47,49,58).

Se encontró además que vivir en el área rural, pertenecer a una minoría étnica, o ser inmigrante en un país también se convierte en una barrera en la utilización de los servicios de asistencia odontológica (60).

3.3.La evaluación de la calidad de un servicio

Se encontró que la calidad del servicio podría ser un elemento facilitador para la continuidad (61). La calidad está dada por elementos relativos al servicio y otros que son inherentes a los sujetos. Esto se debe a que las personas viven en un contexto sanitario determinado con un modelo económico dado, atravesado por políticas sociales y sanitarias que impactan en su vida y percepción sobre su salud y su proceso asistencial(62).

La calidad asistencial es la que garantiza el acceso equitativo a los servicios de salud, centrado en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad y eficiencia (63,64). Avedis Donabedian define la calidad como un tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, teniendo en cuenta un balance entre pérdidas y ganancias esperadas. Este autor propone desagregar la calidad en: estructura, proceso y resultados y coloca el concepto de “enfoque sistémico” proponiendo tres dimensiones para el abordaje de la calidad: interpersonal, técnica y física(61).

La evaluación de la calidad de un servicio de salud es empleada muchas veces para evaluar el proceso asistencial, y dentro de esta una de las opciones posibles es a través de la satisfacción del usuario. La satisfacción es un concepto multidimensional que vincula estrechamente las expectativas que se traen con el resultado o producto obtenido(65).

Existe evidencia suficiente que indica que la satisfacción percibida por los usuarios de servicios odontológicos no se ve influida por el sexo o la edad y que esta es más contundente cuando se cumplen las expectativas y se resuelve el motivo que lo acercó a la consulta (66,67). La satisfacción de un paciente con el servicio mejora su adhesión al tratamiento y por tanto sus condiciones de salud bucal (68).

Este trabajo de tesis fue realizado en un servicio educativo-asistencial, la literatura consultada muestra que la satisfacción de los sujetos en clínicas de atención y enseñanza es buena, pero los tiempos de espera para recibir la primera cita y la duración de las consultas se repiten como elementos poco satisfactorios (62,65,69,70).

Para medir esa satisfacción entre otros mecanismos se emplean las encuestas de satisfacción donde se indaga acerca de la experiencia del sujeto en el servicio. Clásicamente se preguntaba acerca de la estructura del servicio (equipamiento, planta física, confort) y la atención recibida (vínculo con el profesional o estudiante y con los demás trabajadores del servicio). Corrientes más contemporáneas han incorporado elementos subjetivos relativos a la percepción del usuario, como el cumplimiento de sus expectativas y la valoración de su experiencia. Respecto a este último punto cuando el usuario es investigado sobre la calidad asistencial desde la satisfacción, ponderan la valoración humana y el trato interpersonal frente a la planta y ambiente físico (71–73).

La manera en que se estudia esa satisfacción de los usuarios es diversa, incluyendo técnicas cualitativas y cuantitativas empleando encuestas telefónicas, cuestionarios presenciales o entrevistas en profundidad. Cuando se escoge como instrumento la encuesta telefónica los detalles metodológicos deben ajustarse en la forma más precisa posible dado que tiene en sí misma algunas dificultades. Está bien documentado que los usuarios tienden a responder estereotípicamente, pretendiendo agradar o satisfacer al encuestador intentando responder lo que estaría siendo esperado escuchar (sesgo de cortesía)(68). Es decir, este tipo de metodología suele sobreestimar la satisfacción del usuario(74).

La metodología de categorizar las encuestas de tipo cuantitativo también es diversa, se identificaron categorizaciones dicotómicas como satisfecho e insatisfecho, o con opción sí o no (72,75,76). Se encontró también una categorización en bueno, regular y malo y también en, muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho y muy insatisfecho (22,23,69).

Las dimensiones que acostumbran abordar estas encuestas son las consideradas en el análisis de la calidad de un servicio ya mencionadas en esta revisión por Donabedian,

donde se incluyen preguntas para conocer la satisfacción en cuanto a la estructura, el proceso y los resultados. Suele preguntarse además sobre el acceso y los costos (65).

A nivel nacional, como antecedente, existen en los últimos 10 años tres encuestas de satisfacción realizadas por el Ministerio de Salud Pública dirigidas a los usuarios de los servicios de salud. Las mismas fueron realizadas por encuestadoras privadas y la metodología que se empleo fue la de encuesta telefónica con un cuestionario estructurado, cuya duración en promedio fue de 8 minutos. Se manejó la categorización muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho y muy insatisfecho. En ellas se consultó mediante un paquete de preguntas sobre las dimensiones mencionadas en el párrafo anterior y se incluyeron preguntas para conocer la satisfacción global con preguntas como fidelidad al prestador, recomendación y satisfacción propiamente dicha. Además se incluyeron preguntas para describir el perfil socio demográfico como sexo, edad, nivel de educación, departamento de residencia y percepción del estado de salud (77,78).

Esta descripción de la calidad y la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud tiene sentido en el análisis de la continuidad de la asistencia. Otra posibilidad es que el usuario no logre sostener esa continuidad en la asistencia y la abandone.

Abandonar la atención implica dejar de concurrir a las citas programadas para el desarrollo de un tratamiento propuesto. Estudios reportan que aproximadamente el 30% de los pacientes que acceden a un servicio de salud bucal abandonan el tratamiento(79).

La decisión de un sujeto de abandonar el tratamiento implica en primer lugar un costo en salud para el usuario, acompañado de un costo para el sistema en términos económicos y de organización. Al mismo tiempo el abandono del tratamiento representa importantes dificultades cuando el servicio de salud además de ser asistencial es de enseñanza, dificultando el flujo de los usuarios cuya demanda es alta y perjudicando al estudiante impidiéndole o dificultando el desarrollo de las competencias esperadas para el curso. (80,81) Estudios realizados en centros universitarios de atención odontológica mencionan entre las causas de abandono la dificultad para concurrir en el horario designado (56,82).

Hay pocos estudios que fundamenten científicamente el comportamiento de este fenómeno desde lo conceptual y metodológico. No obstante varios autores han intentado explicar los

motivos de abandono a través de situaciones personales, duración de las consultas, miedo y experiencias frustrantes previas, mal relacionamiento con el profesional, la organización de los servicios y los costos (83).

Cuando los pacientes son consultados acerca de cuáles son los motivos que lo hacen abandonar el tratamiento, los que aparecen con más frecuencia son el costo de las prestaciones y el tiempo (tanto de espera para recibir atención, tiempo de duración del tratamiento, duración de las consultas y tiempo de traslado hasta el servicio)(56,82). Existen además razones inherentes al propio individuo que lo predisponen al abandono del tratamiento, relativos a la ansiedad, el temor y malas experiencias pasadas (56,79,82).

En la literatura se halló cierta relación que indica que aquellas personas con más patología o en peores condiciones de salud bucal son las que tienen más predisposición a abandonar el tratamiento. Se halló también evidencia de que la mayor parte de los abandonos se da apenas concluida la etapa de diagnóstico (84).

Si bien son escasos los estudios que se proponen relacionar la satisfacción del usuario con la culminación o no del tratamiento odontológico propuesto, se halló una asociación débil entre la insatisfacción y el abandono del tratamiento(22). Sin embargo algunos elementos que aparecen como favorecedores del abandono también aparecerían como elementos de insatisfacción del usuario, como el costo, los tiempos de espera y el relacionamiento con el personal.

Conocer como es la calidad asistencial en la FO desde la perspectiva del usuario es de vital importancia para poder ahondar en el conocimiento de la institución y poder encontrar herramientas que permitan el desarrollo y mejora de las potencialidades institucionales de cara a una transformación. Transformación que le permita mejorar el acceso, el uso y la continuidad de la asistencia.

3.4.El derecho a la salud bucal

Cuando nos referimos a la salud, bucal o general, deben considerarse dos aspectos por un lado el derecho en sí mismo a gozar de una salud que permita el desarrollo de los individuos y las colectividades en todas su potencialidades, y por otro el derecho a la asistencia sanitaria. Estos dos aspectos son desarrollados en forma clara por la salud

colectiva (85). Ambos campos constituyen un derecho humano y deben ser atendidos desde una ética de responsabilidad por el Estado.

En los primeros párrafos de este trabajo se coloca a la salud bucal como un derecho, sin embargo la realidad epidemiológica actual nos indica que hay gran volumen de patología bucal acumulada, por tanto el derecho a la salud en sí misma y a la asistencia sanitaria no se estaría efectivizando en la población uruguaya.

Al colocarnos en el marco de la salud colectiva, vemos que tanto la situación epidemiológica como las dificultades en el acceso son producto de múltiples procesos sociales cuyo origen es el modelo macro económico al que estamos sujetos. La propuesta de la salud colectiva incluye ,entre otros elementos, transformaciones en el concepto de salud, en las prácticas sanitarias , en el paradigma epistemológico en que se sustentan las investigaciones y en el posicionamiento académico de las instituciones formadoras de recursos humanos(5,85).

Para el caso de la Universidad de la República esta se declara comprometida a través de su Ley Orgánica con la abogacía por la justicia social y los derechos de los sujetos(86). En ese sentido, por sus características académicas la FO tiene al menos un doble compromiso; por un lado como prestador de servicios asistenciales en un contexto de inequidades y mercantilización sanitaria y por otro comprender, discutir y hacer propuestas transformadoras para mejorar la salud en Uruguay.

Como prestador de servicios, al menos desde el año 2006 y hasta la actualidad la Asamblea del Claustro de FO como órgano cogobernado y deliberativo coloca como tema de discusión la aspiración de transformación de la institución en un servicio permanente de salud, las denominaciones posibles han ido variando desde Hospital odontológico, Hospital de la Facultad de odontología hasta la actualidad donde la tendencia es Clínica asistencial.

Actualmente aunque el servicio asistencial es de libre acceso, existe un arancel lo que configura una barrera en el acceso, cuestionando profundamente el rol social.

Como institución comprometida en comprender los problemas y pensar alternativas transformadoras, en el año 2015 la FO elabora un documento en conjunto con el Ministerio de Salud Pública y ASSE dirigido a concretar la asistencia odontológica integral de los

sujetos en el período de gobierno 2015-2020 donde se colocó entre las estrategias la incorporación de la FO como prestador del SNIS asociado al Hospital de Clínicas o al prestador público ASSE. Se propuso además incorporar a través de la modalidad de residencias las diferentes especialidades odontológicas(87). Estas propuestas no alcanzaron a concretarse en el periodo de gobierno para el que fue pensado y se desconoce si las líneas programáticas del gobierno vigente se orientan en este sentido.

4. Propósito del estudio y objetivos

Esta investigación intenta colaborar en la búsqueda de una mejora en el modelo asistencial de la FO, teniendo en cuenta que actualmente se están procesando cambios en la gestión del servicio de admisión y registro y que no existe una sistematización a nivel institucional del proceso asistencial. Este trabajo se propuso realizar una caracterización sociodemográfica de los usuarios que se atienden en la FO, analizar el proceso asistencial, la satisfacción de los usuarios y discutir el papel que juega el servicio en la consolidación del derecho a la salud bucal de la población uruguaya.

Objetivos

El objetivo general de esta investigación es conocer la respuesta de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República a las necesidades de los usuarios que demandaron asistencia odontológica durante el año 2019.

Los objetivos específicos de este trabajo fueron:

1. Determinar el número de personas que demandaron asistencia odontológica en la FO durante el año 2019 y describir sus características sociodemográficas.
2. Describir el proceso asistencial de los usuarios que demandaron asistencia en la FO en 2019.
3. Conocer el grado de satisfacción de las personas adultas que fueron atendidas en clínicas de asistencia programada de la FO durante el año 2019.
4. Describir posibles causas de abandono de los usuarios adultos que demandaron atención y fueron atendidos en clínicas de asistencia programada en la FO durante 2019.

5. Metodología del estudio

Este capítulo explica los métodos empleados para alcanzar los objetivos planteados. Se presenta en tres fases, y para cada una se detalla el origen de los datos, las variables seleccionadas y la operacionalización de las mismas. La primera fase pretende dar respuesta al primer objetivo específico de determinar el número y las características de los usuarios que demandaron asistencia durante 2019 en la FO, y la segunda fase reúne las estrategias para conocer el proceso asistencial de los usuarios. La tercera fase explica

concretamente cómo se elaboró la encuesta de satisfacción, como fue la selección de la muestra y cómo se construyó el índice de satisfacción global.

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de los usuarios que demandaron asistencia en la FO durante 2019. Se emplearon para su realización fuentes de datos secundarias proveniente de la base de datos de HIFO y fuentes primarias originadas en una encuesta telefónica de satisfacción realizada por la autora de este trabajo de tesis.

Desde la perspectiva ética, el estudio fue realizado con datos secundarios proporcionados en forma de planillas disociadas y anonimizadas, donde en ningún momento se tuvo posibilidad de acceder al nombre de los usuarios o su teléfono de contacto. El Comité de Ética de la investigación de Facultad de Odontología aprobó la realización de este trabajo (Exp. No. 091900-000415-19).

Excepcionalmente, y con el aval institucional previo, la empresa de software que gestiona HIFO habilitó exclusivamente el nombre y teléfono de contacto de la muestra de usuarios sorteada.

Además por ser una investigación efectuada en la FO se solicitó el aval institucional de su Consejo directivo quién también aprobó su realización (Exp. 091100-002244-19, resolución N° 82 del 28/11/2019). Se describen a continuación las fases en que se organizó el trabajo.

Primera fase: Esta fase pretende responder el primer objetivo específico de este trabajo. Se describe el perfil sociodemográfico de todos los usuarios que concurrieron a la FO durante el año 2019.

La base de HIFO proporcionó los datos en forma de planillas disociadas y anonimizadas. Cada usuario tiene un número de identificación que permitió unir la información de las diferentes planillas, sin la posibilidad de identificar el nombre y/o medio de contacto de ese usuario.

La variable *sexo* fue categorizada en femenino y masculino. La variable *edad* fue considerada en años y se reportó con el número de años cumplidos al momento de realizado

el registro. La variable *fecha* se consideró por el mes en que se realizó el ingreso del usuario.

La variable *lugar de nacimiento* se describe por departamento si el usuario es de nacionalidad Uruguaya, si es extranjero, se describe por el nombre del país.

Se describe el lugar de *residencia actual* categorizado por barrio si vive en Montevideo o por localidad si vive en el interior del país.

Segunda fase: Esta fase pretende dar respuesta al objetivos dos de este trabajo. Se describe el proceso asistencial y las características sociodemográficas de los usuarios que demandaron atención durante el año 2019.

La fuente de datos que se utilizó surge del sistema HIFO a través de la planilla “atenciones”, donde aparecen todas las atenciones que se realizaron durante 2019. Se debe tener presente que cada usuario puede (y es deseable) tener más de una atención dado que el sistema genera una atención cada vez que el usuario es atendido o derivado (atención programada) en una de las clínicas de la FO.

Dado que cada **usuario** puede tener: a) atenciones que hayan sido efectuadas, b) atenciones que fueron programadas o derivadas pero no fueron efectuadas, c) una combinación de ambas, d) solamente atenciones que no se efectuaron; se construyó la variable *convocado*. Esta variable, *convocado*, tiene dos categorías: convocado si (quienes tengan al menos una atención efectuada en cualquier clínica de la FO, excluyendo las efectuadas en el SRYA), y no convocado (quienes no tengan ninguna atención efectuada, o las tengan únicamente en el SRYA).

En cuanto a las **atenciones**, se construyó la variable *atención* que consta de dos categorías: efectuada y no efectuada. La categoría efectuada implica asistencia, es decir que fue realizado un acto clínico (se alimenta de las categorías atendida, vista y alta de la HIFO). La categoría no efectuada refleja un tránsito en el sistema pero no asistencia (construida a partir de las categorías de la HIFO: en clínica, en estudiante, en grupo, programada y vencida), y corresponde a atenciones que fueron programadas o derivaciones que se realizaron entre clínicas o internamente en una misma clínica.

La variable *clínica de atención* se define por la clínica donde recibió la atención, programación o derivación y cada categoría corresponde a una clínica asistencial como se detalla a continuación:

- Clínica Integrada I (Integrada I)
- Operatoria Dental I (Op 1)
- Rehabilitación en Prostodoncia Removible I y Gerodontología. (Completa)
- Terapéutica Endodóntica (Endo)
- Operatoria Dental II (Op 2)
- Periodoncia (Perio)
- Clínica de rehabilitación en Prostodoncia removible II (PPR).
- Clínica de rehabilitación en Prostodoncia fija y trastornos témporo–mandibulares (Fija)
- Cirugía Buco Maxilo Facial : (CBMF I, CBMF II, CBMF III)
- Patología y semiología Buco maxilar y clínica Estomatológica (Patología)
- Servicio de Urgencias
- Servicio de registros (SRYA)
- Otros (Clínicas de posgrado)

Las categorías de esta variable, *clínica de atención*, fueron agrupadas para una parte del análisis estadístico. Las clínicas de cirugía I,II,III formaron una categoría llamada Cirugía. Las clínicas de rehabilitación de tercero (Integrada II y Completa) conformaron la categoría Integrada II, y las de cuarto (Endo,Op2, Perio, PPR) la categoría Integrada III.

Se generó una variable *tipo de atención* de categorización dicotómica según el tipo de atención de estas clínicas en: asistencia espontánea (CBMF I, CBMF II, CBMF III, Patología, Urgencias) y asistencia programada (Integrada I,Op1, Completa, Endo,Op2, Perio, PPR y fija).

Fue construida otra variable dicotómica llamada *puerta de ingreso* la cuál da cuenta a través de que clínica ingresó el usuario a la asistencia cuando esta no fue a través del SRYA. Las categorías son puerta de ingreso esperable (CBMF I, CBMF II, CBMF III, Patología,

Urgencias, Odontopediatría y Ortopedia) y no esperable (todas las demás clínicas asistenciales de la FO).

Los datos cuantitativos obtenidos desde la base de datos acerca del volumen de usuarios y las atenciones según cada clínica de FO fueron cotejados con la información que brinda directamente la interfaz del sistema de HIFO. Se trabajó con cada clínica solicitando al software los pacientes para todo el año 2019, donde se muestran las fechas de ingreso y la categorización del “estado” de las atenciones. Se corroboró de este modo la veracidad de los procedimientos realizados para el filtrado y manejo de la base que se presentó como compleja desde el inicio.

Por otro lado, el número de atenciones concretadas por clínica asistencial tiene relación directa con el número de estudiantes que cursan cada una de las clínicas. La información del número de estudiantes y el número de los que aprobaron el curso fue proporcionada por bedelía.

Tercera fase: Esta fase pretende dar respuesta a los objetivos tres y cuatro de este trabajo, para ello se realizó una encuesta telefónica de satisfacción a una muestra de los usuarios adultos que recibieron asistencia programada en FO durante el año 2019.

Se generó un marco muestral, con apoyo del Servicio de Epidemiología y Estadística de Facultad de Odontología (SREPISTAT), cuyos criterios de inclusión fueron los siguientes: pacientes adultos (mayores de 15 años) que recibieron asistencia (convocado si) en alguna de las clínicas de asistencia programada de grado durante 2019.

La muestra fue probabilística y se seleccionó a través de un diseño muestral sistemático. El marco muestral se ordenó por variables de información auxiliar como edad y sexo de modo de poder controlar la muestra por esos atributos, haciendo que el diseño fuera más eficiente. Para el sorteo de la muestra, que fue de tipo autoponderado (pesos muestrales iguales, lo que simplifica luego el análisis al expandir los datos), se usó la librería *sampling*(88).

Luego de la recolección y del análisis de los datos se realizó el análisis de la no respuesta (NR). En este tipo de estudio donde el contacto es telefónico, era esperable y presumible que la NR no fuera aleatoria, por lo que se efectuó un procedimiento de calibración ajustando los pesos muestrales mediante *pos* estratificación.

El tamaño de muestra fue de 500 pacientes, ese número contempla una NR del 30 % que aumenta el tamaño original de 350, que permite hacer estimaciones de prevalencias cercanas al 40% y que considera el factor de corrección de poblaciones finitas.

La encuesta fue realizada en forma telefónica entre el 15 de enero y el 16 de abril de 2021, quienes tenían teléfonos celulares fue esa la primera opción seguida del teléfono fijo en caso de no respuesta; y quienes no contaban con celular fueron llamados al teléfono fijo directamente.

La bibliografía relata que un contacto previo con el encuestado y el aviso de que será llamado, reduce la “sorpresa” y podría reducir la no respuesta. (89,90). Por esta razón, y con el objetivo de optimizar la tasa de respuesta, a los sujetos que contaban con teléfonos celulares, se les envió un mensaje de texto en la semana del 11 de enero de 2021 informándoles que en los siguientes días serían llamados para realizarles una encuesta telefónica, y se les proporcionó por esta vía información referente a la investigación.

Las llamadas fueron realizadas por la investigadora en forma aleatoria en tres turnos: mañana, tarde y noche. La duración promedio de cada llamada fue de 8 minutos. En caso de no respuesta se repitió dos veces la llamada en el mismo momento, si no se conseguía el contacto se registraba el turno y se continuaba con los participantes de la lista. Al llegar al final de la lista se comenzaba desde el inicio intentado contactar en un turno diferente al de la primera vez, este procedimiento se realizó 5 veces.

Una vez que el participante contestaba, la investigadora se presentaba con su nombre y apellido, institución a la que pertenecía y profesión. Se explicaban los objetivos y pertinencia del proyecto y se invitaba al sujeto a participar solicitando su consentimiento verbal. A cada participante se le proporcionó como beneficio la posibilidad de retomar la asistencia en FO si era de su interés.

El cuestionario constó de preguntas estructuradas categorizadas mediante dos escalas: una numérica del 1 al 5, donde 1 era muy insatisfecho, 2 insatisfecho, 3 ni satisfecho ni insatisfecho, 4 satisfecho, 5 muy satisfecho y 6 no sabe o no contesta; y la otra de sí, no y no sabe o no contesta. Se incorporaron además tres preguntas con posibilidad de respuesta

abierta donde se registraban las palabras del encuestado. El cuestionario de la encuesta se encuentra disponible en el *Apéndice I Formulario de la encuesta de satisfacción*.

