

**Universidad Nacional Autónoma
de Honduras
Facultad de Ciencias Médicas
Posgrado en Salud Pública**



**Caracterización de la Accesibilidad a los Servicios de Salud
Oral en el Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo,
Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central 2018.**

Presentado por:

Verónica Karolina Guillén Galeas

Previa Opción al Grado de:

Master en Salud Pública

Asesora:

MSc. Mercedes Martínez Hernández

Tegucigalpa, M.D.C. Noviembre de 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**



**CARACTERIZACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD
ORAL EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DR. ALONSO SUAZO,
REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL. 2018.**

PRESENTADO POR:

VERÓNICA KAROLINA GUILLÉN GALEAS

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE
MASTER EN SALUD PÚBLICA**

ASESORA:

MSc. MERCEDES MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

TEGUCIGALPA, M.D.C., NOVIEMBRE DE 2018

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH

RECTOR

DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO a.i.

VICERRECTORA ACADÉMICA

MAE. BELINDA FLORES DE MENDOZA

VICERRECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES

ABOG. AYAX IRÍAS COELLO

VICERRECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES

DR. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL

LICDA. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

DR. SANTIAGO JAIME RUIZ ÁLVAREZ

DIRECTOR DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DR. ARMANDO EUCEDA

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO a.i.

SECRETARIA ACADÉMICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DRA. BETTY YAMILETH ÁVILA ALVARADO

COORDINADOR GENERAL POSGRADOS FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. ARNOLDO ZELAYA RODRÍGUEZ

COORDINADOR GENERAL DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

MSc. MARTA ISABEL FONSECA

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento especial a Dios por confiar en mí, al cumplir su palabra y darme la oportunidad de haber cruzado la maestría de Salud Pública, por cumplir cada uno de los planes y propósitos en este lugar, por la sabiduría, discernimiento y perseverancia brindada para poder finalizar la maestría con éxito, y a cada una de las personas que él utilizó, para guiarme en este caminar y bendecirme con la beca de estudios.

A mi esposo que ha sido una ayuda incondicional siempre por su apoyo, paciencia, colaboración, comprensión y desvelos en este camino, gracias por siempre estar ahí.

A mi familia por apoyarme siempre, en especial a mi hermano Diego por su colaboración, y el tiempo que dedico para acompañarme en la recolección de la información.

A mi tutora MSc. Mercedes Martínez, por su colaboración tiempo, paciencia, consejos, aporte de conocimientos durante la maestría y en elaboración de tesis

A cada una de las personas que fueron parte de este proceso, y siempre han estado ahí para guiarme, alentarme, apoyarme aconsejarme, y disposición para ayudarme.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis, en primer lugar, a Dios, ya que todo esto le pertenece a él, sin él no hubiera sido posible, por siempre estar ahí.

A mi esposo por siempre apoyarme, para seguir avanzando y siempre confiar en que llegaré a la meta y creer en cada cosa que emprendemos.

A mis padres por apoyarme y haberme inculcado el crecer profesionalmente y aprovechar al máximo las oportunidades de Dios.

A mis hermanos por compartir mis alegrías y triunfos, y apoyarme.

A mi hermano Ricky, por ser ese ángel, que desde el cielo me apoyaba cada vez que lo necesitaba.

A todas esas personas que en algún momento Dios utilizó como instrumento para guiarme, aconsejarme, enseñarme y bendecirme.

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVO GENERAL.....	4
2.1. Objetivos específicos.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1. Reseña histórica Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo.....	5
3.2. Contexto de la salud oral.....	6
3.3. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública.....	11
3.4. Derecho a la salud y derechos humanos.....	12
3.5. Acceso a la Salud.....	17
3.6. Accesibilidad a los servicios de salud.....	19
4. METODOLOGÍA	27
5. RESULTADOS.....	32
5.1. Características sociodemográficas.....	32
5.2. Accesibilidad a los servicios de salud odontológica.....	38
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	63
7. CONCLUSIONES.....	76
8. RECOMENDACIONES.....	79
11. BIBLIOGRAFÍA.....	82
12. ANEXOS.....	86

1. INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud y las políticas públicas sociales influyen sustancialmente en el vínculo entre desigualdades sociales y salud. Si destinan más recursos y servicios a los pobres, se pueden compensar los efectos de la pobreza y disminuir las desigualdades sociales. Por otro lado, cuando los sistemas de salud y las políticas públicas disminuyen subsidios sociales crean barreras económicas para el acceso a los servicios de salud por lo que aumentan las desigualdades sociales.

