

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD ADSCRITOS A LA CORPORACIÓN MERIDEÑA DE SALUD EN EL MUNICIPIO LIBERTADOR DEL ESTADO MÉRIDA. 2005

Recibido para arbitraje: 14/11/2005

Aceptado para publicación: 17/05/2006

- **Daphne Y. Carrillo Tarascio.** Profesora Instructora de la Facultad de Odontología de la ULA
e-mail: daphne_carrillo@yahoo.com
- **Yajaira C. Romero Uzcátegui.** Profesora agregada de la Facultad de Odontología de la ULA
e-mail: ycruve@yahoo.es

Resumen

En los actuales momentos el Estado venezolano viene realizando acciones tendientes a disminuir los efectos de la crisis económica y social. Para lograr verdaderos cambios en el perfil de salud, es necesario mejorar la calidad de los servicios a partir de la participación de la comunidad. La presente investigación se propone evaluar la calidad de la atención odontológica de los servicios de salud públicos. Es un estudio descriptivo, por objetivos, con un enfoque mixto y un diseño no experimental, transeccional. La muestra fue seleccionada aleatoriamente. Entre los resultados destaca que la atención odontológica se limita a los tratamientos de: cirugía dental, operatoria dental y periodoncia. No se realizan tratamientos endodónticos y los usuarios con patologías pulpares tienen como alternativa la exodoncia. La evaluación en estos servicios se encuentra limitada al reporte de las actividades realizadas sin la participación de un evaluador externo. El reporte de las actividades, resulta insuficiente para evaluar la calidad de los servicios. Los resultados reflejan una completa desvinculación entre el servicio odontológico y las organizaciones de la comunidad. La participación con la comunidad se limita a acciones puntuales, sin que exista una vinculación orgánica con las organizaciones de base. El mejoramiento de la calidad de los servicios de salud requieren de la incorporación de un modelo de gestión que permita articular las necesidades de la atención odontológica de la población con el desempeño del equipo de salud, la oferta del servicio y la evaluación continua. La evaluación permitirá medir el impacto de la prestación de los servicios odontológicos en el perfil de salud bucal de la población.

Palabras Claves: Calidad de los servicios odontológicos, evaluación de calidad, la atención odontológica

Asbtrac

Currently, Venezuela's government is achieving some actions intending to diminish the effects of the economic and social crisis. In order to reach real changes in the health profile it is needed to improve the quality of the service starting from the participation of the community. This research intended to evaluate the quality of the service in dentistry offered by public services centers. This is a descriptive study by objectives, with a mixed approach within a non experimental, transactional design. The sample was randomly select. Among the findings it is highlighted that dental attention is limited to dental surgery, operational dentistry and periodonties. None endodontical treatment is performed and the only solutions for patients suffering from pulp pathologies is dental extraction. The assessment of the services is limited to the reports of activities without the participations of a external evaluator. Such a report is not enough to evaluate the quality of the service. The findings reveal a complete mismatch between the dental service and the organizations from the community. The participations of the people is limited to specific actions, without an organic link to the main organizations. The improvement of the quality of the health services requires the incorporations of the management model that allows to articulate the needs of the people in terms of dental attention with the performance of the personnel, the offer of the service and the continuous evaluation. That evaluation will let to measure the impact of the assistance of dental services in the profile of dental health of the population.

Key works: quality of dental service, evaluations of quality, dental attention.

Trabajo de investigación financiado por el Consejo de Desarrollo Científico Humanístico y Tecnológico (CDCHT) de la Universidad de Los Andes, bajo el código N° O-114-05-07-F

INTRODUCCIÓN

FUENTE: www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/atencion_odontologica.asp

Fundación Acta Odontológica Venezolana

RIF: J-30675328-1 - ISSN: 0001-6365 - Caracas - Venezuela

La crisis económica que enfrentan los países latinoamericanos ha acentuado las diferencias sociales que caracterizan a estos países capitalistas sub-desarrollados; la pobreza continúa incrementándose afectando directamente la salud y el bienestar de la población.