La entrevista comenzaba registrando la fecha y el turno, luego se realizaban preguntas generales como nombre, edad, máximo nivel de estudios alcanzados y actividad. Para el máximo nivel de estudios alcanzados las categorías posibles de respuesta fueron: primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, terciaria completa, terciaria incompleta, otros. En cuanto a la actividad el participante podía seleccionar más de una respuesta dentro de las posibles: trabaja, está desempleado, jubilado/pensionista, no trabaja ni busca trabajo, estudiante. En el caso de que la persona tuviera otra actividad además de ser estudiante esta actividad se consideró en primer lugar, en caso de ser únicamente estudiante esto se consideró en primer lugar.

A continuación se realizaban preguntas inherentes a la atención en la FO: porque escogió FO para atenderse, si fue esa la primera vez que lo hacía y en que turno concurría (matutino, vespertino, nocturno)

Luego se abordó la estructura, el proceso y los resultados del servicio desde las dimensiones de la atención técnica, el ambiente físico y el trato interpersonal. Sobre la estructura se preguntó: comodidad de la sala de espera y box, privacidad/intimidad, higiene y estado de los baños. Sobre el proceso de atención se preguntó acerca de los tiempos de espera, duración de las consultas y trato personal. En cuanto a los resultados se preguntó si culminó el tratamiento, si está aún en tratamiento o si abandonó el mismo. Además se consultó si estaba conforme y si el tratamiento cumplió con sus expectativas.

Se realizaron preguntas sobre los costos de las prestaciones, la satisfacción global y fidelidad.

Siendo que nos interesa conocer el fenómeno de abandono en la FO, y dado que no accedemos a esa información a través de la base de datos que proporciona la HIFO, a las personas que contestaban que abandonaron la atención se le preguntó el motivo de abandono dando 7 posibles opciones: distancia del lugar, costo de los tratamientos, duración del tratamiento, duración de la consulta, trato personal, temor y otros, dándosele la

opción de poder describir esos motivos. El usuario podía seleccionar tantas opciones como deseara.

Para finalizar la encuesta se preguntaba a los participantes si tenían alguna sugerencia o algún otro comentario y se lo registró con las palabras del encuestado.

Con la información recogida de la encuesta se construyeron las variables: motivo de elección, resolución de tratamiento, motivo de abandono, satisfacción global y sugerencias.

La variable *motivo de elección* se construyó en base a la respuestas de la pregunta abierta ¿por qué eligió atenderse en FO? En base a la frecuencia con que se repetían las respuestas se agrupó en las siguientes categorías: costo, recomendación, conocido o familiar invita, estudiante FO, publicación en redes sociales, siempre se atendió en FO, otros.

La variable *resolución de tratamiento*, se edificó según el usuario haya completado su atención o no. Se consideró abandono cuando el paciente dejó de concurrir a las consultas en 2019, y lo identificó de ese modo. Se consideró alta si resolvió el motivo de consulta que lo derivó a esa clínica en particular y relata no tener tratamientos pendientes, y se consideró en tratamiento cuando relató tener pendiente la culminación de un tratamiento y estar esperando ser convocado nuevamente. Se construyó la categoría otros para aquellos participantes que relatan no haber abandonado, no estar en tratamiento y tampoco haber resuelto el motivo de consulta particular que lo llevo a esa clínica asistencial. Por tanto la variable resolución de tratamiento se categorizó en: alta, tratamiento, abandono y otros.

La variable *motivo de abandono* se categorizó según posibles causas: distancia al lugar de residencia, costo de los tratamientos, duración del tratamiento y/o las consultas, trato personal, temor y otras.

La variable *sugerencia* se categorizó según a la frecuencia y similitud de la respuestas agrupándose en las siguientes categorías: no hace sugerencias, costos más accesibles, excelente atención, mas docentes por clase, mejorar el trato de los docentes con los estudiantes, muy largo el tratamiento y/o la consulta, otros (muy heterogéneas las sugerencias).

Para el análisis estadístico de este estudio se utilizó el Software R.(91) Se realizaron distribuciones de frecuencia relativa y absoluta para las variables de las tres fases, para el caso de la edad se realizó la media. Se empleó la prueba de chi cuadrado para evaluar si la

distribución del volumen de atenciones (efectuadas y no efectuadas) podía mostrar una asociación con el tipo de clínica. La misma estrategia de análisis con la misma prueba estadística permitió evaluar si la resolución del tratamiento se asociaba con el sexo, la valoración de la duración de la consulta y los costos. Para la encuesta de satisfacción se calculó la frecuencia de categoría por variable.

6. Resultados

Se presentan en este capítulo los resultados según el orden propuesto en la metodología. Inicialmente se describirán la totalidad de los usuarios que demandaron asistencia, luego se expondrán las características de quienes concretaron la asistencia y se detalla la respuesta asistencial según cada clínica. En el último apartado se analizará la satisfacción y la resolución del tratamiento, ambos producto de la encuesta telefónica.

6.1. Primera fase: descripción de los usuarios que demandaron asistencia en Facultad de odontología durante 2019

El total de usuarios registrados para atenderse durante 2019 fue de 8322; en cuanto al sexo el 57,7% pertenecen al femenino, 42,1% al masculino y un 0,2% no tiene registrado el sexo en la base de datos.

La media de edad encontrada fue de 40 años. Este promedio corresponde al cálculo realizado para el 92% de los usuarios, el restante 8% no tenían registrada la edad en la base, o aparecían con más de 100 años o menos de 1 al momento de realizado el registro, por lo que se entiende que hubo un error al momento de la digitación. Existe un rango amplio (entre 1 y 94 años) en las edades de los usuarios que demandan asistencia, concentrando la mayor proporción entre los 20 y los 61 años, siendo la edad de 20 años la que presenta mayor número de personas.

TABLA 2 Sexo y edad de los usuarios que demandaron atención durante 2019

| | N | % | Media de edad años |
|----------------|------|------|--------------------|
| Femenino | 4807 | 57,7 | 40,3 |
| Masculino | 3501 | 42,1 | 39,8 |
| No se registra | 14 | 0,2 | 32 |
| Total | 8322 | 100 | 40,1 |

Se encontró que el 92% de las personas son de nacionalidad Uruguaya, hallándose un 8% de migrantes donde los países con mayor frecuencia son Venezuela (30%), Argentina (19%), Cuba (12%) y Brasil (6%).

Cuando estudiamos la residencia actual el 78,2% de las personas viven en Montevideo, 15,8% viven en Canelones y el 6% restante se distribuye entre los demás departamentos. Para el caso de los residentes en Montevideo se describió la distribución por barrios. Según el barrio de los usuarios que llegan demandando asistencia nos encontramos que aparece Montevideo registrado como barrio en el 9,3% de los casos. En la ilustración 2 se muestran los barrios de mayor frecuencia, y acumulan entre ellos el 31,3% de las personas, los demás aparecen con una frecuencia menor al 1,9% en cada uno y no se ilustran. En la tabla 3 se muestra la distribución de frecuencia de los barrios que acumulan más del 1,9%. Dado que Montevideo aparece como barrio, lo cual es un error, y siendo que la suma de porcentajes de los barrios considerados lo incluye, se reescalan los porcentajes de cada barrio de modo que sumen 100% al no considerar a Montevideo.

FIGURA 1 Mapa de Montevideo: Barrios de residencia de los usuarios que demandan atención en fo 2019

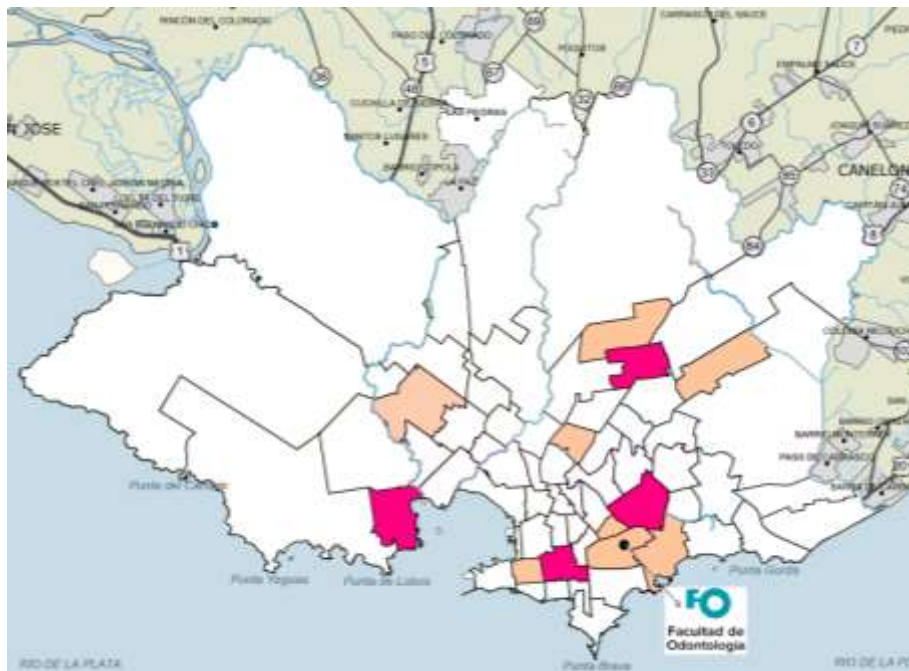


TABLA 3 Referencias y distribución de barrios

| Barrio | % | % Reescalado | Ref Mapa | |
|-----------------|--------|--------------|----------|----|
| Montevideo | 9,3% | -- | -- | |
| Piedras Blancas | 3,6% | 3,9% | | |
| Unión | 3,3% | 3,6% | | |
| Cordón | 3,2% | 3,6% | | |
| Cerro | 2,9% | 3,2% | | |
| Buceo | 2,5% | 2,8% | | |
| La blanqueada | 2,5% | 2,8% | | |
| Manga | 2,4% | 2,7% | | |
| Cerrito | 2,3% | 2,6% | | |
| Centro | 2,2% | 2,4% | | |
| Parque Batlle | 2,2% | 2,4% | | |
| Nuevo París | 2,1% | 2,3% | | |
| Punta Rieles | 2,1% | 2,3% | | |
| Otros | 59,4% | 65,4% | | -- |
| Total | 100,0% | 100,0% | | |

De las 8322 personas que se registraron para recibir asistencia en el año 2019 el 76,7% fueron ingresados por primera vez al sistema en ese año, mientras que el 23% restante ya habían sido ingresados a la base HIFO en años anteriores.

Para ese año, entre los meses de abril y julio se concentró el 85% de los ingresos siendo abril el mes con mayor proporción de usuarios ingresados al sistema (18,8%).

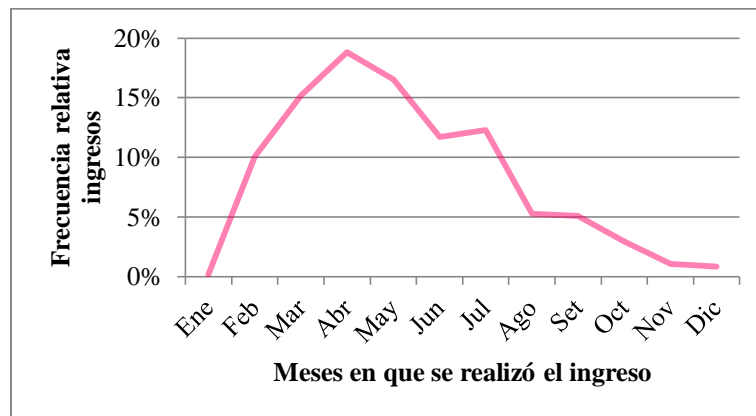
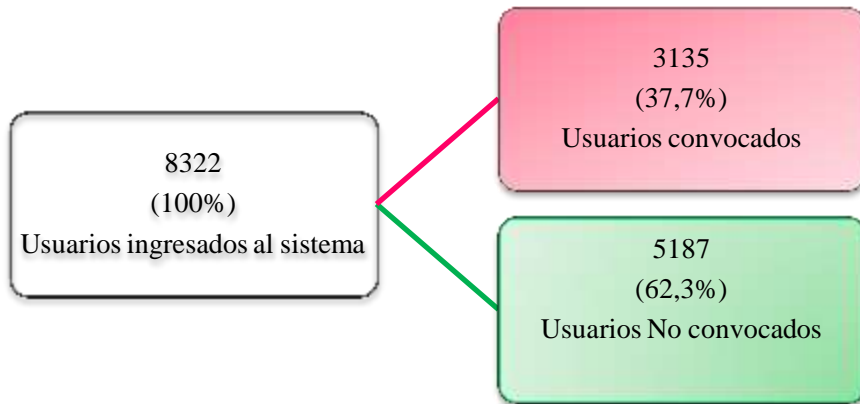


GRÁFICO 1 Distribución de frecuencia meses de ingreso al sistema durante el año 2019

6.2. Segunda fase: descripción de la asistencia clínica en Facultad de odontología

De los 8322 **usuarios** que fueron ingresados al sistema el 37,7% (3135) pertenecen a la categoría convocados mientras que el 62,3% (5187) pertenecen a la categoría no convocados (ver ilustración 2). Cuando se estudiaron las características demográficas como sexo, edad y barrio de residencia de ambos grupos, convocados y no convocados, no se hallaron diferencias demográficas en los perfiles de las personas (ver tabla 16 en *Apéndice II Tablas de resultados*).

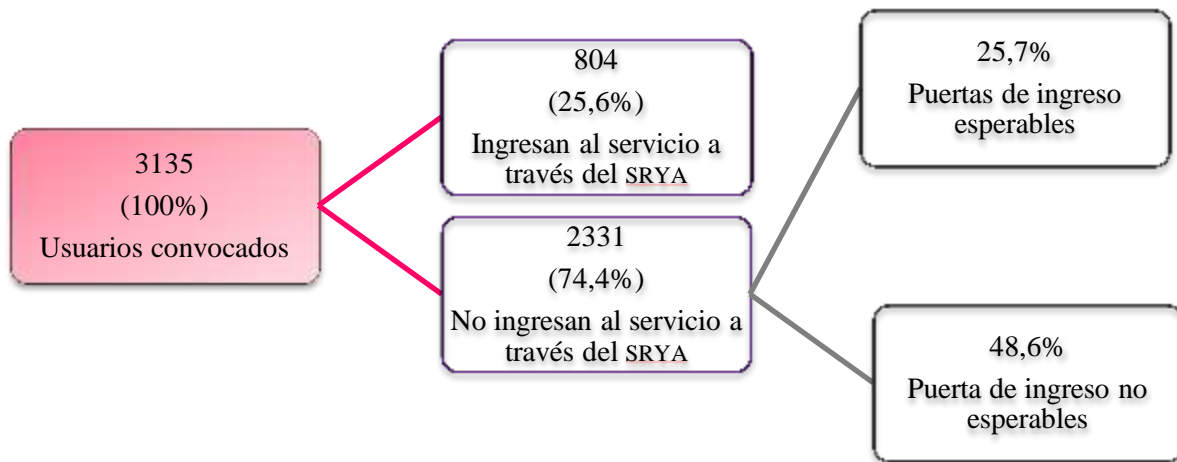
FIGURA 2 Distribución de usuarios convocados y no convocados



De los 3135 usuarios que fueron convocados sólo 25,6% ingresaron al servicio asistencial a través del SRYA (ver ilustración 3). Otro 25,7% de los usuarios convocados ingresaron por otras puertas de ingreso esperables; distribuyéndose de la siguiente forma: CBMF I 9,4%, CBMF II 22,1%, CBMF III 21,2%. Urgencia 14,8%, odontopediatría 28,6% y ortopedia 2,9%.

El 48,6% de los usuarios que recibieron atención ingresaron al servicio por puertas de ingreso no esperables.

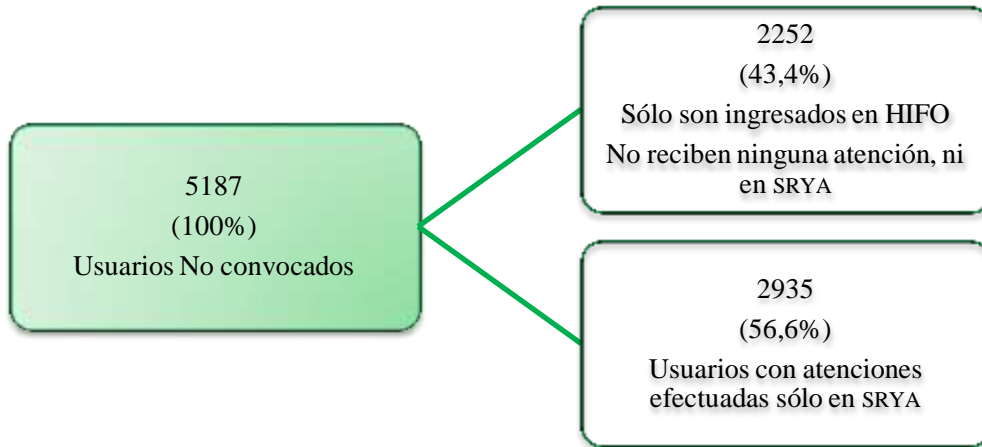
FIGURA 3 Ingreso al sistema de los usuarios convocados



Entre los 5187 usuarios que no fueron convocados se encontró que a 2252 (43,4%) personas sólo se les ingresaron los datos patronímicos en HIFO pero no se le efectuaron ni programaron atenciones. Mientras que a las otras 2935 (56,6%) si bien no se les efectuó

ninguna prestación clínica, se les realizó la etapa de diagnóstico en el SRYA (ver ilustración 4).

FIGURA 4 Distribución de los usuarios no convocados



Se encontró que el sistema HIFO generó 29215 **atenciones** durante el año 2019, estas atenciones incluyen tanto atenciones efectuadas como no efectuadas (atenciones programadas o derivaciones internas dentro de la propia clínica o entre diferentes clínicas de FO). Sólo el 33,9% (9924) de esas 29215 atenciones pertenecen a la categoría efectuada, incluyendo las 3817 atenciones que se efectuaron en el SRYA. En la tabla 4 se muestra como se distribuyen la totalidad de las atenciones efectuadas entre las clínicas asistenciales (ranking), sin considerar las atenciones que se efectúan en el SRYA. En la misma tabla se muestra cómo se distribuyen las atenciones efectuadas y las no efectuadas para cada clínica asistencial. Las características demográficas (sexo y edad) de los usuarios atendidos en cada clínica se describen en la tabla 17 del *Apéndice II Tablas de resultados*.

TABLA 4 Estado de las atenciones

| Clínica | No efectuadas | Efectuadas | Total general | Ranking* | Ratio |
|-----------------|---------------|------------|---------------|----------|-------|
| Otros | 77,5% | 22,5% | 100,0% | 23,8% | 0,3 |
| Completa | 53,1% | 46,9% | 100,0% | 19,3% | 0,9 |
| Op 1 | 73,6% | 26,4% | 100,0% | 13,2% | 0,4 |
| Endo | 83,6% | 16,4% | 100,0% | 8,2% | 0,2 |
| Odontopediatría | 65,4% | 34,6% | 100,0% | 5,5% | 0,5 |
| Integrada 1 | 66,9% | 33,1% | 100,0% | 5,5% | 0,5 |
| CBMF II | 70,5% | 29,5% | 100,0% | 4,3% | 0,4 |
| CBMF III | 71,8% | 28,2% | 100,0% | 4,1% | 0,4 |
| Op 2 | 82,4% | 17,6% | 100,0% | 3,3% | 0,2 |
| PPR | 89,4% | 10,6% | 100,0% | 3,2% | 0,1 |
| Fija | 81,9% | 18,1% | 100,0% | 3,0% | 0,2 |
| Urgencia | 64,6% | 35,4% | 100,0% | 2,6% | 0,5 |
| CBMF I | 77,3% | 22,7% | 100,0% | 1,7% | 0,3 |
| Perio | 91,6% | 8,4% | 100,0% | 1,1% | 0,1 |
| Patología | 84,2% | 15,8% | 100,0% | 0,8% | 0,2 |
| Ortopedia | 85,5% | 14,5% | 100,0% | 0,4% | 0,2 |
| Total general | 75,6% | 24,4% | 100,0% | 100,0% | 0,3 |

*El ranking corresponde al lugar que ocupa cada clínica en la globalidad de las atenciones efectuadas en la FO

TABLA 5 Prueba Chi. Ratio de atenciones efectuadas clínicas agrupadas

| Clínica | No efectuadas | Efectuadas | Total general | Ratio |
|---------------------------|---------------|------------|---------------|-------|
| Integrada II | 3582 | 1986 | 5568 | 0,55 |
| Urgencia | 290 | 159 | 449 | 0,55 |
| Integrada I | 672 | 333 | 1005 | 0,50 |
| Odontopediatría/Ortopedia | 779 | 360 | 1139 | 0,46 |
| Cirugía (I,II,III) | 1618 | 617 | 2235 | 0,38 |
| Otros | 5025 | 1455 | 6480 | 0,29 |
| Fija | 834 | 184 | 1018 | 0,22 |
| Patología | 251 | 47 | 298 | 0,19 |
| Integrada III | 5899 | 967 | 6866 | 0,16 |
| Total general | 18950 | 6108 | 25058 | 0,32 |

Las atenciones que se efectuaron fueron 9924, de las cuales el 38,5% corresponden a atenciones realizadas en el SRYA. Si dejamos de lado SRYA, vemos que en la FO durante 2019 se efectuaron 6108 atenciones de las cuales 4653 corresponden a las clínicas de

enseñanza de grado. En la tabla 6 se describe como se distribuyen las atenciones y los usuarios según clínica asistencial.

Para el tipo de atención, se encontró que el 13,5% de las atenciones efectuadas pertenecen a las clínicas de asistencia espontánea mientras que el 86,5% a las clínicas de asistencia programada.