De acuerdo con la OMS la Salud Bucal puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad bucal. Estas enfermedades bucales son la cuarta causa más costosa de tratar, la mayoría de los sistemas se basan en la demanda de atención recibida por los odontólogos privados; en la mayoría de los países de bajos y de ingresos medios, la inversión en el cuidado de la salud oral es baja y los recursos se asignan principalmente a la atención oral de emergencia y alivio del dolor.

Diferentes investigaciones han mostrado que más de 120 enfermedades sistémicas se originan en la cavidad bucal. Las enfermedades bucales se han

asociado al estado nutricional, cáncer, xerostomía, neumonía, bacteriemia, enfisema, problemas del corazón, diabetes, complicaciones en cirugía entre otras. Las enfermedades bucales aumentan el riesgo de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, la diabetes mellitus y enfermedades respiratorias.

Debido a la situación de la salud bucal en la actualidad en el país, y como un tema de preocupación de la salud pública, se realizó el estudio con el objetivo principal de caracterizar la accesibilidad de la población a los servicios de salud oral, con el fin de identificar las barreras de acceso que impiden a las personas, obtener una salud bucal adecuada. El enfoque de la investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal. Realizado en el Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo, Francisco Morazán, en el periodo de abril a septiembre del 2018, la muestra fue de 234 pacientes.

Entre los principales hallazgos encontrados en este estudio, cabe mencionar que el 71% de los pacientes atendidos en la clínica de odontología fueron mujeres, el 47% de los pacientes cursaron la secundaria completa, el 43% fueron amas de casa. Los pacientes que asistieron a consulta el 69% lo hizo por dolor en las piezas dentales, el 63% de los pacientes presentaron alguna

dificultad para asistir a la clínica dentales, de los cuales el 37% manifestó se le dificulta asistir al servicio de odontología por falta de dinero, en cuanto al tratamiento el 53% fueron extracciones dentales.

El 31% de los pacientes finalizaron su tratamiento, el 24% considera que las razones por la cual presenta problemas odontológicos es por descuido personal, el tratamiento en casa que más utilizaron los pacientes para calmar el dolor fue la toma de medicamentos, el 795 considera la salud como un derecho.

2. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la accesibilidad de la población a los servicios de salud oral en el Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo, abril a septiembre 2018.

2.1. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes que asisten a los servicios de salud oral del establecimiento Dr. Dr. Alonso Suazo.
- Identificar las barreras de tipo físico en la accesibilidad de los pacientes que asisten al establecimiento de salud Dr. Dr. Alonso Suazo.
- Identificar las barreras de tipo institucional, económico y cultural que impiden la accesibilidad de los pacientes que asisten al establecimiento de salud Dr. Alonso Suazo.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Reseña histórica Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo

El Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo, está ubicado en el Bo. Morazán, de la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, pertenece a la Región de Salud Metropolitana del Distrito Central. Fue fundado en enero de 1964, estando de presidente el Dr. Villeda Morales y Ministro de Salud Dr. Rafael Martínez, su área de influencia está constituida de 61 colonias, con 99,9965 habitantes, entre las áreas de atención, cuenta con Medicina General, Pediatría, Ginecología, Dermatología, Odontología, Psicología, Médicos sin Fronteras, laboratorio, vacunas, entre otros. En el año 2017 atendió un total de 106, 662 pacientes en el área de medicina de los cuales 47,733 fueron nuevos y 58,929 controles. La clínica de odontología comenzó a impartir atenciones en el año de 1990, en el año 2017 se realizaron 15,910 atenciones.

Visión: llegar a ser una institución modelo a nivel nacional en la prestación de servicios de salud, ofreciendo los más altos estándares de calidad en la atención de medicina general y especializada, mediante la diversificación de los servicios, el desarrollo de los recursos humanos, el equipamiento adecuado y la dotación oportuna en cantidad y calidad de los insumos necesarios.

Misión: somos una institución estatal responsable de garantizar toda la población el acceso a la atención integral en salud, con calidad, equidad y solidaridad; rectora del sector salud; capaz de responder de forma pertinente,

efectiva y oportuna a las necesidades y aspiraciones de salud de la población hondureña a través de proceso técnico administrativo, humanizados y transparentes, promoviendo la participación ciudadana, la descentralización y la congestión en salud

3.2. Contexto de la salud oral

Según Espinoza-Usaqui, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial crónico. En 1948, la Salud, fue definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social y en 1986, surge otro concepto de salud como "recurso para la vida y no como objetivo de vida. (Espinoza-Usaqui & Pachas-Barrionuevo, 2013)