En Venezuela así como en el resto de América Latina el modelo de atención dominante en salud se caracteriza por ser curativo y orientado a la atención de las enfermedades, situación que se expresa en forma directa en la atención odontológica; las acciones que realizan los servicios odontológicos son predominantemente curativas, mutiladoras, de poca cobertura y con largos intervalos de tiempo entre una consulta y otra. (1)

La gestión de un modelo de atención en salud que responda a las necesidades de la población, requiere entre otros componentes el incremento de la calidad en la prestación de los servicios, la satisfacción de los intereses del personal y del usuario. Quien determina si el servicio es aceptable es el "cliente", de manera tal, que el diseño, desarrollo y nivel del servicio deben partir de un claro entendimiento y conocimiento de las necesidades, preferencias, valores y criterios de la salud de los usuarios. Estos principios deberán ser compartidos por todo el equipo de trabajo, por lo que se requiere un estilo de gestión participativa que favorezca el consenso en la toma de decisiones, para asegurarse que todas las acciones de los miembros del equipo de salud converjan hacia las necesidades de los usuarios del servicio. (2)

La calidad de los servicios de salud debe constituir una ventaja duradera en el tiempo, por lo tanto debe ser evaluada para asegurar que su nivel en el servicio prestado cumpla con los requisitos de excelencia establecidos y demandados por los usuarios. Para ello, es necesario tener una definición clara de lo que significa calidad.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la salud (3) en su evaluación del desempeño del equipo de salud, definen la calidad según Deming "como el resultado integral ligado a determinados procesos de trabajo, en el marco de la producción de servicios sociales" es decir, que la calidad es una condición compleja, en donde los diferentes componentes y agentes productores de servicios de salud brindan su aporte significativo a un resultado que se está por obtener y que se puede perfeccionar, para dar mayor satisfacción a los que necesitan de esos servicios. La calidad viene a ser entonces el resultado de las formas como se da el proceso de producción de servicios.

Rioboo 2 la define como "el proceso de identificar, satisfacer y superar las expectativas y necesidades de todos los colectivos humanos relacionados con la empresa u organización y los servicios que proporciona" Para este autor existen cinco razones por las cuales es necesaria la calidad en los servicios de salud:

- Éticas: porque la buena atención técnica y humana es la consecuencia de la ética de la profesión
- De seguridad: porque el diagnóstico clínico y tratamiento correcto depende la vida y la salud del paciente
- De eficiencia: porque se debe obtener el efecto óptimo al menor costo posible.
- Sociopolíticas: porque la misión de los sistemas de salud es contribuir al bienestar de la población a la que sirven, y velar por el correcto uso de los recursos disponibles.
- Económicas: porque reduce costos y mejora la productividad y rentabilidad de las actuaciones profesionales.

La evaluación y el mejoramiento de los servicios de salud implican un proceso de identificación y satisfacción de las expectativas de los usuarios. Como percibe el usuario la calidad de la atención recibida depende fundamentalmente de la diferencia entre lo que espera (expectativas) y lo que percibe (percepción de resultados reales); es por ello que la satisfacción dependerá sobre todo, de la información o expectativas que tenga el usuario acerca de la prestación del servicio. Puede darse el caso de que la realidad de la atención en salud es excelente, pero el usuario no la percibe así. De ahí que solo cuando se da una información clara, real y veraz, y se trate de igualar las expectativas a la realidad se puede conseguir que la realidad percibida sea igual a la calidad real.

El programa de atención integral en salud que actualmente se está desarrollando en Venezuela, busca fomentar el encuentro entre la comunidad y los servicios de salud para impulsar la promoción de prácticas de vida saludables, la prevención de las enfermedades y el mejoramiento de la atención prestada en los centros asistenciales. Desde esta perspectiva teórica, esta investigación se plantea como objeto de estudio la evaluación de calidad de la atención odontológica de los servicios de salud adscritos a la Corporación Merideña de Salud, en el Municipio Libertador del Estado Mérida, para el año 2005.

Objetivos Específicos:

1. Evaluar la efectividad de la atención clínica que presta los servicios odontológicos.

2. Evaluar la efectividad de las actividades de fomento de la salud y prevención específica que ofertan los servicios odontológicos.
3. Evaluar la satisfacción y participación del proveedor y usuario de los servicios odontológicos.