TABLA 6 Media de atenciones efectuadas por usuario

| Clínica de atención | Atenciones efectuadas | | Usuarios | | Media de atenciones por usuario |
|----------------------|-----------------------|---------------|--------------|---------------|---------------------------------|
| | N | % | N | % | |
| Completa | 1179 | 19,3% | 263 | 7,6% | 4,5 |
| Op 1 | 807 | 13,2% | 356 | 10,3% | 2,3 |
| Integrada I | 333 | 5,5% | 170 | 4,9% | 2 |
| Otros | 1455 | 23,8% | 808 | 23,4% | 1,8 |
| Endo | 500 | 8,2% | 318 | 9,2% | 1,6 |
| Op 2 | 200 | 3,3% | 132 | 3,8% | 1,5 |
| PPR | 197 | 3,2% | 135 | 3,9% | 1,5 |
| Perio | 70 | 1,2% | 55 | 1,6% | 1,3 |
| Odontopediatría | 335 | 5,5% | 282 | 8,2% | 1,2 |
| Fija | 184 | 3,0% | 151 | 4,4% | 1,2 |
| CBMF II | 264 | 4,3% | 235 | 6,8% | 1,1 |
| CBMF III | 251 | 4,1% | 231 | 6,7% | 1,1 |
| Urgencia | 159 | 2,6% | 152 | 4,4% | 1,1 |
| CBMF I | 102 | 1,7% | 97 | 2,8% | 1,1 |
| Patología | 47 | 0,8% | 48 | 1,4% | 1 |
| Ortopedia | 25 | 0,4% | 24 | 0,7% | 1 |
| Total general | 6108 | 100,0% | 3457* | 100,0% | 1,8 |

*El total de usuarios asistidos aparece en la tabla con un valor mayor al descripto (3135) dado que un mismo usuario puede recibir asistencia en más de una clínica de FO.

Las atenciones que se efectúan responden a un comportamiento estacional según los meses que se describe en el gráfico 2, y es bastante homogéneo entre las clínicas asistenciales tanto de asistencia espontánea como programada.

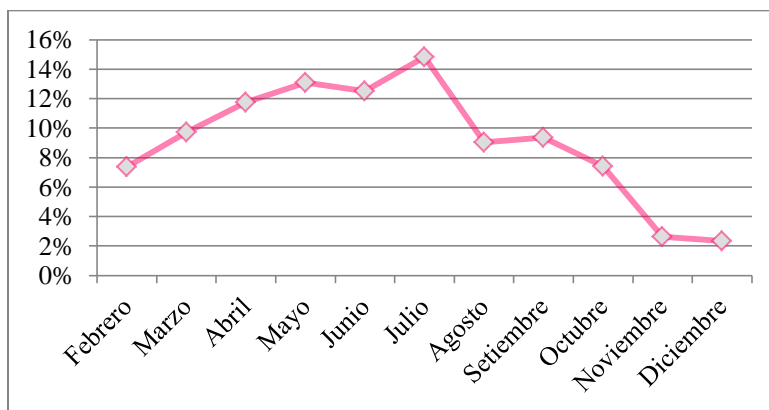


GRÁFICO 2 Distribución mensual de las atenciones efectuadas

La cantidad de atenciones que cada usuario recibe presenta una gran variabilidad, entre 1 y 24, sin embargo se encontró que 2137 personas recibieron solo una atención, 440 dos atenciones, 188 tres atenciones y 117 cuatro atenciones. La frecuencia de usuarios que reciben más de 4 atenciones disminuye sensiblemente respecto a los mencionados y se muestra en el gráfico 3.

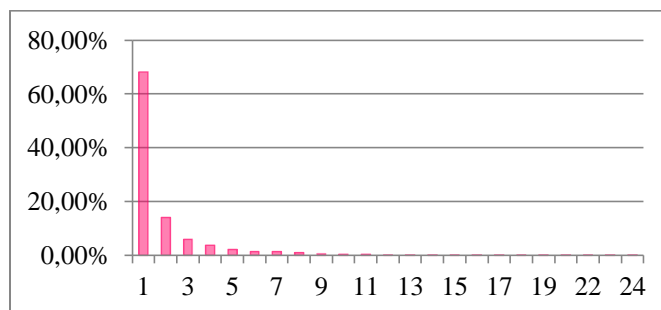


GRÁFICO 3 Atenciones efectuadas por usuario

6.3. Tercera fase: encuesta de satisfacción

Se presentarán a continuación las características del marco muestral. Los usuarios adultos (15 años o más) atendidos en las clínicas de asistencia programada de la carrera de grado (Integrada I, Completa, Op 1, Endo, Op 2, Perio, PPR y fija) durante 2019 fueron 1310 y se observan las características demográficas descritas en la tabla 6. Estos usuarios residen con mayor frecuencia en los siguientes barrios: Cordón (4,9%), Piedras Blancas (4,5), Unión (4,4%), Cerro (3,7%), Nuevo París (3,4%), La banqueada (3,3%), Cerrito (2,8%),

Parque Batlle (2,7%), Buceo (2,5%), Pocitos (2,3%), Punta de Rieles (2,3%), La comercial (2,2%), Villa española (2,1%) y Malvín norte (2,1%), el resto de los barrios aparece con una frecuencia menor al 2% y no se describen.

TABLA 7 Descripción demográfica usuarios adultos de las clínicas de grado de asistencia programada

| Sexo | % | Media de edad en años |
|----------------|----------|------------------------------|
| No se registra | 0,03% | 38,0 |
| Femenino | 62,5% | 44,7 |
| Masculino | 37,5% | 48,7 |
| Total | 100% | 46,2 |

La muestra sorteada para la encuesta fue de 500 participantes donde el 65% pertenecen al sexo femenino y 35% al sexo masculino, el promedio de edad es de 43 años y el 82% reside actualmente en el departamento de Montevideo.

Generalidades de la encuesta

El número de participantes que contestaron la encuesta fue de 303, con una distribución por sexo y edad igual a la muestra. El 66% de las llamadas fueron realizadas en el turno vespertino, 27% en el matutino y sólo un 6% en el nocturno. El promedio de intentos por participante fue de 2, con una distribución heterogénea donde 54% de los que respondió lo hizo en el primer intento, el 30% en el segundo y el 10% en el tercero.

La no respuesta correspondió a un 39% (197 participantes), se estudió para evaluar posibles sesgos pero mostró ser aleatoria ya que se mantuvo la proporción por sexo de la muestra, 65% femenino y 35% masculino, y el promedio de edad similar de 42 años. Dentro de las 197 personas que no contestaron la encuesta: el 42% no atendió en ningún momento (promedio de 3 intentos), el 37% tenía el número bloqueado, apagado o no podía recibir llamadas (promedio de 2 intentos realizados en diferentes días y turnos) y el 13% corresponden a números equivocados. El 8,6% restante fueron personas que si bien contestaron la llamada no pudieron completar la encuesta ya sea por ser muy mayor o por no tener interés en participar.

La distribución por sexo de los encuestados acompaña la distribución de la muestra sorteada, siendo un 65% de sexo femenino y un 35% masculino. La media de edad general

es de 43 años, y según el sexo tenemos que para el femenino la media fue de 43 años mientras que para el masculino fue de 45 años.

TABLA 8 Educación y actividad

| | N | % | Media Edad |
|--|------------|---------------|-------------|
| Máximo nivel de estudios alcanzados | | | |
| Primaria incompleta | 9 | 2,9% | 51,2 |
| Primaria completa | 41 | 13,5% | 52,4 |
| Secundaria incompleta | 123 | 40,6% | 44,0 |
| Secundaria completa | 52 | 17,2% | 46,1 |
| Terciaria incompleta | 53 | 17,5% | 31,1 |
| Terciaria completa | 25 | 8,3% | 43,0 |
| Total | 303 | 100,0% | 43,4 |
| Actividad | | | |
| Trabaja | 167 | 55,1% | 39,3 |
| Está desempleado | 55 | 18,2% | 41,8 |
| Jubilado/Pensionista | 54 | 17,8% | 64,2 |
| No trabaja ni busca trabajo | 11 | 3,6% | 46,0 |
| Estudiante | 16 | 5,3% | 19,7 |
| Total | 303 | 100,0% | 43,4 |

TABLA 9 ¿Por qué eligió atenderse en la FO?

| ¿Por qué eligió atenderse en la FO? | N | % |
|-------------------------------------|------------|---------------|
| Costo | 105 | 34,7% |
| Conocido/familiar invita | 71 | 23,4% |
| Recomendación | 65 | 21,5% |
| Otros | 22 | 7,3% |
| Estudiante FO | 15 | 4,9% |
| Siempre se atendió en la FO | 14 | 4,6% |
| Publicación en redes sociales | 11 | 3,6% |
| Total general | 303 | 100,0% |

Valoración de la estructura del servicio

Respetaremos la clasificación empleada a la hora de elaborar el instrumento, y describiremos la satisfacción en cuanto a estructura, el proceso y los resultados.

En cuanto a la estructura del servicio, en la tabla 9 se describe la distribución de frecuencias para cada variable de estudio.

TABLA 10 Estructura del servicio

| | Sala de espera | Box | Privacidad | Limpieza | Baños |
|-------------------------------|----------------|--------|------------|----------|--------|
| Muy insatisfecho | 0,3% | 0,0% | 4,0% | 0,0% | 0,0% |
| Insatisfecho | 1,7% | 0,3% | 5,0% | 0,7% | 1,3% |
| Ni satisfecho ni insatisfecho | 18,8% | 7,3% | 23,1% | 3,6% | 8,6% |
| Satisfecho | 23,1% | 28,4% | 25,7% | 22,1% | 16,2% |
| Muy satisfecho | 51,8% | 63,0% | 39,9% | 72,3% | 44,9% |
| Ns/Nc | 4,3% | 1,0% | 2,3% | 1,3% | 29,0% |
| Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

El proceso asistencial

El proceso asistencial, valorado por los tiempos de atención, el trato personal y los costos se reportan en las tablas 11, 12 y 13 respectivamente.

TABLA 11 Valoración del tiempo

| | Espera a ser convocado | | | Duración de la consulta | | | Puntualidad | | |
|-------------------------------|------------------------|-------|-------|-------------------------|-------|-------|-------------|--------|-------|
| | N | % | fac | N | % | Fac | N | % | fac |
| Muy insatisfecho | 1 | 0,3% | 0,3% | 6 | 0,5% | 0,5% | 1 | 0,3% | 0,3% |
| Insatisfecho | 4 | 1,3% | 1,6% | 24 | 3,9% | 4,4% | 4 | 1,3% | 1,7% |
| Ni satisfecho ni insatisfecho | 24 | 7,9% | 9,5% | 65 | 15,9% | 20,3% | 24 | 7,9% | 9,6% |
| Satisfecho | 80 | 26,4% | 35,9% | 72 | 23,5% | 43,8% | 80 | 26,4% | 36% |
| Muy satisfecho | 173 | 57,1% | 93,0% | 127 | 51,8% | 95,6% | 173 | 57,1% | 93,1% |
| Ns/Nc | 21 | 6,9% | 100% | 9 | 4,4% | 100% | 21 | 6,9% | 100% |
| Total | 303 | 100% | --- | 303 | 100% | -- | 303 | 100,0% | -- |

TABLA 11 Valoración del trato personal

| | Paciente-estudiante | Docente-paciente | Docente-estudiante |
|-------------------------------|---------------------|------------------|--------------------|
| Muy insatisfecho | 0% | 0,9% | 1,3% |
| Insatisfecho | 2,3% | 2,9% | 3,3% |
| Ni satisfecho ni insatisfecho | 0,9% | 9,2% | 10,9% |
| Satisfecho | 9,9% | 20,5% | 27,7% |
| Muy satisfecho | 83,2% | 56,8% | 51,5% |

| | | | |
|-------|--------|--------|--------|
| Ns/Nc | 3,6% | 9,6% | 5,3% |
| Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

En la tabla 14 se muestra la distribución de frecuencia de las respuestas de los encuestados en relación a los costos de la atención en FO y en relación a la satisfacción general.

TABLA 12 Valoración del costo y satisfacción general

| | Costo | | Dificultad para costear | | Satisfacción | |
|-------------------------------|-------|--------|-------------------------|--------|--------------|--------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Muy insatisfecho | 3 | 1,0% | 9 | 3,0% | 3 | 1,0% |
| Insatisfecho | 4 | 1,3% | 25 | 8,3% | 4 | 1,3% |
| Ni satisfecho ni insatisfecho | 36 | 11,9% | 69 | 22,8% | 14 | 4,6% |
| Satisfecho | 102 | 33,7% | 70 | 23,1% | 52 | 17,2% |
| Muy satisfecho | 141 | 46,5% | 108 | 35,6% | 220 | 72,6% |
| Ns/Nc | 17 | 5,6% | 22 | 7,3% | 10 | 3,3% |
| Total | 303 | 100,0% | 303 | 100,0% | 303 | 100,0% |

El resultado de la asistencia

El 66,7% de quienes respondieron la encuesta se mostraron muy satisfechos con los resultados, el 13,5% satisfechos, el 4,9% ni satisfechos ni insatisfechos mientras que un 4,9% se mostró insatisfecho o muy insatisfechos. Cifras similares se encontraron en el cumplimiento de las expectativas donde el 65% reportó que el resultado cumplió ampliamente con las mismas. Se preguntó también sobre la satisfacción general con la atención recibida, el 72,6% respondió estar muy satisfecho, el 17,2% satisfecho, el 4,6% ni satisfecho ni insatisfecho y el 2,3% insatisfecho o muy insatisfecho.

La resolución del tratamiento se agrupó según cuatro categorías que se describen en la tabla 13, donde además se incorpora como se comporta el fenómeno según el sexo de los participantes.

TABLA 13 Resolución del tratamiento

| Resolución de tratamiento | N | % | Femenino | Masculino |
|---------------------------|-----|-------|----------|-----------|
| Abandono | 43 | 14,2% | 15,2% | 12,3% |
| Alta | 180 | 59,4% | 59,4% | 59,4% |
| En tratamiento | 54 | 17,8% | 16,8% | 19,8% |
| Otros | 26 | 8,6% | 8,6% | 8,5% |
| Total general | 303 | 100% | 100% | 100% |

La edad promedio para quienes abandonaron fue de 45 años. Dentro de las 43 personas que relatan haber abandonado la asistencia el 70% corresponden a usuarias de sexo femenino, las que tienen 30% más chances de abandonar que los hombres en este estudio. Se encontró además que un 67% de las personas que estaban muy insatisfechas con el costo abandonaron.

Cuando se preguntó sobre los motivos de abandono el 31,4% respondió que se debía a motivos personales no incluidos en las opciones proporcionadas en la encuesta, donde se destacan problemas de salud, dificultad para concurrir en el horario indicado e incomodidades en el proceso de atención. El 31,4% relató abandonar el tratamiento por la duración del mismo, el 21,6% debido al costo, el 9,8% debido al trato personal recibido, el 3,9% por la distancia desde sus domicilios a FO y el 2% por temor a la asistencia.

Fidelidad al servicio y sugerencias de los usuarios

Al ser preguntados si volverían a atenderse en FO el 94,1% respondió que sí lo haría, el 3,6% respondió que no, mientras que el 2,3% respondió que no tiene una respuesta. También se preguntó si le recomendaría el servicio a alguien más y las cifras son similares; el 94,7% le recomendaría a alguien más atenderse en FO, el 2,9% no lo haría y un 2,3% no tiene una opinión al respecto.

Sugerencias

El 22,1% de las personas encuestadas realizó comentarios y sugerencias, consistió en una pregunta abierta, las respuestas se agruparon según similitud en las siguientes categorías propuestas en la tabla 16.

TABLA 14 Sugerencias

| Sugerencias y comentarios | % |
|--|-------------|
| Felicitaciones a FO por la excelente atención | 29,2% |
| Otros | 21,5% |
| Más docentes por clase | 15,4% |
| Muy largo el tratamiento y/o la consulta | 15,4% |
| Costos más accesibles | 9,2% |
| Mejorar el trato de los docentes con los estudiantes | 9,2% |
| Total | 100% |

7. Discusión

En este capítulo se discutirán los resultados encontrados a través de tres secciones. En la primera se analizarán las características demográficas de los usuarios que concurrieron a la FO, tanto aquellos que fueron asistidos como los que no. La segunda sección busca comprender el proceso asistencial a través del estudio del flujo y del funcionamiento de algunas clínicas concretas. La última sección la dedicaremos a la calidad asistencial estudiada a través de los resultados de la encuesta de satisfacción realizada.

7.1. Características demográficas de los usuarios

Las características demográficas de la población que demanda asistencia en la FO es similar a la descrita por varios autores en estudios que hacen referencia al acceso de las personas a los servicios de salud odontológicos, donde se halla una mayoría de usuarias de sexo femenino independientemente del tipo de asistencia que se demande y de la clínica donde se recibe atención (ver tabla 2 y tabla 16 del *apéndice II*)(22,47,48,51,53).

Esta mayor frecuencia de mujeres era esperable, por un lado el Instituto nacional de estadística (INE) reportó para el último censo nacional realizado en año 2011 que el 52% de la población uruguaya es de sexo femenino, y además un relevamiento realizado en los años 2015-2016 en el Servicio de registro y admisión de pacientes de FO expresó que el 58,5% de los usuarios que demandan asistencia en este servicio son de sexo femenino(31,92).

Se encontró que para 14 personas no se registró el sexo, esto puede deberse a un error al ingresar la información o a que el sistema no proporciona opciones no binarias, ni la opción de “otros”. Interesa mencionar que en el proceso de ingreso de los datos el sexo es completado por el operador en forma intuitiva sin preguntarle a la persona con qué género se identifica. Si bien la proporción de personas con sexo no registrado es baja, debería revisarse la posibilidad de que el software admita además de femenino y masculino alternativas no binarias.

Esta debilidad no es exclusiva del sistema de información de FO, se encontró que en los sistemas de registro sanitarios de otros países también está presente la categorización binaria de los usuarios. En algunos estudios se ha sugerido incorporar al menos dos ítems en la historia clínica, el sexo biológico de los sujetos y la identidad de género (93,94).

Protocolizar que se haga la pregunta ¿con que género se identifica? se considera una buena alternativa para mejorar el registro. Esta discusión tiene sentido en un contexto institucional donde la FO está adherida modelo de gestión de calidad con equidad de género, aprobado por el Consejo con fecha 16 de julio 2020 (resolución N°16), donde el uso de un lenguaje no sexista y el respeto a la identidad de género de los sujetos es central.

Esta política de visibilización y respeto de la identidad de género de las personas en Uruguay está regulada a través de la ley N° 19684 que en su artículo 5 dice:

Incorpórese la variable "identidad de género" en todos los sistemas oficiales de información estadística, incluidos los censos, las encuestas continuas de hogares, los informes de la Oficina Nacional del Servicio Civil y todas las mediciones públicas que releven la variable "sexo" (95).

Si analizamos el sexo de las personas en relación a las clínicas asistenciales donde fueron atendidos, encontramos que la clínica de prótesis fija fue la que registró mayor proporción de mujeres con un 80,4% (ver tabla 17 de la sección *apéndice II*). Sólo en las clínicas de Ortopedia y CBMF II y III se halló mayor proporción de varones. En las demás se mantiene la mayor frecuencia de mujeres.

En cuanto a la edad de las personas, se halló una media de 40 años. Si bien está dentro del rango esperado según el estudio realizado en la FO durante 2015-2016, que fue de 44 años

(±16), es ligeramente superior a la media de edad para la población uruguaya reportada en el último censo nacional que es de 38 años(31,92).

Se encontró que un 8% de todos los usuarios registrados en la base de datos tenían edades menores a un año o mayores a cien. Dadas las características del servicio, se entiende que no es posible que concurren personas en esos rangos de edad y se interpreta como un error a la hora de cargar los datos en HIFO.

Si analizamos las edades de los usuarios según la clínica en la que recibieron atención se hallan algunas diferencias, esto guarda relación con que las diferentes disciplinas están especializadas en rehabilitar las secuelas de patologías que en general tienen un carácter acumulativo en el transcurso de la vida de las personas. La clínica de prótesis completa registró la mayor media de edad (63 años), lo que era esperable dado que tiene como objetivo rehabilitar la edentación total, fenómeno encontrado fundamentalmente en adultos y adultos mayores (19,32). La siguiente clínica en encontrar la media de edad superior es la clínica de periodoncia (52 años), los estudios señalan que la enfermedad periodontal aumenta su prevalencia al aumentar la edad de las personas, explicándose de ese modo este promedio de edad elevado con respecto al resto(16,18,32).

Las clínicas de Odontopediatría y ortodoncia pertenecen al área del niño y las edades de las personas se corresponden a lo esperado. La clínica integrada I es donde encontramos los adultos más jóvenes hecho concordante con el objetivo disciplinar de esa clínica, donde el estudiantado inicia sus prácticas asistenciales con cuadros de menor complejidad, y tal como ya se mencionó las secuelas de las patologías bucales se acumulan en el transcurso de la vida de las personas, es por eso que se espera que a menor edad menor patología (o secuelas de las mismas).

Para el país de origen de los usuarios que demandan asistencia se encontró que el 92% son de nacionalidad uruguaya, hallándose un 8% de migrantes. Esta proporción de migrantes es mayor a la reportada en Uruguay para el período 2013-2018 la cuál fue de 3% (96). Este trabajo no pretende ahondar sobre esta variable sin embargo podrían plantearse algunas hipótesis. La población migrante presenta una serie de dificultades socio económicas para su integración, lo cual puede ser una barrera en el acceso a la asistencia odontológica

recurriendo a la FO por su condición de pública y con un arancel menor al que propone el mercado. A la vez, dadas la estrechez de la red social personal de los migrantes podría la FO aparecer como un lugar de referencia de fácil acceso. Por otro lado, podría interpretarse que para la población migrante la salud bucal ocupa un lugar más relevante que para la población uruguaya y por eso se presentan en mayor proporción que lo esperado según las cifras nacionales.

La mayoría de los migrantes que demandaron asistencia en la FO son venezolanos, seguidos por argentinos, cubanos, y brasileros. La situación nacional reportada en la ECH muestra que el país de origen de la mayoría los migrantes para el año 2019 fue Cuba, seguido de Argentina, Brasil, Estados Unidos y República Dominicana(92). Estos datos se comportan en forma similar durante los últimos tres años, y coinciden con lo hallado en la población migrante de la FO. La mayoría de los migrantes que se asisten en la FO provienen de Venezuela, si bien en los datos nacionales no ocupa los primeros lugares de migraciones para el 2019, en el período 2014-2018 se detectó una fuerte proporción de personas con ese origen(97).

Cuando estudiamos el departamento de residencia actual el 78,2% de las personas viven en Montevideo, 15,8% viven en Canelones y el 6% de otros departamentos. Se desconoce las razones que traen a personas del interior del país a asistirse en la FO, y podría ser objeto de estudio en otro oportunidad. Una hipótesis podría ser que se dirigen a la FO por derivación desde otros servicios o profesionales, dado que no se puede resolver su caso clínico en el lugar de residencia. Comportándose en ese caso la institución como centro de referencia para las especialidades odontológicas. Otros motivos a revisar pueden ser laborales o de estudio donde asistirse en Montevideo no les implica un traslado mayor que al que acostumbran.

La facultad se localiza en un enclave estratégico, más de 20 líneas de transporte llegan a las inmediaciones posibilitando el acceso de personas desde los diferentes barrios de Montevideo, incluso desde otros departamentos. En una encuesta de satisfacción realizada a los usuarios de la FO en 2018 se halló el 77,9% de los usuarios accede en ómnibus y que el 9,9% lo hace caminando(35).

Al estudiar la frecuencia con que se distribuyen los barrios de residencia de los usuarios, se encontró que en el 9,3% de los casos aparece Montevideo como barrio de residencia, siendo este un error dado que en esa categoría se espera que aparezca un barrio de la capital o localidad de otro departamento. Este hallazgo nos plantea dos posibles hipótesis, o ese volumen de usuarios proviene de barrios que no aparecen en la categorización que provee HIFO (categorización de barrios según INE) o en el momento del registro se omitió o no se registró correctamente.

Dejando de lado este hecho, podrían dividirse los barrios de residencia de los usuarios en dos grandes grupos, uno de localización cercana a la FO, hasta 3 kms de distancia, y otro donde la distancia es mayor a los 8 kms. Resulta interesante que muchos de esos barrios que se encuentran a más de 8 kms de FO, son más cercanos a otros servicios de salud odontológicos públicos (Policlínicos odontológicos municipales Yano Rodriguez, y José pedro Varela) que a la FO.

Es relevante que estos servicios mencionados son exclusivos para usuarios de ASSE y además de brindar en forma gratuita las prestaciones propuestas por el PIAS, incluyen otros tratamientos rehabilitadores, a través de un arancel más accesible que la pauta arancelaria propuesta por la Asociación odontológica uruguaya (AOU) y similar al propuesto por la FO. Dado que el 67,7% de las personas que llegan a FO son usuarias de dicho prestador y por tanto tendrían acceso a esos servicios, desde una lógica territorial de primer nivel de atención sería deseable reforzar el acceso y continuidad de la asistencia de las personas en esos servicios(31).

Por otro lado, se encontró que las características socio-económicas de los barrios de donde provienen las personas son muy heterogéneas. Si los analizamos según qué porcentaje de la población tiene necesidades básicas insatisfechas (NBI), hallamos barrios donde un 9,5% tiene NBI hasta barrios donde el 47,3% tiene NBI. Estas son cifras muy variables respecto a la media departamental de personas con NBI que es de 26,8%.(98) Otro indicador para medir el nivel socioeconómico de los barrios es el índice de nivel socioeconómico (INSE) encontrándose fundamentalmente barrios de INSE medio (99).

En el capítulo de resultados se expresó que no todos los usuarios que demandan atención son convocados para asistirse. Cuando comparamos demográficamente el grupo de los convocados con el de no convocados, en términos de edad y sexo, no presentan diferencias. Sin embargo en cuanto al barrio de residencia se encontró que en el grupo de las personas que si recibieron asistencia (convocados) aparece el barrio Pocitos con una frecuencia superior a la que se encuentra en la totalidad de los usuarios registrados (convocados y no convocados). Este dato puede tener valor al analizar que además de presentar una cercanía geográfica, Pocitos presenta una proporción de solo 8,2% personas con al menos una NBI y según el INSE se coloca entre los barrios de mejor nivel socioeconómico del departamento de Montevideo(98,99). Este dato coloca la hipótesis de que las personas que son asistidas en la FO no pertenecen a los estratos más desfavorecidos de la sociedad.

7.2.Fenómenos del proceso asistencial

Veremos en esta sección algunos fenómenos del proceso asistencial, entre ellos la demanda y la respuesta asistencial y que implicancias tienen a nivel general. Además analizaremos el flujo asistencial y las particularidades de algunas clínicas.

El proceso asistencial inicia cuando las personas concurren a la FO demandando atención, se halló que el 62,3% (5187) de las personas no alcanzan a transitar dicho proceso ni reciben alguna atención clínica odontológica. Llamaremos a esto demanda insatisfecha. Las características demográficas de estas personas (sexo, edad, país de origen, barrio de residencia), no presentaron diferencias con el 37,7% que sí fue atendido (ver tabla 16 *apéndice II*), descartándose estas variables como predisponentes para la concreción del proceso asistencial.

La demanda insatisfecha podría no constituir un problema institucional dado que el rol esencial de FO es la formación de recursos humanos, no la respuesta masiva a las necesidades de asistencia odontológica de la población. Sin embargo, como parte de la UDELAR, y adscribiéndonos a la salud colectiva como paradigma que coloca la salud como un derecho humano integrando teorías y prácticas, se debe analizar y cuestionar esta información.

La alta demanda asistencial en la FO podría traducirse en que existe una necesidad sentida de asistencia odontológica en la población. Sin embargo esta necesidad ha sido expresada escasamente por la población a través de la sociedad civil organizada, los sindicatos, las instituciones o cualquier otra forma pública de manifestación. Esto plantea la hipótesis de que la salud bucal es no es percibida por la ciudadanía como un derecho, y por tanto si bien solicita asistencia no reclama por la misma.

A esta necesidad sentida ,expresada a través de la demanda asistencial, debemos asociarle la necesidad normativa detectada a través del perfil epidemiológico reportado en el *Relevamiento nacional de población joven y adulta Uruguay en 2011*(16). Nos encontramos entonces con la siguiente pregunta ¿Quién responde a la necesidad de esas 5187 personas?

El sistema de salud, a través de los servicios; debería ser el espacio donde se resuelva la necesidad de estas personas. Sin embargo las prestaciones que brinda el SNIS a través del PIAS (independientemente que se esté afiliado a un prestador público o privado) son escasas y no resuelven los problemas de salud bucal integralmente. Además para los afiliados a ASSE el acceso (sin costo para el usuario) se ve restringido por la existencia de *listas de espera* en los servicios, no pudiendo recibir la asistencia en el momento en que la requieren.

Existe una porción de la población que siendo usuaria de ASSE accede a la asistencia en los policlínicos odontológicos de la Intendencia de Montevideo. En estos policlínicos también existen *listas de espera* donde se accede sin costo a todas las prestaciones del PIAS y además mediante el pago de un arancel reducido a prestaciones rehabilitadoras no incluidas en PIAS. Se debe destacar que en estos servicios una gran proporción de los recursos humanos los provee UDELAR tanto a través de prácticas pre-profesionales como pasantías de profesionales recién egresados, cayendo también sobre la institución la satisfacción de esa necesidad de la población.

Otra respuesta posible sería que esas 5187 personas resuelvan su necesidad a través del sector privado donde se desarrolla el mayor porcentaje de la práctica odontológica en Uruguay. La pauta arancelaría propuesta por la Asociación odontológica uruguaya presenta

costos significativamente mayores a los propuestos por la FO y por los policlínicos municipales. Siendo que el costo de las prestaciones representa una barrera para muchas personas, como se encontró en la bibliografía, y siendo que los usuarios de FO son personas cuyos ingresos no superan los 3 salarios mínimos y son en su mayoría usuarios de ASSE, resolver sus problemas de salud bucal en el sector privado no parece ser una alternativa posible (31).

Finalmente podríamos plantear que la FO mejorando su modelo asistencial incrementa su oferta y resuelva la demanda asistencial insatisfecha. La FO como servicio brinda los tres niveles de atención, es así que en él se resolverían la totalidad de las necesidades asistenciales bucales de las personas. Como servicio público y de libre acceso es el único que cumple con esa característica, lo que puede resultar un atractivo para las personas. Sin embargo, resulta ambicioso y discutible que la institución centre sus esfuerzos en aumentar la oferta asistencial siendo que la misión fundamental es la enseñanza.

Ahora bien, viendo desde otra perspectiva la demanda insatisfecha encontramos con dos grupos de personas: uno donde los usuarios ingresaron al sistema a través del SRYA (56,6%) y otro donde los usuarios no ingresaron por allí (43,4%).

Para el primero, donde los usuarios solicitaron asistencia mediante el SRYA, el hecho de no ser convocados puede responder a dos motivos: la oferta institucional no alcanzó a satisfacer la demanda, o las personas decidieron no asistir al momento de ser convocadas. En este sentido podría ser útil incorporar al sistema de información un campo donde se señale que la persona fue convocada y decidió no iniciar la atención.

Para el segundo, se plantea la hipótesis de que esas personas hayan sido ingresadas por los estudiantes en su proceso de selección de usuarios, de acuerdo a sus necesidades y en función de la existencia de cuadros de trabajo ocultos² en las clínicas integradas, y dadas las características del sujeto y al no ajustarse a los requerimientos, fueron descartados sin

² Se habla de cuadros de trabajo ocultos pues se espera que en las clínicas se haga abordaje integral de los pacientes.

recibir asistencia. Volveremos en los siguientes párrafos a colocar los cuestionamientos respecto a la selección de usuarios y la pertinencia de los cuadros de trabajo.

La estacionalidad de las atenciones es un elemento interesante a la hora de pensar en el proceso asistencial desde la perspectiva del servicio. Para el caso de la FO se encontró que entre los meses de abril y julio se concretan el 52% las atenciones (ver gráfico 2). No sorprende esta distribución dado que la asistencia clínica está ligada al desarrollo de los cursos curriculares y estos tienen una lógica estacional en el transcurso del año; comenzando en el mes de marzo y culminando entre los meses de octubre-noviembre, excepcionalmente diciembre (la asistencia se interrumpe en enero y febrero).

El SRYA relata que durante el año modifica sus días y horarios de recepción de usuarios en función de esta realidad que forma parte de la dinámica institucional anual. Es decir, se recibe un volumen de usuarios hasta el mes de agosto y a partir del mismo se restringe la admisión de usuarios. Esta situación se reproduce anualmente, siendo que se encontró que la demanda —incluso restringida por la propia institución— supera la respuesta (37,7%) se debe cuestionar la recepción de nuevos usuarios en el año siguiente hasta no haber dado respuesta a un volumen mayor de personas que están en el sistema esperando ser asistidas.

Los usuarios que no fueron asistidos, no son dados de baja del sistema y no son informados de la dinámica anual del proceso asistencial institucional. Para el caso de que lo hallado en este trabajo de tesis sea lo que sucede sistemáticamente, debería revisarse perpetuar esta práctica de registrar nuevos usuarios siendo tan grande la demanda insatisfecha.

Pensando en la continuidad asistencial de los usuarios y las posibilidades institucionales, la implementación del *informe pendiente* ha prolongado las posibilidades de atención de la institución en los meses de diciembre y excepcionalmente febrero. Sin embargo esto responde a casos puntuales y el volumen de usuarios que se asiste durante esos meses es acotado. Una estrategia para mejorar la relación que existe entre la demanda asistencial y las posibilidades de la FO podría ser minimizar la interrupción programada de la atención, aumentando los meses de atención clínica curricular.

Si bien no es el rol de la FO responder a la totalidad de la demanda en salud bucal de la población uruguaya, sí le compete a la institución defender los derechos de las personas y la

no satisfacción de una necesidad en salud constituye una desprotección por parte del Estado. De hecho existe un marco normativo, la ley 18.211, donde se consagra tanto el derecho de las personas como la responsabilidad del Estado, sin embargo pasados 17 años de la sanción de la ley esta situación permanece incambiada.

7.2.1. El flujo asistencial en FO

Dentro del análisis del proceso de atención a los usuarios debemos estudiar el flujo asistencial (**ingreso y tránsito de los pacientes**). El mismo refiere al recorrido esperado de los usuarios desde que ingresan al servicio hasta que egresan, incluyendo las etapas de tránsito dentro de la institución. A nivel institucional no existe un acuerdo ni un documento donde se describa el flujo asistencial de los usuarios en la FO, tampoco está establecido quién es el responsable de hacer un seguimiento del estado asistencial de los usuarios que demandan asistencia. Si bien en lo discursivo la responsabilidad es del SRYA se detectaron múltiples procesos que se dan sin la intervención del mismo. El hecho de que no esté normatizado el flujo de los usuarios hace que existan nudos, o problemas, tanto en el ingreso, en el tránsito como en el egreso de los usuarios en el servicio.

Se encontró que el **ingreso de los usuarios** al sistema se da por diferentes puertas de entradas tanto en aquellos que reciben asistencia como en los que no (no convocados). Ingresaron al servicio asistencial a través de las puertas de ingreso esperables (SRYA, CBMF, urgencia, odontopediatría y ortopedia) solamente el 51,4% de los convocados y el 56,6% de los no convocados.

Al hablar de puertas de ingreso esperables, nos referimos a servicios donde por sus propias características, el usuario ingresa a la asistencia sin un diagnóstico o derivación preliminar. Las puertas de ingreso no esperables refieren a todos los demás servicios (clínicas de rehabilitación fundamentalmente), donde se espera que los usuarios lleguen con una derivación u orientación según sus características clínicas. El diagnóstico previo de los usuarios que se asisten en las clínicas de rehabilitación es necesario ya que en esos servicios los cursos están diseñados para que el estudiantado desarrolle destrezas y habilidades concretas según cada disciplina.

Ahora bien ¿Por qué ingresan tantos usuarios por puertas de entrada no esperables? Plantearemos algunas hipótesis sobre este hecho. Se entiende que ese ingreso sin un servicio como referencia esta generado por los estudiantes en forma autónoma en lo que llamaremos “proceso de selección de pacientes” donde los pacientes son llamados/invitados por los estudiantes. Este proceso de selección o captación de usuarios por parte de los estudiantes, que es bien conocido en la FO, también se da en otros servicios de enseñanza universitarios con características similares(22,70,100).

La selección de pacientes por parte del estudiantado a fin de conseguir personas cuyas necesidades clínicas ajusten a sus cuadros de trabajo según cada disciplina es una práctica conocida por toda la comunidad de la FO. No existe a nivel institucional ningún impedimento para que estudiantes puedan realizar esta captación de pacientes e incluso es promovida en algunos casos. Sin embargo este fenómeno trae consigo algunas dificultades en la gestión del servicio asistencial y algunos cuestionamientos éticos.

Dado que se desconoce el ingreso del usuario, no es posible hacer un seguimiento del mismo ni establecer un flujo dirigido a concretar la asistencia integral. Se encontró en los resultados que muchos usuarios solo tenían ingresados sus datos patronímicos pero no tenían ninguna derivación, ni atención efectuada. Esto podría deberse a que el estudiante lo ingresó, realizó el diagnóstico y siendo que no cumplía con los requerimientos del cuadro de trabajo fue descartado. Pueden haberse dado otras situaciones, como que el paciente se negó al tratamiento por los costos o por su disponibilidad horaria. Pero siendo que el ingreso se dio en forma irregular, sin una perspectiva institucional, es imposible que el servicio le brinde a ese usuario alternativas fuera de esa clínica concreta.

Otra dificultad de esa selección de usuarios por parte de los estudiantes y el ingreso de los mismos a la asistencia, tiene que ver con el desplazamiento de quienes ingresan a la FO por el servicio de registros, generando inequidades en el acceso. Además la selección de los pacientes según la necesidad estudiantil parece atentar contra el perfil humanista del profesional que se pretende formar, y se declara en plan de estudios de la carrera. Se genera así una orientación del servicio asistencial en función de los estudiantes y no de los propios usuarios. Este fenómeno coloca a la institución en un incumplimiento con su compromiso social como prestadora de asistencia.

Esta captación del estudiantado presenta como ventaja, como se encontró en la bibliografía, que cuando existe una relación previa entre el usuario y el estudiante, se facilita la adhesión de aquel al tratamiento, asegurando al estudiante el cumplimiento del *cuadro de trabajo* y la aprobación del curso. Por otro lado, y como desventaja para el proceso enseñanza-aprendizaje, la asistencia de un usuario cuyo caso clínico no fue especialmente direccionado puede significar que éste presente otras condiciones bucales, que el estudiante ya aprendió a desarrollar, quitándole tiempo para adquirir las destrezas o habilidades de esa disciplina concreta.

Cabe preguntarse: ¿a qué se debe esta práctica que presenta en principios tantos inconvenientes? La respuesta posible sería que no demandan asistencia en la FO suficientes usuarios. Sin embargo sabemos, según los resultados de esta investigación, que existe una demanda insatisfecha del 62,3%, por tanto esta respuesta no es correcta. Es llamativo que en ese volumen no existan usuarios que presenten características clínicas para cumplir con los requerimientos disciplinares de las diferentes asignaturas. Incluso en el segundo semestre del año 2021, la FO ha hecho convocatorias a través de sus redes sociales dirigidas a captar personas que cumplan con ciertas características clínicas. El escenario es contradictorio, por un lado hay un volumen importante de usuarios que se registraron y no fueron atendidos, y por otro lado los estudiantes y la propia FO realizan captación de usuarios con características clínicas concretas según conveniencia del estudiantado.

Esto plantea algunas hipótesis que ameritan otra investigación: a) no se está haciendo un correcto diagnóstico y derivación desde el SRYA hacia las asignaturas, b) los pacientes que concurren habitualmente a atenderse no cumplen con las características necesarias para la resolución de esos *cuadros de trabajo*, necesarios para la adquisición de destrezas y habilidades del profesional, porque:

- Los tratamientos tienen un costo que el perfil económico de las personas no le permite afrontar. En ese caso la institución debería decidir si lo financia y como lo hace, o buscar otra estrategia que le garantice la formación académica a los estudiantes.
- La frecuencia de esos cuadros clínicos en la población es tan baja que la institución debería re-plantearse su presencia en el plan de estudios de la carrera de grado en la

modalidad clínico-asistencial que se tiene hasta ahora. Y en ese caso garantizar la formación de los estudiantes en esas destrezas y habilidades en otro formato.

Esta institución se enfrenta a la tensión existente entre los procesos de enseñanza y de asistencia, que además se ven mediados por el dinero dado que las prestaciones no son gratuitas. Los estudiantes intentan que sus cursos sean exitosos, los decentes pretenden que los estudiantes tengan procesos de aprendizaje satisfactorios y la institución busca formar profesionales de excelencia que respondan a las necesidades de la población una vez egresados. En contrapartida, la población demanda asistencia en medio de un escenario nacional de escasas posibilidades, y muchas veces no encuentra la respuesta que busca en la FO.

A juicio de quien realiza este trabajo de tesis, la institución se enfrenta a una situación problema producto de la combinación de sus funciones, donde debe responder a la demanda asistencial de la población pero debe garantizar al estudiantado un trayecto por las asignaturas que le permitan desarrollar las destrezas necesarias para construirse como doctores en odontología.

Una posible forma de asegurar el desarrollo de ciertas destrezas por parte de los estudiantes, en un escenario de baja frecuencia en la población que demanda asistencia, es la subvención de esas prestaciones, eliminado la barrera que el costo supone en el acceso generando una demanda mayor. Otra estrategia es el uso de simuladores o fantasmas, que garanticen el desarrollo concreto de ciertas destrezas en el estudiante sin necesidad de seleccionar usuarios que cumplan con ciertas características clínicas.

Habiendo analizado diferentes procesos relativos al ingreso de los usuarios, veremos ahora algunas características del tránsito de los mismos por la institución. Como mencionamos en párrafos anteriores, un ingreso no normatizado a través de una única puerta de entrada dificulta el tránsito del usuario. Así mismo se halló que una vez ingresado el usuario al sistema, o durante su proceso asistencial, las derivaciones que este recibe son múltiples y muy heterogéneas entre las personas. En este mismo sentido, la base de datos mostró alta complejidad a la hora de poder hacer el seguimiento de las derivaciones y su interpretación de acuerdo a un plan de tratamiento.

La variable atenciones, fue la herramienta que se empleó para conocer el **tránsito de los usuarios por el proceso asistencial**. Esta variable incluye tanto las prestaciones clínicas que se efectúan como las que se programan y derivan, sin corresponder estas últimas estrictamente un vínculo usuario-clínico. Esto último interesa dado que el no cumplimiento de esa programación no recae exclusivamente sobre el usuario, sino que tiene que ver con las características y la forma en que se emplea el sistema HIFO, la propia gestión asistencial de cada clínica en particular y la gestión de todo el servicio asistencial.

El sistema arrojó que fueron 29215 las atenciones que se generaron durante 2019 pero solamente 9924 pertenecen a la categoría efectuadas, es decir configuran un acto clínico. Si descartamos de este grupo las atenciones que se efectúan en el SRYA por corresponder únicamente al diagnóstico, nos encontramos con que sólo el 24,4% (6108) de las atenciones que el sistema generó se corresponden con atenciones clínicas efectuadas.