Para la evaluación contenida en esta investigación, la calidad de los servicios de salud se encuentra referida a las siguientes dimensiones (2):

- Rendimiento: es una dimensión que señala el número de actividades o acciones realizadas en un período de tiempo. Esta dimensión es utilizada como base para definir la efectividad y la eficiencia.
- Efectividad: se refiere a la medida que relaciona el resultado de una práctica en condiciones reales (rendimiento) y una expectativa pre establecida para dicho resultado.
- Satisfacción. Es la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario y del proveedor. Está integrada por tres componentes: la percepción de los aspectos organizativos (ambiente físico, tiempo de espera, equipamiento, salario, horas de trabajo, etc.), los efectos psicológicos de la acción sanitaria y las relaciones personales percibidas durante el proceso de atención.
- Participación: representa la medida en que el usuario o proveedor del servicio interviene (participa) activamente en las decisiones que tienen que ver con los intereses habituales del servicio.

MATERIALES Y MÉTODOS

A partir de la clasificación de Hernández et al. 4 esta investigación es un estudio descriptivo, en el que las variables se estudiaron de manera independiente, incorporando conjuntamente las técnicas de investigación cuantitativas con las técnicas de investigación cualitativas. El diseño es no experimental, transeccional, por objetivos, y la muestra fue seleccionada por medio de una técnica probabilística.

Las variables en estudio son: la efectividad de la atención clínica que ofertan los servicios odontológicos; la efectividad de las actividades de fomento de la salud y prevención específica que ofertan los servicios odontológicos y la satisfacción y participación del proveedor y usuario de los servicios odontológicos.

En esta investigación participan dos actores: el personal odontológico que se desempeñan en los servicios de salud adscritos a la Corporación Merideña de Salud, y los usuarios de esos servicios.

En el caso de los servicios, el universo lo constituyó la totalidad de los servicios de salud en el Municipio Libertador. Para seleccionar la población el criterio de inclusión establecido fue la prestación del servicio odontológico por parte del centro de salud. Se seleccionó el tamaño de la muestra con un nivel de confiabilidad del 90% y un margen de error del 10%, quedando seleccionados 3 servicios odontológicos (El Vallecito, La Mara y Venezuela) mediante el azar simple luego de asignarles a cada uno de ellos un código 5 y utilizando el programa STATS versión 0.2 para la generación de números aleatorios.

En cuanto a la selección de los usuarios de los servicios, el universo estuvo constituido por la totalidad de los usuarios. Para la definición de la población se incorporaron como criterios de inclusión: usuarios que acuden al servicio odontológico, habitantes del área de influencia del servicio, mayores de 18 años y que estuvieran dispuestos a colaborar con la investigación.

Para calcular la muestra de los usuarios de los servicios odontológicos, se tomó una población total de 37 pacientes con un nivel de confiabilidad del 90% y un error máximo aceptable del 10%, quedando elegidos 24 pacientes, mediante un procedimiento probabilístico estratificado para cada uno de los servicios, resultando 8 pacientes por servicio. Los participantes se seleccionaron aleatoriamente por orden de llegada a la consulta.

Se identificaron 6 odontólogos adscritos a la Corporación Merideña de Salud, como informantes para esta investigación. El tiempo de trabajo de estos profesionales para el Ministerio de Salud y Desarrollo Social osciló entre 1 y 30 años. Todos tienen un tiempo de dedicación de 6 horas, sólo uno trabaja en otro servicio odontológico privado y sólo uno posee especialidad.

En el Ambulatorio Venezuela, que es urbano tipo III, trabajan dos odontólogos en el turno de la mañana, en un horario comprendido de 7 a.m. a 1 p.m. y en el turno de la tarde, que es de 1 p.m. a 7 p.m., labora un odontólogo con especialidad en Salud Pública. Este centro de salud se encuentra ubicado en el Barrio Pueblo Nuevo y Simón Bolívar.

El Ambulatorio La Mara es urbano tipo I y posee dos odontólogos, uno para cada turno (de 7 a.m. a 1 p.m. y de 1 p.m. a 7 p.m.) Este centro de salud se encuentra ubicado en una zona residencial. Urbanización La Mara.

En el Vallecito se encuentra un ambulatorio Rural tipo II donde trabaja un odontólogo de 8 a.m. a 2 p.m. este centro de salud esta ubicado en una zona rural, agro - productora: El Valle

Se entrevistó a ocho usuarios por servicio, cuatro por turno, excepto en el Vallecito en donde el servicio odontológico funciona en un único turno. Los usuarios elegidos tenían edades comprendidas entre los 20 y 52 años, habitantes del área de influencia del servicio, con un tiempo de permanencia en las comunidades donde vivían, que va de tres meses hasta treinta años. Estos usuarios fueron entrevistados en la sala de espera de los servicios, antes y después de la atención odontológica.