Cuando realizamos un cruzamiento entre las atenciones y los pacientes registrados durante 2019 nos encontramos con una gran variabilidad (véase gráfico 3) encontrando la mayoría (68%) de usuarios con tan solo una atención, y solo el 8% con más de 4 atenciones registradas. Al cruzar las atenciones que se efectúan con los usuarios asistidos en cada clínicas (ver tabla 6) se encontró que en promedio se efectúan 1,8 atenciones por usuario en cada clínica asistencial, presentándose un rango variable entre 1 y 5 según cuál sea la clínica. Se realizará un análisis de los que sucede en cada clínica en la siguiente sección.

No es posible determinar cuántas atenciones debería recibir cada usuario ya que es variable y depende, entre otras cosas, de la complejidad del cuadro clínico, del nivel de destreza que debe desarrollar el estudiante, de las características del usuario y de múltiples elementos inherentes al proceso enseñanza-aprendizaje en que se desarrolla la asistencia. Sin embargo, si todos los usuarios contaran con un plan de tratamiento detallado ingresado al sistema se facilitaría esa predicción. Además permitiría realizar un seguimiento del proceso asistencial y el trayecto del usuario por las diferentes clínicas según nivel de complejidad.

Se llega así al último eslabón del proceso asistencial, el egreso del usuario. Siendo que el ingreso y el tránsito son sinuosos también lo es el egreso, haciendo difícil para la

institución garantizar la asistencia integral de los usuarios. Como dificultades concretas en cuanto al análisis del egreso, se encontró que no existe un espacio donde se complete, en forma sistemática, cual es el estado del usuario cuando un estudiante culmina la atención del mismo. Esto también complejiza la posibilidad de instalar planes de control y mantenimiento desde una perspectiva institucional, lo cual va en detrimento de la calidad asistencial.

El establecimiento de un flujo, donde se explicita la modalidad de ingreso, el tránsito y el egreso de los usuarios parece imperioso. Tanto para mejorar la calidad asistencial, y responder en forma equitativa y respetuosa a las demandas asistenciales de la población, como para optimizar el proceso de formación del estudiantado garantizándoles cursados eficientes por las diferentes disciplinas.

7.2.2. Análisis y descripción de las diferentes clínicas asistenciales

En la sección anterior se analizó el flujo asistencial, mencionando aspectos relativos al ingreso, el tránsito y el egreso de los usuarios. Dado que la FO se organiza en clínicas asistenciales, se verá en esta sección que sucede en cuanto al tránsito de los usuarios en cada una de esas clínicas. Dicho análisis se realizará basándonos en el número de usuarios y en las variables atenciones y convocado.

En los resultados de esta investigación se halló (ver tablas 4 y 5) una relación heterogénea entre las atenciones que se programan y las que se efectúan según cada clínica asistencial, con un rango entre 8,4% y 46,9 % de atenciones efectuadas. Al considerar todas las clínicas asistenciales (excluyendo al SRYA) encontramos que en promedio se efectúan el 32% de las atenciones que se programan. La prueba de chi cuadrado (ver tabla 5) nos indica que es estadísticamente significativa la diferencia entre las atenciones que se programan (o derivan) y las que se efectúan en todas las clínicas, con ratios que van del 0,16 al 0,55.

En teoría, según el funcionamiento de HIFO deberían a lo sumo programarse tantas atenciones como las que se efectúan o incluso efectuarse más que las que se programan. Esto último se explicaría ya que una vez que el usuario está siendo asistido por un estudiante las sucesivas atenciones realizadas no requieren derivación, pero si la creación de una atención en categoría efectuada. Aparece acá la hipótesis de que existe un sub

registro, y un volumen de atenciones que no se registró en HIFO en la categoría de efectuadas, retomaremos esta hipótesis en algunos párrafos.

La HIFO cuenta con la función de *parte diario*, herramienta donde se registran las acciones clínicas que se desarrollan en una jornada de trabajo. Si bien en este trabajo no se empleó ese recurso como fuente de información, hacer un seguimiento de esos datos podría mejorar la comprensión de estos fenómenos.

Una forma de clasificar a las clínicas asistenciales es según sean de asistencia programada o espontánea, se encontró que solo el 13,5% de las atenciones efectuadas fueron en clínicas de asistencia espontánea. Este dato es contradictorio con lo que se esperaba, ya que se encontró que las razones que expresan las personas más frecuentemente a la hora de concurrir a un servicio de salud odontológico (tanto público como privado) es por dolor o para resolver una situación puntal. Ambos escenarios, según las características de las clínicas de la FO , se espera que sean resueltos en las clínicas de asistencia espontánea (Urgencia y Cirugías I, II y III), solo en el caso de que requieran cirugía estas atenciones son programadas (44,48,54).

No obstante, podríamos encontrar una explicación a este hallazgo. Los tratamientos de urgencia y las extracciones, prácticas frecuentes en los cuadros agudos, están dentro de las prestaciones que el sistema provee y podrían estarse resolviendo en los prestadores de salud. Ese podría ser el motivo de que la demanda en la FO sea menor para esos tratamientos que para otros que el sistema no provee y cuyo costo es significativamente mayor en el ámbito privado. Se desprende de este supuesto que la FO es un servicio donde las personas buscan sobretodo asistencia integral, y no solamente la resolución de un cuadro agudo puntal.

Volviendo al análisis de cada clínica asistencial, una forma de estudiar las atenciones que se efectúan en cada una, es a la luz del número de estudiantes que cursaron y aprobaron cada curso clínico durante 2019. Esto tiene sentido ya que para que un estudiante apruebe el curso debe cumplir ciertos requerimientos disciplinares relacionados tanto al número de usuarios atendidos, como al desarrollo de ciertas destrezas y habilidades enmarcadas en el *cuadro de trabajo*. Estos últimos requieren de una cantidad variable de sesiones para su

cumplimiento y consiguiente aprobación. Es así que se puede afirmar que en lo discursivo debería existir una relación estrecha entre el número de estudiantes que aprueban los cursos, el número de usuarios atendidos y el número de atenciones efectuadas en cada clínica. Veremos en los siguientes párrafos como es esa relación, según los resultados, en las diferentes clínicas.

En la tabla 19 de la sección *apéndice II* se adjunta el número de estudiantes que cursó y qué aprobó cada clínica y su relación con el número de pacientes convocados y las atenciones efectuadas de ese mismo período. Se plantearán así dos escenarios de análisis: a) relación entre el número de estudiantes por clínica asistencial y número de pacientes asistidos, b) relación entre el número de atenciones efectuadas por clínica y número de estudiantes que aprueban los cursos.

a) Relación número de estudiantes - número de pacientes según clínica:

Al considerar las clínicas de asistencia programada se espera que cada estudiante atienda, en promedio, al menos 2 personas. Para las clínicas de asistencia espontánea es variable, pero en todos los casos implica más de 2 usuarios por estudiante.

b) Relación número de estudiantes – número de atenciones efectuada por clínica:

Cuántas sesiones se necesitan para completar un tratamiento depende de cada clínica asistencial y de la complejidad del caso. No existen documentos institucionales donde se dé cuenta de esas guías clínicas, sin embargo a través de conversaciones con docentes de diferentes áreas clínicas se puede estimar un mínimo de 5 sesiones para que un estudiante alcance a completar un *cuadro de trabajo*. Así podemos hipotéticamente establecer que para que un estudiante apruebe el curso (completar el *cuadro de trabajo*) deberá al menos realizar 5 atenciones por cada paciente. Según el funcionamiento en 2019 de HIFO eso debería traducirse en la misma cantidad de atenciones efectuadas por cada estudiante, que en el caso de la hipótesis planteada serían 5. Como dato inicial se halló que sólo en las clínicas de endodoncia y en la clínica integrada II se encontró esa media de atenciones por estudiante, en todas las demás es inferior (véase tabla 19 de la sección *apéndice II*).

Explicaremos ambos puntos (a y b) con el caso de la clínica de Prótesis fija (Clínica de rehabilitación en Prostodoncia fija y trastornos témporo – mandibulares) para dar claridad

al problema, 130 estudiantes aprobaron el curso; para hacerlo debieron atender en promedio 2 personas cada uno siendo entonces 260 usuarios (los datos dicen que recibieron asistencia 151 personas) y si al menos tuvo 4 sesiones clínicas cada usuario deberían existir 1040 atenciones efectuadas, sin embargo aparecen efectuadas solo 184. Este fenómeno se repite sistemáticamente, en forma más o menos pronunciada en todas las clínicas.

Dedicaré los párrafos siguientes a analizar qué lugar ocupan algunas clínicas asistenciales según la cantidad de atenciones que realizó en el esquema general de las atenciones realizadas en la FO durante 2019. Además para cada clínica se analizará la relación encontrada entre el número de atenciones, el número de usuarios atendidos y el número de estudiantes que aprobaron.

En la categorización de las clínicas se generó la categoría otros, la cual está conformada principalmente por clínicas de las carreras de posgrado de especialidades odontológicas. Esta es la categoría en que se registró el mayor número de atenciones efectuadas (tabla 4), y ocupa el segundo lugar cuando el análisis se realiza agrupando las clínicas según se muestra en la tabla 18 de la sección *apéndice II*. El ratio de atenciones efectuadas en esta categoría es de 0,29, es decir que de cada 10 atenciones que se programan sólo 3 se efectúan (tabla 5).

Si bien en las clínicas de posgrado el número de estudiantes es menor al número de estudiantes de grado, el estudiante de posgrado es un profesional odontólogo, y es esperable que en su desarrollo como especialista pueda asistir más personas que un estudiante de grado durante el mismo año curricular. Esto podría explicar un número mayor de atenciones en esta categoría. Pese a que el nivel de dificultad de las prácticas sea diferente, también lo son las destrezas de quién lo ejecuta.

Sin embargo, cuando analizamos el ratio de atenciones efectuadas se observa un comportamiento similar a las clínicas de grado, con una mayor proporción de atenciones no efectuadas. Es frecuente que cuando el cuadro clínico que un paciente atendido por un estudiante de grado supera la dificultad que se espera que este desarrolle, los usuarios son derivados a las clínicas de posgrado. Esto podría en parte explicar el alto número de

derivaciones, traduciéndose según las categorías de este estudio en atenciones no efectuadas.

En este sentido, veremos que el número de atenciones registradas puede no tener relación con la eficacia de la clínica sino con la adhesión y el manejo de la herramienta HIFO. Siendo que en las clínicas de grado el propio uso de HC es un terreno de aprendizaje, es esperable que se cometan más errores que en un estudiante de posgrado; dando como resultado registros de mayor calidad en las clínicas de posgrado.

Se analizarán ahora las clínicas de grado. Las clínicas de cirugía I, II, y III ocupan los lugares 13, 7 y 8, respectivamente, en el ranking según la proporción que representan sus atenciones en el esquema general de las atenciones realizadas en la FO. Cuando se consideran las tres clínicas en forma agrupada (tabla 18 de la sección *apéndice II.*) ocupan el cuarto lugar en el ranking, representando el 10,1% de las atenciones que se efectúan en la facultad; hallándose un ratio de 0,4 entre las atenciones que se programan y las que se efectúan. Estas tres clínicas, implican niveles ascendentes de autonomía del estudiante más que de complejidad del caso clínico, ya que los usuarios concurren, en general, en forma espontánea. Sin embargo las personas que se asisten en otras clínicas pueden recibir derivaciones hacia estas clínicas por necesidad de resoluciones quirúrgicas concretas. Este fenómeno podría explicar que exista diferencia entre las atenciones que se programan y las que se efectúan, lo cual no era esperable ya que las personas concurren en forma espontánea sin una necesaria derivación previa desde otro servicio de la FO. En cuanto a la relación entre el número de estudiantes que aprobaron, el número de pacientes asistidos y el número de atenciones realizadas, es en las tres clínicas menor a lo esperado.

La clínica prótesis completa es la clínica de grado en que se efectuaron el mayor número de atenciones, además es la que presentó la mayor proporción de atenciones efectuadas (46,9%) sobre las programadas o derivadas y por tanto el mejor ratio (0,9). La rehabilitación protésica en Uruguay es una de las carencias más notorias del PIAS (es posible de ser realizada por un odontólogo generalista), si además consideramos el perfil envejecido de la población y la notoria diferencia arancelaria entre la FO y el mercado liberal se podría explicar esta situación en términos objetivos.

No obstante estos elementos podrían ser comunes a la rehabilitación protésica parcial, y sin embargo esta clínica registró sólo el 17% de las atenciones que se registraron en prótesis completa, y se atendió un 49% menos de personas. El número de estudiantes que cursaron ambas clínicas es similar, sin embargo la media de atenciones que se registró por usuario en cada clínica difiere, siendo en prótesis completa el valor más similar al deseable (media de 4,5 atenciones por usuario).

A continuación en cuanto al ranking hallamos la clínica de Operatoria I donde se efectúan el 13,2% de todas las atenciones de la FO. Esta clínica se encuentra al igual que la clínica de prótesis completa en el tercer año de la carrera y es cuando el estudiantado inicia su formación por las diferentes especialidades odontológicas. Al analizar el ratio de las atenciones que se efectúan en Operatoria I nos encontramos con que sólo se efectuaron 4 de cada 10 atenciones programadas mientras que en prótesis completa se efectuaron 9 de cada 10. Si bien ambas clínicas reúnen un gran número de atenciones efectuadas y de usuarios, existen diferencias entre ellas. Estas podrían estar dadas por el manejo del sistema HIFO, lo que explicaría la baja proporción de atenciones efectuadas sobre las programadas en la clínica de Operatoria I.

Cuando ambas clínicas son consideradas en conjunto (clínica integrada II) representan la clínica donde se efectúa la mayor proporción de las atenciones que se efectuaron en la FO durante 2019, siendo el 32,5% de las mismas.

Cuando analizamos las clínicas de rehabilitación de cuarto año, integrada III, estas agrupan el 15,8% de las atenciones que se efectuaron la FO durante 2019 ocupando el tercer lugar en el ranking. Tal como se describió en la metodología, esta categoría está integrada por cuatro clínicas, si bien no es correcto abordarlas como una unidad, tiene sentido a la hora de pensar el tránsito de los usuarios y de los estudiantes, ya que las cuatro son cursadas, en general, en forma simultánea por el estudiante. La clínica integrada III reúne especialidades odontológicas, y como ya se mencionó en párrafos anteriores, podría ser uno de los atractivos que presenta la FO para los usuarios. Es interesante identificarlo en forma cuantitativa ya que para el estudiantado es quizás uno de los momentos de mayor tensión en sus trayectos clínicos.

Sería esperable que al agrupar cuatro clínicas estas reúnan gran proporción de las atenciones. Sin embargo se observa que pese a ser cuatro clínicas, el número de atenciones que se efectúan fue de 967, cifra menor a la hallada en la clínica integrada II (1986) con solamente dos clínicas. Excede esta investigación poder explicar este hallazgo, una hipótesis posible es que en la clínica integrada III se dé un de sub registro exacerbado. El hecho de que sea quizás el momento de mayor tensión en el cursado de la carrera podría implicar que la mayor parte del tiempo clínico se emplee en la asistencia descuidando el registro de los datos.

Veamos el caso de la clínica de endodoncia, esta presenta una de las peores relaciones entre las atenciones que se programan y las que se efectúan (2 de cada 10), pudiendo interpretarse en este caso particular por la existencia de un flujo intenso, y desordenado, de derivaciones desde diferentes orígenes (dentro de la FO) hacia esta clínica. Aunque se encuentra dentro de las tres clínicas que más usuarios asisten (318), más atenciones brinda por usuario y mejor relación estudiante-media de atenciones presenta, también se halló que estos resultados serían insuficientes para alcanzar el porcentaje de aprobación del estudiantado.

La clínica de periodoncia aparece como la que menos peso global tiene entre las clínicas de rehabilitación al considerarse el número de pacientes y atenciones. Los datos son incluso contradictorios con el número de estudiantes que aprobaron el curso, encontrándose que aprobaron 85 estudiantes y se atendieron solamente 55 personas. Si además vinculamos las tablas 4 y 6, se podrá ver que también es la que presenta una peor relación entre las atenciones que se programan y las que se efectúan. La combinación de estos elementos nos conduce a pensar que en términos de uso del sistema de información, es en esta disciplina donde se encuentran las mayores dificultades.

Esta comparación entre las diferentes clínicas pretende evidenciar la heterogeneidad en la forma que cada disciplina emplea la historia clínica. Debe tenerse presente que la incorporación de cada clínica asistencial al uso de la HIFO no fue sincrónica y por tanto para el año 2019 algunas clínicas tenían una mayor trayectoria de uso; pudiendo impactar en una adhesión más débil al sistema cuanto mayor sea el año de la carrera (fueron quienes se incorporaron más tardíamente al uso).

Se detectan dos problemas; el número de usuarios atendidos en cada clínica es inferior al esperado según el número de estudiantes aprobados, y la cantidad de atenciones que cada persona recibe es también significativamente menor a la esperada (siendo de 1,5 y entre 4 y 8 respectivamente) para completar la resolución del cuadro clínico.

Esta situación podría interpretarse como un problema grave si analizamos la cantidad de estudiantes por clínica y la media de atenciones que cada uno realiza, siendo en todos los casos menor a la esperada. Dado que los datos que proporcionó bedelía muestran un alto índice de aprobación podemos inferir que los estudiantes están cumpliendo con sus cuadros de trabajo, y que los usuarios están recibiendo la cantidad de atenciones necesarias. Esto no se ve expresado en el sistema de información y por tanto toma fuerza la hipótesis de que existe un sub registro. Este sub registro coloca una serie de cuestionamientos éticos y administrativos al respecto.

La historia clínica, además de ser el instrumento clave como sistema de información para la gestión de cualquier servicio de salud, es un derecho de las y los usuarios y un deber del servicio.(14) En la HC debe constar cada procedimiento que sea llevado a cabo y otros datos como el consentimiento informado y los exámenes paraclínicos, transformándose en un documento legal. Al mismo tiempo su realización es parte de la formación del futuro profesional y compete al docente acompañar y supervisar ese proceso(36).

La realización de una correcta HC impacta en la calidad asistencial no sólo desde la gestión institucional sino desde la órbita de la seguridad del usuario, y depende no solamente de las decisiones individuales de los estudiantes sino del seguimiento y valoración institucional que se le dé a dicho proceso. Es de conocimiento de quién realiza este trabajo de tesis que actualmente, año 2022, se están implementando modificaciones en el sistema HIFO, el impacto de estas modificaciones podrían ser evaluadas en futuras investigaciones.

7.3. Estudio de la calidad asistencial a través de la satisfacción de los usuarios

En esta sección discutiremos los resultados de la encuesta de satisfacción a los usuarios adultos que recibieron atención en alguna de las clínicas de asistencia programada de la carrera de grado.

La tasa de respuesta fue menor a la esperada siendo de un 61% y la esperada de 70%. El 39% de las personas que formaban parte de la muestra no pudieron ser encuestadas. Se encontró que el 37% se debe a números de teléfonos bloqueados y el 13% se debe a números equivocados. Este fenómeno podríamos atribuirlo a diversas causas: se registró mal el número (error de tipeo), el/la usuaria cometió un error involuntario al transmitir el número, u otras como que la persona cambió su número.

Este elemento relacionado al teléfono de las personas es importante dado que es la forma que tiene el servicio para contactar (y convocar) a los usuarios que demandan asistencia. Esto podría generar dos situaciones: por un lado podría configurar una barrera en la asistencia dado que personas que necesitan atención no la reciben por una interferencia en la comunicación; y por otro lado podría explicar en alguna medida el gran número de personas que habiendo demandado asistencia no tuvieron ninguna atención efectuada.

Podríamos pensar que estandarizar la corroboración del número telefónico así como solicitar un segundo número de contacto en el momento del ingreso del mismo al sistema sería una buena estrategia para salvar estas dificultades.

En relación a las características socio educativas de los encuestados se encontró mayor porcentaje de personas con primaria y secundaria finalizada y educación terciaria que para la media de la población uruguaya. El 16,4 % de las personas de esta investigación tienen como máximo nivel de estudio la primaria ya sea completa o incompleta, mientras que a nivel nacional es del 34,3%. El 57,8 % de los encuestados tienen como máximo nivel de estudios la secundaria ya sea completa como incompleta, mientras que a nivel nacional es el 44,5%. La educación terciaria tanto completa como incompleta en este estudio se encontró en el 25,8% de los participantes, siendo del 20,4% a nivel nacional(101).

Las características de esta población de estudio también pueden compararse con los datos recogidos en la investigación realizada por Lorenzo y cols (2015-2016), esta última se realizó a una muestra de personas que demandaron atención en el SRYAP. Hay que tener presente que ambos universos son diferentes, ya que los de esta investigación son personas que efectivamente se asistieron mientras que los participantes del estudio de Lorenzo demandaron atención pero no sabemos que sucedió con su proceso asistencial. En dicho

estudio el 28,6% de las personas tienen como máximo nivel de estudios alcanzados la primaria, mientras que en esta investigación fue del 16,4%; el 56% tienen como máximo nivel de estudios la secundaria mientras que en este trabajo fue de 57,8%; y finalmente el 15,4% tienen educación terciaria como máximo nivel de estudios mientras que en esta investigación fue del 25,8% (31). En base a la comparación de estos dos estudios, podemos decir que si bien son similares las características de los usuarios parecen existir un perfil educativo más favorable en quienes recibieron asistencia que entre quienes solo sabemos que la demandaron.

Interesa realizar este análisis dado que el nivel socio-educativo de las personas impacta en el proceso asistencial. De hecho, para el caso de la atención odontológica cuando el nivel socio educativo es bajo se comporta como una barrera en el acceso y continuidad asistencial(46,47,49,58). Si combinamos los datos sobre la situación educativa de encuestados, con los datos demográficos sobre los barrios de donde provienen las personas, podemos plantear que los usuarios de la FO no pertenecen, en su mayoría, a los estratos más desfavorecidos de la sociedad. Este planteo coincide con que la asistencia en la FO no es gratuita y las personas deben tener cierta capacidad de pago para acceder a la continuidad de los tratamientos.

Dentro de las características socio demográficas de las personas se consideró la actividad basándonos en su inserción laboral. Se halló un desempleo del 18,2% lo cual supera la tasa de desempleo nacional para el año 2019 que fue de 8,9% según el INE a través de la encuesta continua de hogares (ECH). Es llamativa la proporción de personas desempleadas, lo cual podría dificultar la capacidad de pago pero también podría generar una mayor disponibilidad de tiempo libre.

Para el empleo se encontró que 55,1% de los usuarios encuestados trabaja, este dato es similar a la tasa de empleo nacional para el año 2019 que fue de 56,7%. Si construimos una categoría de población económicamente inactiva conformada por quienes no buscan empleo, jubilados y pensionistas y quienes tienen como única actividad estudiar; tendremos una proporción de población económicamente inactiva del 26,7%. Esta cifra es menor que la encontrada a nivel nacional para el año 2019 donde la población económicamente inactiva fue de 37,8% (102).

Habiendo descripto en forma breve las características socio-demográficos de los usuarios pasaremos ahora a analizar cuáles fueron los motivos que llevaron a estos usuarios a asistirse en la FO. Los resultados arrojan que los motivos son variables, en primer lugar aparece el *costo* con un porcentaje del 34,7%. A continuación en orden de frecuencia aparece una categorización llamada “*conocido/familiar invita*” con el 23,4%, esta categoría está constituida por personas que concurren y se asisten dado que algún familiar o conocido se los solicitó o sugirió y fueron asistidos por esa misma persona.

Este dato tiene un valor relevante, ya que casi una cuarta parte de las personas que reciben asistencia no concurren motivadas exclusivamente por su propio interés, y no ingresan al servicio a través del servicio asistencial destinado a ese fin, sino que inician su proceso asistencial con un vínculo previo con quién le brinda la asistencia. En un trabajo realizado en la Universidad Nacional de Córdoba se encontró también que la mayoría de los pacientes “captados” para la asistencia provino de las redes personales del estudiantado o mediante su propia búsqueda (97,2%), y se plantea que este vínculo refuerza la comunicación y el proceso asistencial (100).

Estos datos sobre la captación de pacientes por parte del estudiantado, confirman algunos supuestos planteados en secciones anteriores y al mismo tiempo presenta otra dificultad y es la inequidad que se genera entre los propios estudiantes. El estudiante se ve condicionado por las posibilidades que su red social personal le proporcione.

Se encontró que un 3,6% de los usuarios concurren a la FO a través de publicaciones realizadas por estudiantes en redes sociales, en forma personal y en grupos de compra-venta, donde el estudiante que les atiende no forma parte de su red social personal previamente. Este fenómeno es similar al “*conocido/familiar invita*” pero se eligió colocar por separado dado que el vínculo que existe entre el estudiante que publica y el usuario que asiste es débil, y por tanto el factor favorable respecto a la continuidad asistencial y reducción del abandono podría no operar.

Siguiendo con el análisis de los motivos por los que los usuarios eligieron la FO se encontró que el 21,5% lo hizo por *recomendación*, esto es valioso a la hora de pensar la calidad asistencial desde la perspectiva del usuario, ya que el hecho de recomendar un servicio

implica la conformidad con la asistencia recibida. En la encuesta de satisfacción realizada en salas de espera en el año 2018 en la FO el 87,8% de los participantes relató su intención de recomendar a otras personas atenderse en FO.(35) También vemos que el 4,6% de las personas relatan fidelidad al servicio ya que desde hace muchos años se asisten en la FO. Ambos datos conjugan un escenario favorable para el prestigio de la FO como servicio asistencial.

Hasta acá vimos las características socio-demográficas de los encuestados y los motivos por los que concurren a la FO. Veremos en los párrafos siguientes como es la satisfacción de estas personas con el servicio asistencial.

Cuando se diseñó este estudio se escogió analizar el proceso asistencial según el modelo propuesto por Donabedian en términos de estructura, proceso y resultados.

Al estudiar la estructura del servicio, considerando las 5 variables empleadas (sala de espera, box, baños, privacidad e higiene general) e interpretadas en forma conjunta se encontró que en promedio el 77,5% de los encuestados está satisfecho o muy satisfecho, mientras que sólo el 2,7% se manifestó insatisfecho o muy insatisfecho con la estructura. Este resultado es similar a lo reportado en la encuesta realizada en las salas de espera de la FO en 2018, donde los participantes se manifestaron muy satisfechos con la estructura del servicio (35).

Ahora bien cuando analizamos cada variable en forma independiente, se observa que el estado de los baños no recibió valoración en el 29% de los encuestados ya que respondieron que no saben o no contestan y en su mayoría fueron personas que durante la encuesta relataron no haber hecho uso de los mismos. Para la privacidad, el 65,6% de los usuarios se expresaron satisfechos o muy satisfechos y un 9,0% insatisfecho o muy insatisfecho. En la encuesta realizada en la FO en 2018 no se tomó en cuenta este parámetro, por tanto no podemos compararlo. Sin embargo el hecho de no haber sido valorado en esa oportunidad puede en sí mismo significar que es una variable que no siempre es tomada en cuenta y que para los usuarios es valiosa. Este dato acompaña lo encontrado en otras investigaciones, incluso un trabajo similar publicado en Colombia en 2016 reportó que la privacidad tuvo la peor calificación respecto a otros elementos de la estructura del servicio (23,73).

La mejor valoración fue para la limpieza general de la FO donde un 94,4% se mostró satisfecho o muy satisfecho. La siguiente categoría mejor valorada fue la comodidad del box donde sólo el 0,3% se mostró insatisfecho o muy insatisfecho.

Si bien se conoce, que la estructura del servicio constituye solo un eslabón en la satisfacción y de la calidad asistencial desde la perspectiva del usuario, es valioso que un servicio público y universitario cuente con una valoración tan favorable de sus componentes objetivos.

En adelante analizaremos el proceso asistencial, trabajando sobre tres elementos centrales, el tiempo, el trato personal y el costo de las prestaciones.

El **tiempo** es un elemento ampliamente estudiado al hablar de la asistencia en salud, que incluye una serie de categorías como el tiempo de espera para recibir asistencia, para ser asistidos el día de la cita (puntualidad) y el tiempo de duración de la consulta. Todos ellos impactan en la calidad asistencial, en la satisfacción del usuario y en la concreción de la deseada continuidad asistencial.

El elemento peor valorado en cuanto al tiempo fue el lapso de tiempo transcurrido hasta ser convocado, se reportó solo un 41,9% de personas satisfechas o muy satisfechas. Este resultado responde a lo encontrado en otras investigaciones que abordaron esta dimensión (65,69). Además esta variable mostró un comportamiento diferente a las demás ya que el 37,0% de la personas pertenecen a la categoría no sabe o no contesta. Esto se debe a que durante la encuesta estas personas expresaban que en realidad no tuvieron que esperar porque ingresaron directamente a la asistencia.

El lapso de espera entre que las personas se registran y son convocadas en la FO es variable y debemos recordar que el usuario cuando se registra lo desconoce. Este factor puede influir en la valoración que tienen las personas del mismo, dependiendo de la subjetividad de cada individuo. Este fenómeno se puede considerar un problema ya que las personas permanecen con la expectativa de ser llamadas sin saber en forma certera si se lo llamará y en qué momento será. Además, considerando que quienes demandan asistencia tienen una necesidad en salud, parece necesario que las personas cuenten con esa información para poder evaluar sus alternativas.

El siguiente elemento peor valorado fue la duración de la consulta, donde el 9,9% se mostró insatisfecho o muy insatisfecho y el 65,7% satisfecho o muy satisfecho. Debemos decir también que fue la variable, dentro de la valoración del tiempo, que más respuestas tuvo en categoría de ni satisfecho ni insatisfecho con un 21,5%. En su relato la mayoría de los encuestados manifestó comprender que la mayor duración estaba dada por el contexto en que se daba la asistencia pero que eso no les generaba molestia. Estos resultados acompañan lo reportado en el informe de acreditación institucional donde el 87,9% de los usuarios manifestó estar total o bastante de acuerdo con la duración de las consultas (35).

En relación a la duración de la consulta en servicios asistenciales y de enseñanza se encontraron dos posturas en los artículos revisados. Por un lado algunos autores mencionan que la mayor duración de las consultas, y de los tratamientos, tienen una valoración negativa por parte de los usuarios (22,65,69). Mientras que por otro lado otros autores mencionan que las personas al acudir a un servicio asistencial que es de enseñanza conocen que los tiempos son mayores a los realizados por un profesional experiente y por tanto eso no les genera disconformidad (34).

La puntualidad fue la variable mejor valorada, el 62,1% se mostraron muy satisfechos y un 23% satisfechos, estos datos coinciden con lo reportado en la encuesta realizada en 2018 donde el 42,7% de las personas relato que la espera fue breve y el 48,8% relató que fue normal (35). Este elemento podría funcionar como un facilitador en la continuidad asistencial.

Adicionalmente a estos resultados, cuando se les preguntaba a las personas si tenían alguna sugerencia el 15,4% eligió mencionar que la duración de las consultas y/o de los tratamientos es muy larga. Este dato es importante y valorado a la luz de los demás resultados parece una dimisión a revisar a la hora de pensar en la mejora del proceso asistencial.

El **trato personal** es otro de los elementos del proceso asistencial considerados en la calidad cuando esta es abordada desde la satisfacción del usuario. En este estudio se abordó esta dimensión a través de tres variables, la relación del paciente con el estudiante, la relación del paciente con el docente y la relación del estudiante con el docente.

El trato que el paciente recibe del estudiante fue el que mejor valoración tuvo, ningún encuestado contestó que estaba muy insatisfecho con el trato que reciben del estudiante que lo atiende y sólo el 2,3% relató estar insatisfecho. En este mismo sentido el 93,1% relató estar satisfecho o muy satisfecho y sólo un 1% respondió que no estaba ni satisfecho ni insatisfecho.

En cuanto a la relación del paciente con el docente un 4,0% se expresaron como insatisfechos o muy insatisfechos, mientras que un 77,2% se mostró satisfecho o muy satisfecho. Cuando se preguntaba sobre el trato entre el estudiante y el docente se encontró con que un 4,6% estaba muy insatisfecho o insatisfecho mientras que el 79,2% se mostró muy satisfecho o satisfecho. Pese a que cuantitativamente sea de poco impacto, 14 personas de las 303 encuestadas relataron que el trato entre el docente y el estudiante fue malo o muy malo. Esta situación puede considerarse un problema. Actualmente, y desde el año 2020, existe en la FO una comisión de equidad y género (resolución del Consejo N° 52 del 6 de febrero del 2020), donde se abordan temáticas relativas al relacionamiento entre los diferentes actores institucionales. Pese a la sensibilidad de la temática se ha comenzado a trabajar activamente en asesoramiento, resolución de conflictos y recepción de denuncias.

Los datos señalan que cuando los pacientes valoran el trato de los docentes, la satisfacción disminuye respecto a la que perciben de los estudiantes. Este fenómeno, donde los usuarios valoran con un mejor puntaje el trato que reciben de los estudiantes, también se observó en la encuesta realizada en 2018 en salas de espera de la FO. En ella se reportó que el 93,9%, de los encuestados considero muy bueno o excelente el trato que recibió del estudiante, mientras que el 85% consideró excelente o muy bueno el trato recibido por parte del docente (35).

Si bien los resultados son favorables, y muestran una amplia satisfacción del usuario con el trato que reciben en general, es claro que el vínculo que establece el paciente con el estudiante es mejor percibido que el que se genera con el docente. En este sentido, la literatura consultada muestra que el paciente empatiza con el estudiante colaborando en el proceso enseñanza aprendizaje animándolo a preguntar y reflexionar, pudiendo esto influir en la buena valoración que se obtuvo de dicho vínculo(34).

En adición a estos resultados, se encontró que cuando los usuarios eligieron hacer sugerencias el 9,23% recomiendan mejorar el trato que los docentes dan a los estudiantes. Nuevamente puede considerarse un dato de poco impacto, sin embargo para quien está desarrollando esta investigación no lo es. La valoración subjetiva que hacen los usuarios del modo en que los estudiantes son tratados por los docentes cuestiona el perfil profesional (y humano) que se está modelando. El maltrato no es admisible en ninguna relación intersubjetiva, menos aun atravesando un proceso de enseñanza donde el relacionamiento es uno de los pilares que lo sostienen. El vínculo afectivo entre el docente y el estudiante refuerza el proceso enseñanza aprendizaje y por lo tanto es deseable que esté presente.

En este mismo sentido, donde los usuarios realizan valoraciones sobre el rol docente, el 15,4% de quienes hicieron sugerencias mencionaron que sería apropiado contar con más docentes por clase. Considerando que en la FO la relación entre el número de estudiantes y de docentes por grupo es buena (aproximadamente 3 docentes cada 12 estudiantes), esta sugerencia de los usuarios puede traducirse en la necesidad de que los docentes estén presentes en el espacio en que se desarrolla la asistencia y con disposición para apoyar al estudiantado. En este sentido, desde el orden estudiantil se ha colocado en algunas oportunidades que los docentes no están disponibles en el espacio de la clínica cuando requieren de su apoyo.

Ambas percepciones, tanto del estudiantado como de los usuarios deben ser atendidas. No obstante debe tenerse presente que existen tensiones dentro del proceso asistencial en el contexto de la enseñanza generadas entre la inmediatez con que el paciente percibe sus necesidades asistenciales, las inquietudes y necesidades del estudiante, y las posibilidades del docente de atender esa demanda.

En este análisis de la satisfacción del usuario con el proceso asistencial veremos cuál es el impacto de los **costos**. En la construcción teórica de este trabajo el costo se colocó como un elemento muy importante, relacionado tanto al acceso, como a la continuidad, a la satisfacción y calidad asistencial. Para la población de este estudio el costo de las prestaciones es importante, considerando que el 34,7% de las personas encuestadas fundamentan elegir la FO por sus aranceles accesibles.

Al ser preguntados concretamente sobre el costo, las personas relataron que si bien es satisfactorio, y significativamente menor al que se maneja en el mercado, al realizar una valoración de sus posibilidades económicas esta ventaja disminuye. El 46,5% de los usuarios respondió estar muy satisfechos con el costo y el 33,7% satisfechos, mientras que sólo el 2,3% se expresó insatisfecho o muy insatisfecho. Sin embargo al valorizar ese costo desde su perspectiva económica y evaluando si pagar supuso una dificultad, esa máxima satisfacción desciende al 35,6% apareciendo con más frecuencia puntuaciones intermedias (ver tabla 12). El 11,2% de las personas expresó tener mucha o algo de dificultad para pagar, mientras que el 22,8% reportó que si bien no fue difícil no les fue fácil hacerlo.

Resultados similares se hallaron en la encuesta realizada en sala de espera en 2018, si bien se empleó una categorización diferente se puede interpretar en el mismo sentido , ya que 67,1% encontró los costos como adecuados, el 18,8% los valoró como mínimos y un 7% relató que los costos eran excesivos(35).

El tema del arancel de cobro en la FO, fue recientemente discutido y supuso un conflicto institucional fundamentalmente colocado por el orden estudiantil, que se manifestó en contra de un aumento de los mismos dado que eso perjudicaba la posibilidad de pago para los usuarios. La solicitud de reconsideración se encuentra en la sesión del consejo con fecha 9 de mayo de 2019, y con fecha 30 de mayo de 2019 se aprueban los nuevos aranceles donde se mejora el costo de algunas prestaciones.

Hasta acá se discutió la satisfacción del usuario desde las dimensiones de estructura y proceso asistencial incluyendo el trato personal, los tiempos y el costo de la prestaciones. En adelante se expondrá la satisfacción de los usuarios para la dimensión de los resultados obtenidos y se hará énfasis en la resolución del tratamiento.

Además del buen trato, existen otros componentes personales que influyen en la satisfacción de los usuarios como son el cumplimiento de las expectativas y la conformidad con los resultados. Al preguntar sobre estos ítems el 76,2% está satisfecho o muy satisfecho con el cumplimiento de sus expectativas y el 80,2% está satisfecho o muy satisfecho con el resultado. Esta percepción muy favorable que tienen los usuarios del servicio se confirmó a

través de la pregunta concreta ¿Está satisfecha/o con el servicio de la FO? donde el 89,9% respondió estar satisfecho o muy satisfecho.

Resolución del tratamiento

Dentro de los objetivos específicos de esta investigación se estableció conocer el fenómeno de abandono, y dado que no se podía acceder a esa información desde el sistema de información empleado para las dos primeras fases, se originó la encuesta. Ahora bien, el abandono se preguntó en el marco de la resolución del tratamiento recibido en una clínica asistencial concreta, y no refiere a la asistencia integral que la persona podría recibir (alta integral). Se colocaron para evaluar este fenómeno tres posibles categorías, abandono, alta, en tratamiento y otros.

La categoría otros (8,58%) está conformada por pacientes que no pudieron identificarse en ninguna de las otras tres, lo cual es un signo de desconocimiento sobre su situación de salud actual, sobre el estado de su tratamiento y de su proceso asistencial. Aunque proporcionalmente esta cifra sea menor a los usuarios que si lo conocen, es un dato que debe ser tenido en cuenta a la hora de pensar la continuidad asistencial y la calidad de la información sobre su salud que reciben los usuarios.

Con esta información reaparece el cuestionamiento, colocado en secciones anteriores, sobre la carencia de un flujo asistencial institucionalizado lo cual podría facilitar la comprensión del proceso por parte del usuario, de quién le asiste y de la institución. Otro cuestionamiento que surge es sobre la claridad a la hora de establecer un plan de tratamiento integral construido en conjunto con el usuario. Desde una perspectiva bioética, la información es esencial para que el usuario pueda ejercer su autonomía, evitando un vínculo paternalista por parte de la institución promoviendo un rol activo y participativo del usuario con su proceso asistencial.

La categoría en tratamiento (17,8%) está integrada por usuarios que relataron no haber alcanzado el alta en esa clínica asistencial presentándose dos situaciones posibles: se encontraban en atención al momento de comenzada la pandemia que suspendió los cursos clínicos en la FO (marzo 2020), o están esperando a ser contactados para culminar alguna parte del tratamiento y mantienen el contacto con quién se comprometió a continuar con su

asistencia. Esta cifra es ligeramente menor a la encontrada en un estudio de características similares donde fue de 23,6% (22).

Esta categoría se compone de usuarios cuyo tránsito cuenta con un seguimiento y donde tienen conocimiento de su proceso asistencial y de su salud bucal. Es quizás la categoría más favorable además de la categoría de alta que se verá en el párrafo siguiente.

Si bien el alta odontológica parece una categoría ambiciosa, ya que se establece en términos clínicos que el usuario ha culminado su proceso asistencial, este trabajo hace referencia al alta obtenida al culminar un tratamiento concreto en una clínica asistencial dada. Se encontró un 59,4% de personas en esta categoría, en la exploración teórica se encontró en un estudio de la universidad de Antioquia un valor similar 56,4% (en este caso la categorización fue diferente donde se le llamó “terminado” a quienes habían culminado un tratamiento concreto) (22).

Sobre el concepto de alta no existe una definición a nivel institucional, particularmente sobre el alta integral donde se espera que la situación de salud bucal está resulta completamente desde lo preventivo y rehabilitador. Tampoco hay un flujo asistencial para el mantenimiento en salud después del alta donde se dé cuenta de controles pautados que debe seguir la asistencia de un usuario después del alta.

El fenómeno de abandono

Un 14,2% de los participantes relató haber abandonado la atención, las cifras de abandono en otros estudios no siempre son comparables ya que en algunos el abandono se categorizo en forma administrativa por parte del servicio y en otros corresponde a la autopercepción del usuario sobre su estado de la atención. Blanco (2018) encontró un abandono del 30% en usuarios de un programa odontológico público y gratuito en Uruguay, mientras que en el estudio de la Universidad de Antioquia se reportó un 20% (22,79).

Esta baja prevalencia de usuarios que abandonaron la asistencia tiene sentido dado que como se vio en párrafos anteriores la satisfacción de los usuarios con el resultado de los tratamientos y con el cumplimiento de sus expectativas es muy buena. Ambos elementos son, de acuerdo a lo encontrado en la el marco teórico de este trabajo, facilitadores para la continuidad asistencial (65–67).

Otro elemento a destacar es la existencia, en casi una cuarta parte de los usuarios asistidos, de un vínculo de tipo personal previo con quién les asiste. Podemos pensar que este factor opera como un facilitador en la continuidad asistencial, impactando en esta baja tasa de abandono. Por otro lado, pero en el mismo sentido, era esperable un abandono bajo dado que el nivel de aprobación del estudiantado es alto (ver tabla 21 en anexos), y en el caso de que el abandono fuera más frecuente supondría una dificultad en el cursado y aprobación de cada disciplina.

Habiendo descripto la frecuencia del abandono se pasará a analizar las posibles causas, las personas contestaron según una categorización dada pero tenían la oportunidad de describir otros motivos cuando estos no ajustaban a su situación. Veremos que aparecen acá variables ya analizadas como son el tiempo, el costo, el trato personal y la distancia al lugar de residencia; sin embargo el 31,4% de las personas que abandonaron no se lo atribuyen a ninguno de esos motivos y relatan otros motivos personales como son: temas de salud, laborales y otros acontecimientos que eligen no explicar.

El 31,4% de las personas que abandonaron se lo atribuyen a los tiempos, donde se incluyen la duración prolongada de la consulta y del tratamiento en sí mismo. Este elemento muestra coincidencia con otros estudios revisados donde el tiempo se posiciona como una de las barreras para la continuidad asistencial (56,82).

El 21,6% de las personas discontinuaron su asistencia por el costo del tratamiento, este elemento no llama la atención ya que si bien las personas de este estudio entendieron que los costos eran satisfactorios, el 34% consideró que para sus economías domésticas abonar las prestaciones supuso una moderada o gran dificultad. Esto tiene sentido, y coincide con lo hallado en otros estudios donde se expresa que el costo de las prestaciones es una de las barreras más importante tanto en el acceso como en la continuidad asistencial (56,62,82).