Instrumento de recolección de Información:

Cuestionario: de preguntas cerradas y abiertas, usando la técnica de la entrevista estructurada personal y oral, lo cual permitió tener mayor control del instrumento evitando que los entrevistados omitieran responder algunas preguntas. Se diseñaron y aplicaron dos cuestionarios para ambas unidades de análisis: los odontólogos de los servicios y los usuarios.

Los cuestionarios se estructuraron con preguntas abiertas para las cuales se realizó un análisis de tipo cualitativo y preguntas cerradas, que se analizaron de forma cuantitativa. La técnica para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, tanto para los usuarios como para los odontólogos, fue la entrevista estructurada, en donde la investigadora fue quien llenó el cuestionario y lo aplicó de manera personal.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En relación a la efectividad de la atención clínica odontológica, la totalidad de los odontólogos realiza tratamientos básicos de tipo curativos: cirugía dental, operatoria dental y periodoncia. En estos servicios la población no tiene acceso a los tratamientos endodónticos ni protésicos. Los usuarios que presentan patologías pulpares tienen como única alternativa de tratamiento la exodoncia dental. Por otra parte, a la anodoncia como problema odontológico tampoco se le da respuesta en estos servicios. (Ver gráfico n° 1)

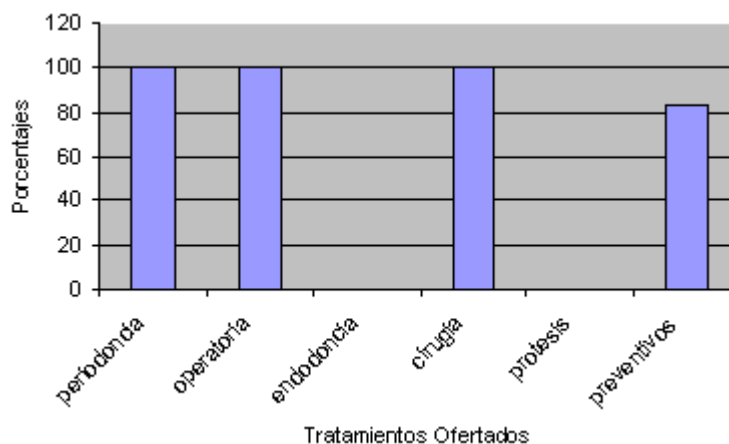


GRÁFICO 1

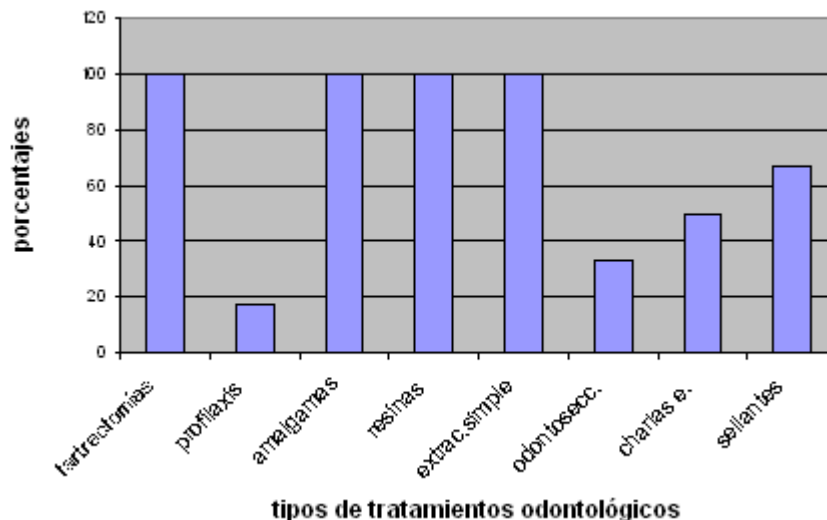


GRÁFICO 2

Estos resultados indican que la atención clínica odontológica en estos servicios continúa desarrollándose bajo la concepción biomédica de la salud, caracterizada por ser curativa y mutiladora, individualista y hospitalaria porque el usuario es atendido sólo cuando asiste al centro de salud.

El enfoque clínico-biologista predominante en la atención odontológica que delimita como objeto de trabajo las piezas dentarias impide conocer y transformar las verdaderas causas del problema salud-enfermedad bucal y producir los cambios necesarios en el perfil epidemiológico de la población.