Una dimensión respecto al costo que no ha sido abordada y puede ser interesante tener presente es una práctica instalada en el estudiantado de la FO de hacerse cargo del costo de las prestaciones que debería abonar el usuario. Durante la realización de las entrevistas telefónicas algunos de los participantes hacían referencia a eso, pero dado que no estaba previsto en el cuestionario no se discrimino al estudiar la variable costo del tratamiento. La

institución no tiene previsto, ni admite, que el estudiantado asuma el costo de las prestaciones. Este fenómeno podría explicarse en parte porque los estudiantes captan pacientes entre sus redes personales, se garantizan de esa forma no tener que abonar las prestaciones.

El trato personal vuelve a aparecer como un elemento de valor, si bien es baja la frecuencia (9,8%) de quienes atribuyen su abandono al trato recibido debe tenerse presente y ser analizado a la luz de los otros hallazgos relativos a los vínculos interpersonales.

En este estudio el fenómeno de abandono no se asocia a una baja satisfacción de los usuarios, la tasa de abandono fue de 14,2% y las personas que se mostraron muy insatisfechas, insatisfechas y ni uno ni otro reúnen solo el 6,9% de los encuestados. Incluso aquellos que no pudieron culminar los tratamientos propuestos se expresaron satisfechos en forma global con el servicio que brinda la FO.

Por otro lado, dentro de los usuarios que eligieron colocar sugerencias o comentarios el 29,3% eligió felicitar a la FO por su excelente atención. Reforzando esta valoración favorable de quienes fueron atendidos explicando la baja tasa de abandono.

8. Conclusiones

En este capítulo final se agruparon los hallazgos más sobresalientes de esta investigación. Al mismo tiempo la autora realizará algunos aportes de cara a una mejora del servicio asistencial desde la salud colectiva, priorizando las prácticas de enseñanza pero en un contexto de equidad en el acceso y asistencia para los usuarios.

Los objetivos que fueron planteados se alcanzaron satisfactoriamente permitiendo la descripción del servicio asistencial de la FO en forma crítica. Durante el año 2019, 8322 personas demandaron asistencia en la FO, siendo en un 57,7% de sexo femenino y encontrándose una media de edad de 40 años. Esta población en su mayoría (78,2%) proviene del departamento de Montevideo, los barrios de residencia son muy heterogéneos en cuanto a sus características socio-económicas incluyendo fundamentalmente barrios de medio nivel socio económico según las NBI y el INSE. Tres elementos nos permiten pensar

que los usuarios la FO no pertenecen a los sectores más desfavorecidos de la sociedad: los barrios de donde provienen los usuarios, la valoración que hicieron las personas sobre los costos y la baja tasa de abandono.

Se constató la inexistencia de una definición del flujo institucional donde se especifique el recorrido del usuario desde que inicia su contacto con la FO hasta que culmina su plan de tratamiento. Las posibilidades asistenciales de la FO permitieron satisfacer la demanda del 37% de los usuarios registrados, quienes en un 86,5% solicitaron asistencia programada –e integral– la cual incluye esencialmente tratamientos rehabilitadores de variada complejidad. Sólo el 13,5% concurrió al servicio para resolver situaciones puntuales (urgencias o extracciones).

Pensando en la continuidad asistencial de los usuarios y las posibilidades institucionales, la implementación del *informe pendiente* ha prolongado las posibilidades de atención de la institución en los meses de diciembre y excepcionalmente febrero. Sin embargo esto responde a casos puntuales y el volumen de usuarios que se asiste durante esos meses es acotado. Reducir los meses de interrupción programada de la atención podría ser una alternativa para mejorar la relación que existe entre la demanda asistencial y las posibilidades de la FO.

En cuanto a la encuesta de satisfacción, arrojó resultados muy satisfactorios, tanto para la estructura del servicio como para el proceso asistencial. El abandono se presentó con una frecuencia menor a la esperada de acuerdo a otros estudios, sólo el 14% de los usuarios encuestados abandonaron la asistencia. La dificultad para asumir el costo de las prestaciones (21,6%) y la duración de los tratamientos (31,4%) fueron los motivos de abandono más reiterados. Se halló alta fidelidad por parte de las personas encuestadas, el 94,1% volvería a tenderse en FO y el 94,7% se la recomendaría a otra persona.

8.1.Recomendaciones

Repasando los hallazgos de esta investigación, se identifican algunos fenómenos relacionados con el sistema de información, que de ser revisados podrían potenciar la gestión institucional del servicio asistencial de la FO. Debe tenerse presente que los datos provienen del primer año en que se empleó como único método de registro la HIFO por lo

que eran esperables algunas dificultades. Al momento de culminar este trabajo de tesis algunas modificaciones en el sistema HIFO se encuentran en proceso. Se entiende que este trabajo puede ser un insumo para ajustar las pautas de uso de HIFO y mejorar algunas características de su estructura.

Sobre las características del software y el ingreso de los datos patronímicos, en primer lugar debería proporcionar otras opciones de género no binarias. Por otra parte, dado que la forma de contacto con los usuarios luego de registrados es telefónica, se recomienda corroborar que el teléfono proporcionado es correcto y solicitar siempre un segundo número de contacto.

Dentro de la etapa de diagnóstico sería valioso contar con un grupo de variables (datos patronímicos, características epidemiológicas de la cavidad bucal y plan de tratamiento) de campo obligatorio con opciones fijas de llenado para facilitar la adhesión y reducir los tiempos de uso. Esto además mejoraría la calidad de los datos recopilados desde la base de datos. En este mismo sentido sería útil la creación de un campo donde se coloque el presupuesto de cada etapa del tratamiento y el orden cronológico que este tendría.

Sería oportuno la creación de una pestaña donde se coloque el estado de la atención (en tratamiento, abandonó, alta), y así conocer en qué proceso de flujo se encuentra el usuario, según cada clínica asistencial a la que fue derivado y según su tratamiento global. Esta estrategia podría facilitar el seguimiento desde SRYA.

En cuanto a la base de datos que está detrás de la interfase, se encontró que el grado de disociación de los datos dificulta el manejo e interpretación de los mismos pensados tanto desde la vigilancia epidemiológica como de la gestión institucional.

En cuanto al uso, debería realizarse el registro diario de las acciones clínicas que cada paciente recibe; y ser constatado por un docente; esto podría mejorar uno de los elementos más sobresalientes encontrados en este trabajo que fue el sub-registro. Por otro lado, sería deseable mejorar los mecanismos de referencia y contra referencia desde clínicas de menor hasta mayor complejidad para facilitar la continuidad asistencial del usuario hasta completar su plan de tratamiento, donde el SRYA adopte un rol de mayor protagonismo en el seguimiento.

Sobre el tema de los usuarios y el flujo institucional de los mismos, una vez que un usuario es designado a un estudiante y este lo convoca telefónicamente debe quedar constancia en HIFO, así mismo esto debe constatarse por el docente responsable de la clínica. En caso de que el usuario rechace la asistencia (en esa etapa o en sucesivas) debe quedar registrado en HIFO y especificar los motivos. Esto podría operacionalizarse a través de un campo que permita marcar “rechaza la asistencia” y opciones prefijadas de motivos posibles.

La captación de pacientes por el estudiantado de entre sus redes sociales o familiares es una práctica frecuente, el modo en que se instrumenta genera dificultades en el proceso asistencial, y en la equidad en el acceso. Se recomienda la búsqueda de dispositivos que garanticen al estudiantado cumplir con sus procesos de aprendizaje, sin generar barreras e inequidades entre los estudiantes y entre los usuarios.

Una estrategia para comenzar a definir el flujo institucional es unificar la puerta de entrada, y establecer un ingreso único de los usuarios al sistema de información y al servicio. Dado que el ingreso de usuarios a HIFO por los estudiantes sin un previo pasaje por SRYA puede ser necesario en alguna clínica asistencial concreta, cirugías o urgencia, podría considerarse que esa funcionalidad esté disponible sólo para esas clínicas y no para las demás.

Dejando de lado los aspectos relativos al sistema de información, se recomienda mejorar la comunicación que existe entre la institución y el usuario. La persona debe ser informada con claridad sobre el flujo que deberá seguir su asistencia para completar su plan de tratamiento, sobre el costo y modalidades de pago previo al inicio de las derivaciones, así como también sobre el tiempo estimado de espera hasta ser convocado (ya sea en una primera instancia o en la siguiente según sea el caso). Todos estos elementos deben quedar registrados detalladamente en HIFO.

La FO debe ser explícita con la población sobre sus posibilidades asistenciales, es acotado el número de usuarios que puede recibir anualmente, y está sujeto al proceso de enseñanza y los tiempos clínicos curriculares. Debería revisarse la admisión anual de usuarios sin haber dado respuesta a la demanda insatisfecha del año anterior. Por otro lado reducir los meses de interrupción programada de la atención; extendiéndose más allá de los casos con *informe*

pendiente podría ser una alternativa para mejorar la continuidad asistencial y las posibilidades institucionales.

En cuanto a los vínculos personales, la FO debe comprometerse a generar estrategias que promuevan buenas prácticas de comunicación entre docentes y estudiantes. Esta es una forma de potenciar el proceso de modelado profesional, y humano, en circunstancias de tensión y ante la presencia de un tercero, el usuario.

En síntesis, pensando en la gestión del servicio asistencial de la FO es clara la necesidad de generar acuerdos y definir el flujo institucional, estableciendo un criterio de alta integral y cómo se le dará seguimiento al mantenimiento de la salud. Además se debe establecer cuál es el espacio académico responsable del seguimiento de ese flujo.

Estos aspectos deben ser tenidos en cuenta a la hora del establecimiento de un nuevo plan estratégico, donde se genere una estructura ordenada y se construyan indicadores de cumplimiento. Éste debería contar con planes de capacitación para docentes, a fin de hacerles partícipes del modelo organizacional y su importancia en el proceso de enseñanza - asistencial.

8.2. Consideraciones finales

Según los hallazgos de este trabajo, la calidad del servicio de la FO es muy satisfactoria para los usuarios adultos que se asisten, confirmando la potencialidad que tiene la institución como servicio y justifica los esfuerzos para conseguir la continuidad asistencial. Para concretar este propósito, que la FO se ha fijado en su plan estratégico, debe considerarse trabajar desde la gestión de calidad en forma participativa con toda la comunidad que integra la FO (usuarios, estudiantes, docentes, funcionarios técnicos, administrativos y de servicios) y la sociedad en su conjunto.

Un gran volumen de población no alcanzó a ser asistida concluyéndose que existe una necesidad sentida de asistencia odontológica integral en la población adulta uruguaya. Si bien la FO no tiene la responsabilidad de responder a la totalidad de esa demanda, si le corresponde optimizar su gestión institucional para aumentar las posibilidades asistenciales. Le corresponde también, de acuerdo al compromiso social asumido en su *Ley Orgánica*,

emplear estos datos como diagnóstico y reclamar en forma pública la necesidad sentida de la población en concretar su derecho a la asistencia en salud bucal integral.

9. Referencias bibliográficas

1. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2013;31(1):13–27. Available from: http://www.observatoriorh.org/sites/observatoriorh.org.saludinternacionalelsalvador/files/webfiles/fulltext/determinacion_social_salud.pdf
2. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet [Internet]. 2019;394(10194):249–60. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
3. Federación Dental Internacional. El Desafío de las Enfermedades Bucodentales: Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental. [Internet]. Federación Dental Internacional (FDI). 2015. 56 p. Available from: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_o_h2_spanish.pdf
4. Glick M, Williams DM, Kleinman D V., Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. Br Dent J. 2016;221(12):792–3.
5. Agudelo A, Herrera E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. Rev Gerenc y Políticas Salud [Internet]. 2008;8(16):91–105. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a06.pdf>
6. Villar H. Concepto de salud. In: Zona editorial, editor. Gestión de Servicios de Salud. 1°. Montevideo; 2012. p. 31–5.
7. UNESCO. Declaracion Universal sobre bioetica y derechos humanos. Rev Bioética y Derecho [Internet]. 2005;1–2. Available from: http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/RevBioDerecho_Mar06.pdf
8. Asamblea General de los Estados miembros de las Naciones Unidas. La Declaración

Universal de Derechos Humanos [Internet]. La Declaración Universal de Derechos Humanos 1948. Available from:

https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

9. Asamblea General de las Naciones Unidas. ACNUDH | Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. Resolución. 1966. p. p, 1-10. Available from: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
10. Rueda Martínez G, Albuquerque A. La salud bucal como derecho humano y bien ético. *Rev Latinoam Bioética*. 2016;17(32-1):36-59.
11. Congress W, Dentistry P, Kingdom U, Wcpd T, Health DP, Dentistry C. The liverpool declaration: Promoting oral health in the 21st century: A call for action. *Community Dental Health* 2005 p. 222-3.
12. Rueda Martínez G, Albuquerque A. El derecho a la salud bucal en la Declaración de Liverpool. *Rev bioética* [Internet]. 2017;25(2):224-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252182>
13. Poder Legislativo RO del U. Ley N° 18.211 Sistema nacional integrado de salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. 2011;1-15. Available from: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>
14. Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay. Ley N° 18.335 Pacientes y usuarios de las servicios de salud. Derechos y obligaciones. 2008;1-7. Available from: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/18.335_0.pdf
15. Ministerio de Salud Pública, República Oriental del Uruguay. Catalogo de Prestaciones PIAS [Internet]. 2008 p. 1-183. Available from: <http://afiliaciones.asse.com.uy/documents/20181/26105/Catalogo+de+prestaciones/5b496482-ad38-4e8c-99e3-2b40aec77048>
16. Lorenzo SM, Álvarez-Vaz R. Relevamiento Nacional de salud Bucal de jóvenes y adultos uruguayos 2011 [Internet]. 1st ed. Montevideo: Universidad de la República; 2018. Available from:

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18508/1/Lorenzo_Enquesta.pdf

17. Álvarez L, Liberman J, Abreu S, Mangarelli C, Brito M, Lorenzo S. Dental caries in Uruguayan adults and elders : findings from the first Uruguayan National Oral Health Survey Caries dental en adultos y adultos mayores uruguayos : resultados del primer Estudio Uruguayo de Salud Oral Cárie dentária em adultos e idosos uru. 2015;31(8):1663–72.
18. Lorenzo SM, Alvarez R, Andrade E, Piccardo V, Francia A, Massa F, et al. Periodontal conditions and associated factors among adults and the elderly: findings from the first National Oral Health Survey in Uruguay. *Cad Saude Publica*. 2015;31(11):425–36.
19. Laguzzi PN, Schuch HS, Medina LD, de Amores AR, Demarco FF, Lorenzo S. Tooth loss and associated factors in elders: Results from a national survey in uruguay. *J Public Health Dent*. 2016;76(2):143–51.
20. Goettems ML, Ourens M, Cosetti L, Lorenzo S, Álvarez-Vaz R, Celeste RK. Nível socioeconômico na primeira infância e oclusopatia em adolescentes e adultos jovens no Uruguai. *Cad Saude Publica*. 2018;34(3):1–10.
21. Riva R, Sanguinetti M, Rodriguez A, Guzzetti L, Lorenzo S, Álvarez R, et al. Prevalencia de trastornos témporo mandibulares y bruxismo en Uruguay: parte I. *Odontoestomatol*. 2011;XIII:54–71.
22. Lopez J, Pilataxi S, Rodriguez L, Velásquez A, López M, Martinez C, et al. Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2013;12(24):209–25.
23. Moncada ÁMS, Tabares MAC, Sánchez A, Moreno MAG, Arévalo M, Peláez Y. Satisfacción de los pacientes atendidos en Clínica Odontológica de la Universidad Cooperativa de Colombia. *Rev Nac Odontol*. 2016;12(23):31–40.
24. Facultad de Odontología UdelaR. Informe autoevaluación 2018 [Internet]. p. 1–183.

Available from: <https://odon.edu.uy/sitios/acreditacion/wp-content/uploads/sites/50/2018/05/FORMULARIO-DE-DATOS-2018.pdf>

25. Facultad de Odontología UdelaR. Plan Estratégico Facultad de Odontología 20011-2015 [Internet]. Montevideo; 2011. Available from: <https://odon.edu.uy/odon/images/PlanEstrategico2011.pdf>
26. Facultad de Odontología UdelaR, UdelaR. Plan de Estudios Carrera doctor en odontología [Internet]. 2011. 43 p. Available from: <https://odon.edu.uy/odon/images/PlandeEstudios2011.pdf>
27. Facultad de Odontología UdelaR. 3 er Plan estratégico de desarrollo institucional 2018-2022 [Internet]. 2018. Available from: https://odon.edu.uy/odon/images/Plan_estrategico_2018-2022_1.pdf
28. Facultad de Odontología UdelaR, Escuela de graduados. Sitio web Escuela de Graduados [Internet]. Available from: <https://graduados.odon.edu.uy/index.php/oferta-2018-y-carreras-en-curso/>
29. Simini F, Salveraglio I, Redin A, Piovesan S, Ressi S, Amorin C, et al. Rediente: historia clínica odontológica ubicua con indicadores de calidad de servicios y evaluación epidemiológica. *Cais* 2013. 2013;301–9.
30. Facultad de Odontología UdelaR. Aranceles de cobro a pacientes. 2019.
31. Lorenzo-Erro SM, Alvarez-Vaz Ramón, Skapino E, Massa F, Moliterno P, Fabruccini A, et al. Salud Bucal y Enfermedades no transmisibles en pacientes de un centro de enseñanza universitaria, Montevideo-Uruguay. Parte 1. *Odontoestomatología*. 2020;22(36):55–64.
32. Lorenzo-erro SM, Fabruccini A, Alvarez-Vaz, Ramón, Massa F. Salud Bucal y Enfermedades no transmisibles en pacientes de un centro de enseñanza universitaria, Montevideo-Uruguay. Parte 2. *Odontoestomatología*. 2021;23(37):1–7.
33. Lucarelli E, Finkelstein C, Donato M, Calvo G, Del Regno P, Gardey M, et al. La enseñanza de prácticas profesionales en la universidad: Estilos docentes diversos para aprendizajes complejos en las clínicas odontológicas. *Rev currículum y Form*

del Profr [Internet]. 2009;13(1):1–18. Available from:
<http://www.ugr.es/local/recfpro/rev131COL1.pdf>

34. Fachinetti Lembo V. La singularidad de la enseñanza ante la presencia del otro (paciente) en los espacios de formación pre-profesional del área de salud [Internet]. Universidad de la República; 2015. Available from:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/4471>
35. Facultad de Odontología Udelar, Comisión de acreditación. Encuesta usuarios de la Facultad de Odontología. 2018.
36. Cuenca Garcell K, Rodríguez Linares ML, Soto Cortés AD, Pentón Rodríguez O. La historia clínica estomatológica como herramienta en el método clínico y documento médico-legal. *Rev Cuba Med Mil.* 2014;43(4):534–40.
37. Mercedes M, Ghiglia C. Historia clínica electrónica herramienta para la continuidad de asistencia. *Rev Medica Del Uruguay.* 2019;35(3):212–7.
38. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. Health Information Systems: From closed systems to social citizenship. A challenge for the reduction of inequalities in local management. *Cad Saude Publica.* 2006;22(12):2693–702.
39. Muller S. Electronic medical records: The way forward for primary care research? *Fam Pract.* 2014;31(2):127–9.
40. Gentil ML, Cuggia M, Fiquet L, Hagenbourger C, Le Berre T, Banâtre A, et al. Factors influencing the development of primary care data collection projects from electronic health records: A systematic review of the literature. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2017;17(1):1–21.
41. Hodgkins AJ, Mullan J, Mayne DJ, Boyages CS, Bonney A. Australian general practitioners' attitudes to the extraction of research data from electronic health records. *Aust J Gen Pract.* 2020;49(3):145–50.
42. Duncan WD, Thyvalikakath T, Haendel M, Torniai C, Hernandez P, Song M, et al. Structuring, reuse and analysis of electronic dental data using the Oral Health and Disease Ontology. *J Biomed Semantics.* 2020;11(1):1–19.

43. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(suppl 2):S190–8.
44. Barros Marinho Maia F, Son Tavares de Sousa E, Feitosa Alves V, Correia Sampaio F, Soares Forte FD. Perfil socioeconômico dos usuários e motivo de procura de uma clínica de ensino. *Rev Cubana Estomatol*. 2016;53(2):17–23.
45. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Heal Soc*. 1973;51(1):95–124.
46. Dho MS. Factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos. *Cienc e Saúde Coletiva*. 2018;23(2):509–18.
47. Miranda C, Peres M. Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: Um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(11):2319–32.
48. da Costa IMD, Maciel SM de L, Cavalcanti AL. Acesso aos serviços odontológicos e motivos da procura por atendimento por pacientes idosos em Campina Grande. *Odontol Clin Cientif*. 2008;7(4):331–5.
49. Mariño RJ, Khan AR, Tham R, Khew CW, Stevenson C. Pattern and factors associated with utilization of dental services among older adults in rural Victoria. *Aust Dent J*. 2014;59(4):504–10.
50. Pinheiro RS, De Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre Estados do Brasil. *Cienc e Saude Coletiva*. 2006;11(4):999–1010.
51. Pinto RDS, Roncalli AG, Abreu MHNG, Vargas AMD. Use of public oral health services by the adult population: A multilevel analysis. *PLoS One*. 2016;11(1):1–13.
52. Machado LP, Camargo MBJ, Jeronymo JCM, Bastos GAN. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2012;46(3):526–33.
53. Bastos TF, Medina L de PB, Sousa NF da S, Lima MG, Malta DC, Barros MB de A. Income inequalities in oral health and access to dental services in the Brazilian population: National health survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22(Suppl 2).