La inequidad en el acceso a estos servicios odontológicos contribuye al deterioro de las condiciones de vida de la población. Los tratamientos odontológicos que no son ofertados a la población en los servicios públicos, son ofertados en los servicios privados, pero para acceder a ellos se requiere de una inversión de alto costo, por lo que es asequible sólo para aquellas personas que puedan pagarlos. Esto hace que la atención odontológica tenga carácter discriminatorio, es decir, que sea distinta para cada grupo social dependiendo de su poder adquisitivo.

A pesar de que los odontólogos refieren en un alto porcentaje la realización de actividades de fomento de la salud bucal y prevención específica (ver gráfico n° 2), se presenta una contradicción con los resultados obtenidos por parte de los usuarios, quienes en un porcentaje muy bajo (ver gráfico n° 3) refieren haber recibido este tipo de tratamiento; lo cual indica que las actividades de fomento de la salud y prevención específica continúan siendo asumidas como actividades complementarias y/o opcionales que pueden ser o no realizadas.

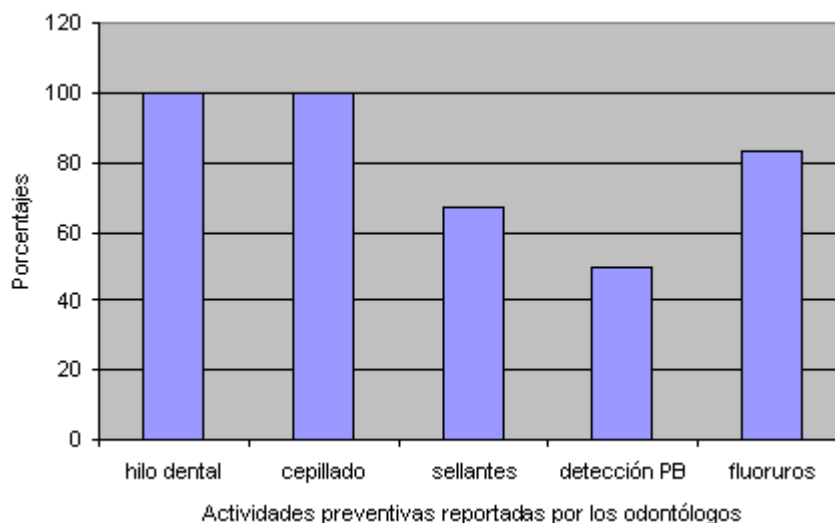
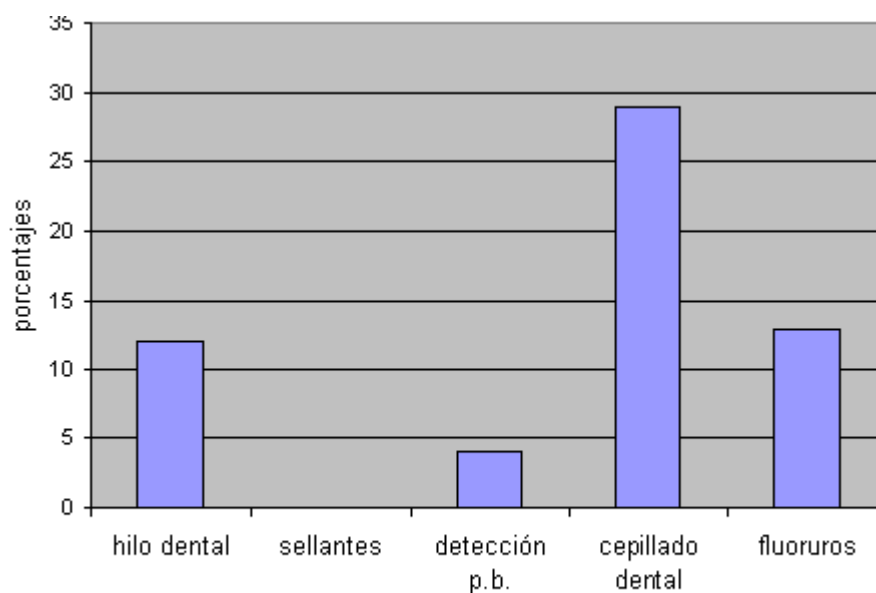


GRÁFICO 3



Actividades preventivas reportadas por los usuarios

GRÁFICO 4

La política nacional de salud bucal (6), establece que la atención odontológica en estos servicios debe tener un carácter integral, es decir, se debe brindar a la población fomento y prevención de la salud, curación, rehabilitación y mantenimiento; incorporando la difusión de la información acerca del uso de fluoruros, los métodos preventivos y las técnicas educativas-preventivas participativas, que deben ser desarrolladas no sólo en las escuelas sino también en las comunidades. Los resultados obtenidos indican que no se está cumpliendo con lo que establece la norma ya que los tratamientos ofertados están referidos exclusivamente a la curación.

La evaluación en estos servicios se encuentra limitada al reporte de las actividades clínicas realizadas, con la participación exclusiva del odontólogo y la higienista dental. No existe un evaluador externo que participe en este proceso. De igual manera dentro de los indicadores de la evaluación utilizados por los servicios de salud, no se incorpora la satisfacción del usuario y del proveedor. El sólo reporte de las actividades, resulta insuficiente para poder evaluar la calidad de los servicios. La Corporación

Merideña de la Salud reúne a los odontólogos de servicios trimestralmente para realizar la evaluación pero la totalidad de los odontólogos no realiza el informe de evaluación.

Los indicadores utilizados para medir el rendimiento y la efectividad suministran parcialmente información acerca de la prestación del servicio, ya que no se diagnostica el perfil de salud-enfermedad bucal de la población por medio del cual poder medir la efectividad y el impacto de las acciones realizadas por los servicios odontológicos.

Los resultados reflejan una completa desvinculación entre el servicio odontológico y las organizaciones de la comunidad, ya que la totalidad de los usuarios refieren que no se realizan actividades desde el servicio odontológico con la comunidad. En relación a esta información es importante destacar que el 63% de las personas encuestadas viven en el área de influencia de los servicios y tienen entre 10 y 33 años viviendo en la comunidad, por lo tanto su opinión en relación al servicio odontológico tiene un criterio de validez conferido por el conocimiento de la cotidianidad de la comunidad.

Al no realizarse actividades conjuntas desde el servicio odontológico con las organizaciones de base de la comunidad, el estudio y la transformación del proceso salud - enfermedad bucal se realiza parcialmente, ya que se desconoce la dimensión social del mismo, referida a la forma como se organiza la comunidad para producir los bienes de consumo masivo y reproducirse social y biológicamente. No se trata de que se ignore la dimensión biológica de la enfermedad, sino que como lo señala Rojas (7) se integre y se le dé el justo valor a la dimensión social.

La participación con la comunidad a la que se refieren los odontólogos continua limitada a acciones puntuales, sin que exista una vinculación orgánica con las organizaciones de base de la comunidad. La comunidad no tiene la oportunidad de decidir como debe desarrollarse la prestación de servicios odontológicos. Esto refuerza el modelo de atención dominante en salud, y deja a un lado lo que establece la constitución de la República Bolivariana de Venezuela en sus artículos 83 y 84 en relación al derecho y el deber que tiene la comunidad de participar activamente en la protección y promoción de la salud, así como en la planificación, ejecución y evaluación de la prestación de los servicios de salud.

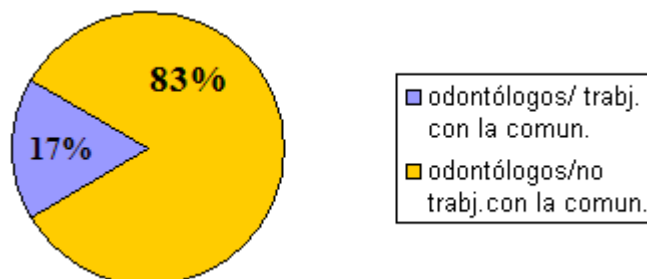


GRÁFICO 5

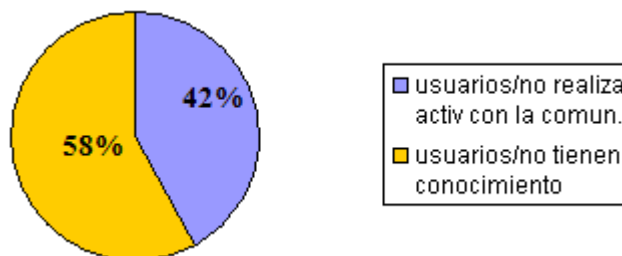


GRÁFICO 6

Un alto porcentaje de los odontólogos manifestó estar satisfechos con el trabajo desarrollado con el equipo de salud en el servicio odontológico, esto concuerda con los resultados encontrados en la investigación realizada por Romero 8, donde el grupo de odontólogos encuestados manifestó tener un alto nivel de satisfacción. GRAFICO PENDIENTE ODNTÓLOGOS SATISFECHOS 67%, INSATISFECHOS 33%