54. Nascimento GG, Weber CM, Da Silva DDF. Perfil de utilização dos serviços odontológicos na Atenção Primária à Saúde: experiência de duas unidades de saúde do município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul. *Rev da Fac Odontol Porto Alegre*. 2012;52(1/3):19–24.
55. Varenne B, Msellati P, Zoungrana C, Fournet F, Salem G. Reasons for attending dental-care services in Ouagadougou, Burkina Faso. *Bull World Health Organ*. 2005;83(9):650–5.
56. Calles Sandra CEANAD. Afluencia Permanencia Y Grado De Satisfacción De Pacientes Adultos De Las Clínicas De La Facultad De Odontología De La Universidad De El Salvador, Periodo 2010-2014 [Internet]. Available from: <http://ri.ues.edu.sv/13836/1/17100421.pdf>
57. Pinto R da S, Matos DL, Loyola Filho AI de. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Cien Saude Colet*. 2012;17(2):531–44.
58. BaldaniI MH, BritoI WH, LawderI JA de C, Mendes YBE, da Silva F de F, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(1):150–62.
59. Rocha-Buelvas A. Analysis of access to oral health services: An indicator of equity. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2013;12(25):96–112.
60. Reda SF, Reda SM, Murray Thomson W, Schwendicke F. Inequality in Utilization of Dental Services: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Public Health*. 2018;108(2):e1–7.
61. Donabedian A. La dimension internacional de la evaluación de la garantía de calidad. *Salud Pública México* [Internet]. 1990;32(2):113–7. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/5280/5424>
62. Agudelo A, Valencia L, Oullón E, Betancur L, Restrepo L, Pelaéz L. Satisfacción y factores asociados en estudiantes usuarios del servicio odontológico de la institución prestadora de servicios de salud “IPS Universitaria” [Internet]. Vol. 19, Revista

- Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2008. p. 13–23. Available from: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/2225/1794>
63. World Health Organization. Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025. 2020; Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51621/CD57-12-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
 64. Ministerio de Salud Pública. Documento de trabajo para el taller 4 sobre la conceptualización de calidad en el SNIS Contenido [Internet]. Montevideo; 2017. Report No.: 5. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/10-anos-del-sistema-nacional-integrado-de-salud>
 65. Ahmady AE, Pakkhesal M, Zafarmand AH, Lando HA. Patient Satisfaction Surveys in Dental School Clinics: A Review and Comparison. *J Dent Educ.* 2015;79(4):388–93.
 66. Elizondo-Elizondo J, Ángel Quiroga-García M, Palomares-Gorham PI, Israel Martínez-González G. La satisfacción del paciente con la atención técnica del servicio odontológico. *Rev Salud Pública y Nutr [Internet].* 2011;12(1). Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2011/spn111d.pdf>
 67. Lima AMC, Garbin CAS, Corrente JE, Saliba NA, Moimaz SAS. Case-resolving capacity of dental care of the unified health system: The perception of users in a city in the state of São Paulo, Brazil. *Cienc e Saude Coletiva.* 2018;23(5):1657–66.
 68. Reyes-Fernández S, Paredes-Solís S, Legorreta-Soberanis J, Romero-Castro NS, Flores Moreno M, Andersson N. Satisfacción de usuarios con los servicios de salud bucal y factores asociados en Acapulco, México. *Rev Cubana Estomatol.* 2015;52(3):19–29.
 69. Betin Portacio A, Guardela Simancas A, Infante Franco K, Díaz Caballero A. Satisfacción de los pacientes respecto a calidad de la atención odontológica en una institución pública universitaria de la ciudad de Cartagena. *Duazary.* 2009;6(2):95–

101.

70. Hincapi A, Carvajal L, Alejandro L, Arias MAR. Satisfacción de los usuarios frente a la calidad de la atención prestada en el programa de odontología integral del adolescente y ortodoncia. 2001. *Rev Fac Odontol Antioquia*. 2004;15(2):5–11.
71. Araya J, Alex BL, Escobar M, Ulloa C, Araya Vallespir C, Bustos Leal A, et al. Calidad del servicio odontológico público basado en percepciones intangibles en pacientes sin discapacidad y discapacitados. *Odontoestomatología* [Internet]. 2014;XVI(23):4–12. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392014000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=en
72. López-Soto O, Cerezo-Correa M, Paz-Delgado A. Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2010;9(18):124–36.
73. De Paula Amorim L, Senna MIB, Alencar GP, Rodrigues LG, De Paula JS, Ferreira RC. User satisfaction with public oral health services in the Brazilian unified health system. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):1–9.
74. Esperidião MA, Viera-da-Silva LM. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe2):331–40.
75. López López J, Terrades Oliver M, Rodríguez Poblador F, Roselló Llabrés X, Jané Salas E, Chimenos Küstner E, et al. Encuesta de satisfacción a los pacientes que acuden al servicio de primeras visitas y de Integrada de Adultos de la Clínica Odontológica Universitaria de la Facultad de Odontología de la Universitat de Barcelona. *Av Odontoestomatol*. 2002;18(3):143–51.
76. Bucchi C, Sepúlveda C, Monsalves MJ, Bustos L. Descripción de la Satisfacción Usaria de Pacientes que Reciben Atención de Urgencia Dental en Cinco Establecimientos de Atención Primaria de Salud. *Int J Odontostomatol*. 2012;6(3):275–80.

77. Ministerio de Salud Pública, República Oriental del Uruguay. Servicios del primer nivel de atención. Informe de Resultados 2017. 2017; Available from: [file:///C:/Users/Fiorela/Downloads/Informe Encuesta de Satisfacci3n_0.pdf](file:///C:/Users/Fiorela/Downloads/Informe%20Encuesta%20de%20Satisfacci3n_0.pdf)
78. Opción consultores. Estudio de Satisfacci3n de Usuarios : ASSE – TOTAL. Montevideo; 2014.
79. Blanco S, Toassi RFC, Laurino CG, Abegg C. Abandono de la atenci3n odontol3gica en programas sociales desde la perspectiva de participantes y operadores sociales: el caso Uruguay Trabaja. *Interface - Comun Saude, Educ.* 2019;23:1–15.
80. Ferreira MB, Lopes AC, Lion MT. Absenteísmo em consultas odontol3gicas programáticas na estratégia saude da família. *Rev da Univ Val do Rio Verde, Três Coraç3es.* 2016;14(1):411–9.
81. Zittel-Palamara K, Fabiano JA, Davis EL, Waldrop DP, Wysocki JA, Goldberg LJ. Improving patient retention and access to oral health care: the CARES program. *J Dent Educ.* 2005;69(8):912–8.
82. Ruiz Rios M. Factores que condicionan la deserci3n de los pacientes a la atenci3n odontol3gica en la clínica estomatol3gica de atenci3n de la Universidad de la Universidad de Huanuco 2017 [Internet]. Universidad de Huanuco; 2018. Available from: http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1152/T_047_72257132-T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
83. Blanco S, Laurino CG, Toassi RFC, Abegg C. Dental care in social programs for socially vulnerable populations on the perspective of the Uruguay Trabaja program. *Saude e Soc.* 2018;27(4):1164–73.
84. Rengifo HA. Caracterizaci3n de la morbilidad, las necesidades de tratamiento y la oferta de servicios de salud oral de una empresa social del estado en Cali, Valle del Cauca, Colombia^ies; Characterization about morbidity, treatment and offer in oral health at city se. *RevEstomat.* 2008;16(2):7–14.

85. Almeida Filho N, Silva Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuad méd soc.* 1999;(75):5–30.
86. Universidad de la República. Ley 12.549 Carta Orgánica de la Universidad de la República. Uruguay; 1958 p. 1–11.
87. Universidad de la República, Facultad de Odontología, Ministerio de Salud Pública. La salud bucal una prioridad para la inequidad del Sistema Sanitario de Calidad. Montevideo; 2015.
88. Tillé Y, Matei A. R. Sampling: Survey Sampling [Internet]. 2016. Available from: <https://cran.r-project.org/package=sampling>
89. Rodrigo-Rincón MI, Viñes-Rueda JJ, Guillén-Grima F. Utilidad del análisis multinivel en las encuestas de satisfacción para evaluar las unidades clínicas y las especialidades médicas. *Rev Calid Asist.* 2012;27(4):212–25.
90. Díaz de Rada V, Portilla I. Encuestas telefónicas: estrategias para mejorar la colaboración. *Rev Perspect Empres.* 2015;2(1):97.
91. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. [Internet]. Vol. 3. Viena; 2019. Available from: <https://www.r-project.org/>
92. Instituto Nacional de Estadística (INE). Anuario Estadístico Nacional 2020 [Internet]. Montevideo; 2020. Available from: <https://www.ine.gub.uy/documents/10181/697245/Anuario+Estadistico+2020/c6b1ba16-f91e-47d9-bc58-799e42c88d16>
93. Gil-Borrelli C, Velasco C, Martí-Pastor M, Latasa P. La identidad de género, factor de desigualdad olvidado en los sistemas de información de salud de España. *Gac Sanit.* 2018;32(2):184–6.
94. Thompson HM, Kronk CA, Feasley K, Pachwicz P, Karnik NS. Implementation of gender identity and assigned sex at birth data collection in electronic health records: Where are we now? *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(12).
95. Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay. Ley N° 19648 Aprobación de la ley integral para personas trans. Uruguay; 2018.

96. Prieto Rosas V, Márquez C. Inclusión social de inmigrantes recientes que residen en viviendas particulares de Uruguay. 2019;1–41.
97. Rivero S, Incerti C, Márquez Scotti C. El reciente proceso migratorio en Uruguay: algunos desafíos para las alternativas educativas y de cuidado. Fronteras [Internet]. 2019;(12):100–14. Available from:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6974262&orden=0&info=link%0A>
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=6974262>
98. Calvo J, Koolhaas M, Macadar D. Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay. Fascículo 1. Las necesidades básicas insatisfechas a partir de los censos 2011. Montevideo; 2013.
99. Perera M. Índice de Nivel Socioeconómico. Montevideo; 2018.
100. Marenga G. Impacto del vínculo estudiante-paciente en la práctica clínica de grado [Internet]. Universidad Nacional de Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba; 2017. Available from:
[https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4936/Marega%2C Gabriela H. - %28Doctor en Odontología%29 Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba%2C 2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4936/Marega%2C%20Gabriela%20H.%20-%28Doctor%20en%20Odontología%29%20Facultad%20de%20Odontología.%20Universidad%20Nacional%20de%20Córdoba%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
101. Gómez G, Pereira L, Zoppis D, Orós C, Ascué N, Manber D, et al. Logro y nivel educativo alcanzado por la población - 2017. MEC. Montevideo; 2018.
102. Instituto Nacional de Estadística (INE). Actividad , Empleo y Desempleo Anual , Cuarto Trimestre y Diciembre 2019. Montevideo; 2020.

10. Apéndice I: Formulario de la encuesta de satisfacción

| |
|---|
| Encuesta de satisfacción a usuarios que recibieron asistencia programada en FO- UDELAR durante 2019. |
|---|

Fecha: _____ Turno: M / V / N Teléfono: Celular / Fijo

Nombre: _____ Edad: _____

¿Cuál es su máximo nivel de estudios alcanzados?

| Primaria incompleta | Primaria completa | Secundaria/ UTU Incompleta | Secundaria/UTU Completa | Terciaria Incompleta | Terciaria Completa | Otros |
|------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------|-------|
| | | | | | | |

Actividad:

| Trabaja | Está desempleado | Jubilado/Pensionista | No trabaja ni busca trabajo | Estudiante |
|---------|---------------------|----------------------|--------------------------------|------------|
| | | | | |

- ¿Por qué eligió atenderse en FO? _____

- ¿Es la primera vez que se atiende en FO? Si ____ No ____
- ¿En qué turno se atendía generalmente? M / V / N
- ¿Venía en diferentes horarios? SI / NO
- Califique del 1 al 5 los siguientes ítems. Siendo 1 muy malo y 5 excelente. No sabe o no contesta 6.

| | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| ESTRUCTURA DEL SERVICIO | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Comodidad de la sala de espera | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Comodidad del box (equipamiento) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Privacidad/intimidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Higiene de FO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|----|---|----|---|------|---|
| Baños | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| EL PROCESO DE ATENCIÓN | | | | | | |
| El tiempo de espera desde el día que Usted pidió hora hasta la fecha que le dieron le pareció: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| En general el tiempo de espera desde la hora que lo citaron hasta el momento en que el estudiante lo/la atendió le pareció: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| En general el tiempo de duración de la consulta le parece: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>Trato personal</i> | | | | | | |
| ¿Cómo fue el trato con el estudiante/odontólogo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Cómo fue el trato con el/los docentes responsables? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Cómo fue el trato entre el estudiante y el docente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Le explicaron el tratamiento con palabras sencillas? | Si | | No | | NsNc | |
| ¿Tuvo oportunidad de decidir y participar en el desarrollo del tratamiento? | Si | | No | | NsNc | |
| ¿Siente que se respetó la privacidad de sus datos? | Si | | No | | NsNc | |
| RESULTADOS | | | | | | |
| ¿Terminó con el tratamiento que le estaban haciendo? | Si | | No | | NsNc | |
| ¿Abandono la asistencia en FO? | Si | | No | | NsNc | |
| ¿Está aún en tratamiento? | Si | | No | | NsNc | |
| ¿Está conforme con el resultado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿El tratamiento cumplió con sus expectativas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Tiene más arreglos para hacerse? | Si | | No | | NsNc | |
| <i>Costo y satisfacción general</i> | | | | | | |
| ¿Qué le pareció el COSTO del tratamiento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|----|---|----|---|------|---|
| ¿El costo le supuso una dificultad? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Cuán satisfecho se encuentra con la atención recibida en FO-UDELAR ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>Fidelidad</i> | | | | | | |
| ¿Usted volvería a atenderse en FO-UDELAR ? | Si | | No | | NsNc | |
| ¿Continuaría su tratamiento? | Si | | No | | NsNc | |
| ¿Recomendaría FO-UDELAR a otra persona? | Si | | No | | NsNc | |

- Abandono (SOLO LOS QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO)

| | Distancia al lugar de residencia | Costo de los tratamientos | Duración del tratamiento | Duración de la consulta | Trato personal | Temor | Otros motivos personales ¿Cuáles? |
|---|----------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------|-------|--------------------------------------|
| ¿Podría decirme por que abandonó su atención en FO? | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

- ¿Tiene alguna sugerencia o comentario?

11. Apéndice II: Tablas de resultados

TABLA 15 Características demográficas de usuarios convocados y no convocados

| | No convocados | Convocados | Total |
|-------------------------|---------------|------------|--------|
| Promedio de edad (años) | 39,8 | 40,1 | 39,9 |
| Sexo | % | % | % |
| No se registra | 0,1% | 0,1% | 0,1% |
| Femenino | 57,1% | 57,6% | 57,5% |
| Masculino | 42,8% | 42,3% | 42,4% |
| Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Barrios | % | % | % |
| Piedras Blancas | 3,9% | 4,3% | 3,9% |
| Unión | 3,6% | 4,1% | 3,7% |
| Cordón | 3,6% | 3,6% | 3,6% |
| Cerro | 3,3% | 3,0% | 3,3% |
| La blanqueada | 2,8% | 3,0% | 2,8% |
| Buceo | 2,9% | 2,1% | 2,8% |
| Manga | 2,9% | 1,9% | 2,6% |
| Cerrito | 2,7% | 2,1% | 2,6% |
| Parque Batlle | 2,5% | 2,3% | 2,4% |
| Centro | 2,6% | 2,1% | 2,4% |
| Nuevo París | 2,3% | 2,6% | 2,4% |
| Punta Rieles | 2,4% | 1,9% | 2,3% |
| Las piedras | 2,5% | 2,8% | 2,2% |
| Malvín Norte | 2,2% | 1,9% | 2,1% |
| Colón | 2,2% | 1,6% | 2,1% |
| Sayago | 1,8% | 2,9% | 2,0% |
| Otros | 56,3% | 57,7% | 56,6% |
| Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

TABLA 16 Media de edad de los usuarios según clínica asistencial

| Clínicas | Edad | Sexo | | |
|-----------------|---------------|----------|-----------|-------|
| | Media en años | Femenino | Masculino | Total |
| Fija | 40,5 | 80,4% | 19,6% | 100% |
| Integrada I | 23,9 | 77,8% | 22,2% | 100% |
| PPR | 55,2 | 70,6% | 28,4% | 100% |
| Op 2 | 40,1 | 69,0% | 30,5% | 100% |
| Op 1 | 33,5 | 64,7% | 35,2% | 100% |
| Patología | 43,0 | 61,7% | 38,3% | 100% |
| Perio | 52,1 | 60,0% | 40,0% | 100% |
| Registro | 41,6 | 59,1% | 40,9% | 100% |
| Endo | 36,4 | 57,2% | 42,6% | 100% |
| Urgencia | 33,8 | 57,2% | 42,8% | 100% |
| Completa | 63,1 | 55,6% | 44,4% | 100% |
| CBMF I | 41,7 | 53,9% | 46,1% | 100% |
| Otros | 34,4 | 50,8% | 49,2% | 100% |
| Odontopediatría | 8,1 | 50,8% | 49,3% | 100% |
| CBMF II | 43,1 | 48,1% | 51,9% | 100% |
| CBMF III | 38,3 | 43,0% | 56,6% | 100% |
| Ortopedia | 7,9 | 40,0% | 60,0% | 100% |
| Total general | 40,6 | 58,2% | 41,8% | 100% |

TABLA 17 Prueba chi para las clínicas en forma agrupada, ranking y proporción de atenciones.

| Clínica | No efectuadas | Efectuadas | Ranking total * | Ranking efectuadas** |
|---------------------------|---------------|------------|-----------------|----------------------|
| Integrada II | 64,3% | 35,7% | 22,2% | 32,5% |
| Otros | 77,5% | 22,5% | 25,9% | 23,8% |
| Integrada III | 85,9% | 14,1% | 27,4% | 15,8% |
| Cirugía | 72,4% | 27,6% | 8,9% | 10,1% |
| Odontopediatría/Ortopedia | 68,4% | 31,6% | 4,5% | 5,9% |
| Integrada I | 66,9% | 33,1% | 4,0% | 5,5% |
| Fija | 81,9% | 18,1% | 4,1% | 3,0% |
| Urgencia | 64,6% | 35,4% | 1,8% | 2,6% |
| Patología | 84,2% | 15,8% | 1,2% | 0,8% |
| Total general | 75,6% | 24,4% | 100,0% | 100,0% |

*Calculado en base al total de atenciones generadas por el sistema HIFO

**Calculado en base a las atenciones que se efectuaron

TABLA 18 Relación entre número de estudiantes por clínica asistencial y número de pacientes y atenciones realizadas

| | N° estudiantes Cursaron | N° estudiantes Aprobaron | N° Pacientes atendidos | N° Atenciones | Media de atenciones por estudiante que curso | Media de pacientes por estudiante que curso |
|--------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------|---|---|
| Integrada I | 94 | 82 | 170 | 333 | 3.5 | 1.8 |
| Integrada II | 131 | 93 | 356 | 807 | 6.2 | 2.7 |
| Perio | 89 | 85 | 55 | 70 | 0.8 | 0.6 |
| Endo | 99 | 75 | 318 | 500 | 5.1 | 3.2 |
| Op 2 | 98 | 67 | 132 | 200 | 2.0 | 1.3 |
| PPR | 91 | 79 | 135 | 197 | 2.2 | 1.5 |
| Fija | 132 | 130 | 151 | 184 | 1.4 | 1.1 |
| Pediatría | 121 | 117 | 282 | 335 | 2.8 | 2.3 |
| Ortodoncia | 127 | 127 | 24 | 25 | 0.2 | 0.2 |
| CBMF I | 110 | 108 | 97 | 102 | 0.9 | 0.9 |
| CBMF II | 84 | 84 | 235 | 264 | 3.1 | 2.8 |
| CBMF III | 122 | 119 | 231 | 251 | 2.1 | 1.9 |

TABLA 19 Valoración de la estructura del servicio, categorías de satisfacción agrupadas

| | Sala de espera | Box | Privacidad | Limpieza | Baños | Promedio estructura |
|---------------------------------|----------------|--------|------------|----------|--------|---------------------|
| Satisfecho o muy satisfecho | 74,9% | 91,4% | 65,6% | 94,4% | 61,1% | 77,5% |
| Insatisfecho o muy insatisfecho | 2,0% | 0,3% | 9,0% | 0,7% | 1,3% | 2,7% |
| Ni satisfecho ni insatisfecho | 18,8% | 7,3% | 23,1% | 3,6% | 8,6% | 12,3% |
| Ns/Nc | 4,3% | 1,0% | 2,3% | 1,3% | 29,0% | 7,6% |
| Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

TABLA 20 Valoración de los tiempos, categorías de satisfacción agrupadas

| | Duración de la consulta | Tiempo en ser convocado | Puntualidad |
|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------|
| Insatisfecho o muy insatisfecho | 9,9% | 6,3% | 1,7% |
| Satisfecho o muy satisfecho | 65,7% | 41,9% | 83,5% |
| Ni satisfecho ni insatisfecho | 21,5% | 14,9% | 7,9% |
| Ns/Nc | 3,0% | 37,0% | 6,9% |
| Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

TABLA 21 Valoración del trato, categorías de satisfacción agrupadas

| | doc_est | doc_pac | pac_est |
|---------------------------------|---------|---------|---------|
| Insatisfecho o muy insatisfecho | 4,6% | 4,0% | 2,3% |
| Satisfecho o muy satisfecho | 79,2% | 77,2% | 93,1% |
| Ni satisfecho ni insatisfecho | 10,9% | 9,2% | 1,0% |
| Ns/Nc | 5,3% | 9,6% | 3,6% |
| Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

TABLA 22 Valoración de las expectativas y conformidad con los resultados

| | Expectativas | Conforme con el resultado |
|---------------------------------|--------------|---------------------------|
| Insatisfecho o muy insatisfecho | 7,6% | 5,0% |
| Satisfecho o muy satisfecho | 76,2% | 80,2% |
| Ni satisfecho ni insatisfecho | 5,6% | 5,0% |
| Ns/Nc | 10,6% | 9,9% |
| Total | 100,0% | 100,0% |