A pesar de las limitaciones que presenta la atención odontológica de estos servicios, un porcentaje alto de los usuarios se encuentran satisfechos con la atención odontológica recibida, esto refleja la influencia que tienen los aspectos psicológicos del usuario en la percepción de la calidad de la atención recibida.

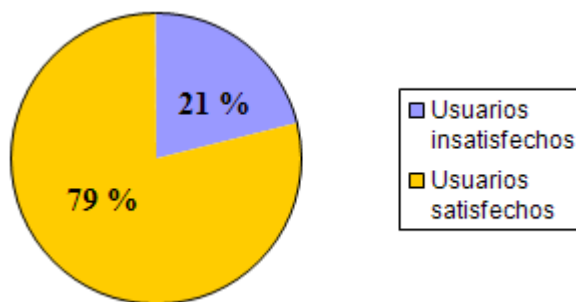


GRÁFICO 7

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El desarrollo de las ciencias sociales, de las ciencias de la salud y los avances tecnológicos contemporáneos han permitido consolidar un cuerpo de conocimientos teóricos, a partir de los cuales interpretar la salud y la enfermedad como un proceso histórico-social que se expresa concretamente en las condiciones biológicas de los individuos y de las comunidades. Sin embargo, no se ha logrado que desde los servicios odontológicos estos presupuestos teóricos se concreten en acciones a partir de las cuales construir un modelo de atención que de respuesta a las necesidades de salud bucal de la población.

Los resultados obtenidos a lo largo de esta investigación han permitido evaluar una serie de acciones en los servicios odontológicos, como son la atención clínica, las actividades de fomento de la salud, de prevención específica, la satisfacción y la participación tanto de los usuarios como de los proveedores de la prestación de servicios de salud bucal.

A partir del estudio de estas dimensiones se puede afirmar que el modelo de atención que predomina en los servicios de odontológicos, continua estando caracterizado por ser curativo y mutilador e inequitativo. Los resultados obtenidos evidencian que las actividades de atención curativa predominan sobre las actividades preventivas, teniendo las extracciones dentales un lugar preferencial. Por otra parte, los limitados servicios que se prestan a la población que acude a los mismos, no le garantiza las condiciones de bienestar en cuanto a salud bucal se refiere. La inequidad se expresa en el hecho de que la población más deprimida económica y socialmente no recibe en los servicios públicos los tratamientos odontológicos necesarios para alcanzar los niveles de bienestar en función de sus condiciones particulares de salud bucal.

La participación de la población en la gestión de los servicios odontológicos, dificulta el desarrollo de las actividades de fomento de la salud y prevención específica, en las cuales las organizaciones comunitarias se pueden incorporar para generar mecanismos protectores dirigidos hacia el cuidado de la salud.

El mejoramiento de la salud de la población no se puede fomentar sin la participación de los usuarios, quienes reciben la acción que genera el servicio. Por lo cual resulta necesaria la incorporación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación del servicio odontológico, para impulsar un modelo de gestión en salud orientado a la solución de los principales problemas que afectan a la población, asumiendo la salud colectiva como una responsabilidad compartida entre el equipo de salud y las comunidades.

Los criterios de evaluación utilizados por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, limitan las posibilidades de impulsar un modelo de atención acorde con las características y necesidades particulares de cada región.

En los servicios odontológicos los criterios de evaluación del servicio son los mismos, independientemente de que estos se encuentren ubicados en las zonas rurales, urbanas y peri - urbanas. Al desconocer las particularidades de cada comunidad, sus posibilidades de trabajar, los aspectos culturales, históricos y antropológicos, entre otros, asume en forma ahistórica el proceso salud enfermedad bucal, dificultándose entre otras, el incremento de la efectividad de los servicios.

Al lograr entender que los procesos de consumo varían de una comunidad a otra y dentro de la misma comunidad, se podrá comprender que el proceso salud- enfermedad general y bucal también será distinto para cada comunidad y para cada miembro de ella, dependiendo de la clase o grupo social al que pertenezcan.

El perfil salud-enfermedad bucal es un proceso complejo, y para su transformación resulta indispensable conocer las particularidades de las comunidades, los hábitos higiénicos, los conocimientos que maneja la población acerca de sus problemas bucales, cómo logran resolver sus problemas a partir de sus propia práctica en salud, el acceso real a los servicios de salud, cómo es su alimentación, entre otras consideraciones.

Para contribuir a la transformación de la atención odontológica tradicional, es necesario que el odontólogo realice sus acciones no solo en el centro de salud, sino también en los hogares de los usuarios realizando visitas domiciliarias y en la comunidad en general, trascendiendo el carácter individual de la atención.

El componente preventivo de la atención odontológica debe ser una parte inseparable de la práctica odontológica diaria, en el que la educación y la motivación sean elementos fundamentales de la promoción de la salud para que el usuario mantenga su propia salud, esto debe lograrse de forma masiva y participativa, tal y como lo establece la Política Nacional de Salud Bucal (6), pero trascendiendo el carácter mecánico con que plantea este proceso, es decir, que los profesionales son los que imparten el conocimiento y los usuarios deben recibirlo pasivamente, visto de esta manera, el proceso educativo no generará cambios de conducta, se hace necesario, plantear la educación para la salud como un proceso donde interactúen conjuntamente los odontólogos y la comunidad, tomando en cuenta los conocimientos que ésta posee en relación a la salud bucal, identificando conjuntamente los factores protectores de su salud para reforzarlos y los factores de riesgo para disminuirlos o modificarlos.

La carencia de un procedimiento de evaluación continua en los servicios odontológicos, que incorpore todas las dimensiones de la calidad y que sea expresión del trabajo colectivo entre el equipo de salud y la población, limita las posibilidades de transformación del Modelo de Atención Dominante en Salud. El Modelo de Atención en salud bucal, de acuerdo al perfil de salud bucal de la población venezolana, debe estar orientado al desarrollo del concepto de atención odontológica integral en el que se le dé respuestas a las necesidades clínico-curativas y se articule con las actividades de fomento de la salud y prevención específica con la participación organizada de la comunidad, estableciéndose mecanismos de corresponsabilidad entre la prestación del servicio, la comunidad, la familia y el individuo.

El mejoramiento de la calidad de los servicios odontológicos requiere de la incorporación de un modelo de gestión que permita articular las necesidades de la atención odontológica de la población con el desempeño del equipo de salud, la oferta del servicio y la evaluación continua. El mejoramiento de la calidad igualmente implica crear un modelo de gestión participativa, que involucre al equipo de salud en conjunto con las organizaciones de base de la comunidad, en el que se definan estrategias que permitan incluir la participación comunitaria y la satisfacción tanto de los usuarios como de los proveedores como indicadores de la evaluación de la calidad de estos servicios. De esta manera la evaluación permitirá medir el impacto de la prestación de los servicios odontológicos en el perfil de salud bucal de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Geringer, A. (1989). La práctica odontológica en Venezuela (1era ed). Venezuela.
2. Rioboo, R (2000) Odontología preventiva y odontología comunitaria. (1era ed. Tomo I y II. Madrid, España: Ediciones Avances Médico-Dentales.
3. OPS/OMS (1994). Análisis del desempeño del equipo local de salud. P.A.S.C.A.P. Volumen I, II y III.
4. Hernández, R; Fernández, P y Batista, L. (1995). Metodología de la investigación (1era ed) Buenos Aires, Argentina: Mc Graw Hill
5. Hurtado, J (2000). Metodología de la investigación holística (3era ed). Caracas, Venezuela: Servicios y Proyecciones para América Latina.
6. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1998). Norma oficial venezolana del programa nacional de salud oral. Venezuela.
7. Rojas, R (2000) Crisis salud enfermedad y práctica médica (1era reimpr de la 1era ed) México: Plaza y Valdes Editores.
8. Romero, Y. (1998) Análisis del desempeño de los odontólogos adscritos a la Corporación Merideña de la Salud y al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, que laboran en los ambulatorios rurales Tipo II y urbano Tipo I, II y III del distrito sanitario N° 1 del Estado Mérida. Trabajo de Maestría sin publicación. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.