Diversos autores y organismos internacionales al analizar las desigualdades e inequidades en salud bucal en el contexto mundial reconocen diversas manifestaciones, tales como: a menor nivel de desarrollo cultural y económico, mayores son los niveles de patologías bucales; el acceso a la prevención en salud bucal está claramente desequilibrado a favor de los que se encuentran en una posición económica y cultural más favorecida, los recursos humanos para salud bucal se encuentran distribuidos desigualmente, observándose altas

concentraciones de personal en las ciudades de mayor desarrollo económico y social. (Garcia Zavaleta, 2015)

La salud es un proceso complejo, representado por una interdependencia entre factores individuales y sociales y que, por tanto, los procesos salud-enfermedad no dependen exclusivamente de las personas, sino de las interacciones entre la persona y su entorno. Éste favorece la aparición de enfermedades y dificulta o facilita que la persona enferma reciba tratamientos adecuados, controle su enfermedad y se recupere. Personas con más recursos y mejores condiciones de vida tienen menos posibilidades de enfermarse y, en contraste, personas con menos recursos y peores condiciones de vida tienen más posibilidades de enfermarse (Abadia, 2006)

Con referencia a lo anterior, salud es un término que con el paso del tiempo ha tenido grandes cambios, por lo que se considera un concepto muy dinámico. Durante la década de los 50's se presumía que salud era solamente la ausencia de la enfermedad, sin embargo, hoy en día se sabe que es algo más complejo. Mundialmente la definición más aceptada de salud es la que define la OMS (Organización Mundial de la Salud) como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o

enfermedades" la cita fue adoptada por la conferencia sanitaria internacional, celebrada en Nueva York en 1946, esta definición no ha sido modificada desde 1948. (Ocampo, 2015)

Según la Organización Mundial de La Salud (OMS), la salud bucodental es la ausencia de dolor orofacial crónico. En 1948, la salud, fue definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social y en 1986, surge otro concepto de salud como "recurso para la vida y no como objetivo de vida. En ese mismo sentido, la salud pública bucal se define como la ciencia y la práctica en la prevención de enfermedades bucales, promoción de la salud bucal y el mejoramiento de la calidad de vida, a través de los esfuerzos organizados de la sociedad. (Espinoza-Usaqui & Pachas-Barrionuevo, 2013)

Según Winslow, la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad y la discapacidad de prolongar la vida y fomentar la salud física y mental y la eficiencia, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del ambiente, control de enfermedades infecciosas, educar al individuo en cuanto a los principios de higiene personal, organizar servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación. (Frenk, 2003)

Se ha visto que las representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad oral en la población, ejercen una influencia en la apropiación del conocimiento dentro de su núcleo familiar. Se evidenciaron interpretaciones que estaban influenciadas por la cultura, el trabajo, la pobreza, las emociones etc., los cuales logran a un ser social que puede tener comportamientos y actitudes saludables, pero tratando de buscarle una solución al problema desde diferentes dimensiones. (González Martínez, Puello del Rio, & Díaz Caballero, 2010)

Es conocido que unos hábitos de higiene corporal deficitarios pueden suponer problemas de salud a nivel individual y comunitario, pudiendo aparecer enfermedades infecciosas y parasitarias como neumonía, otitis, micosis, diarrea, caries dental, gingivitis, cabe agregar que los datos sobre prevalencia empeoran en entornos con un nivel socioeconómico bajo, donde se ha encontrado una tasa de caries casi 3 veces superior, y 9 veces superior en enfermedades óticas. Además, y aunque la desatención en la higiene afecta especialmente a su salud, también se relaciona con efectos como el rechazo social, la disminución de la calidad de vida o el estigma social. (Moreno-Martínez, Ruzafa-Martínez, Ramos-Morcillo, Gómez García, & Hernández-Susarte, 2015)

Algunos impedimentos son internos o personales y estos disuaden de realizar una determinada conducta en salud al mermar la percepción de autoeficacia. Una de las barreras más comunes que deben sortear los individuos que buscan atención dental es el miedo o ansiedad frente a los tratamientos dentales o ansiedad dental. (Aballay, 2009).

La ansiedad dental se basa en diversos factores como el ambiente familiar y social, miedo generalizado, dolor y experiencias previas traumáticas y dolorosas, así como en las creencias negativas sobre la salud oral; las experiencias previas dolorosas actúan como una importante barrera para el acceso al dentista e influyen en una disposición no adecuada hacia los cuidados dentales. Las personas más letradas tienen menores niveles de ansiedad dental que aquellos con menos estudios; las dueñas de casa y los estudiantes, tienen mayores niveles de ansiedad que las personas profesionales y con empleo independiente.

En un estudio realizado por Davidson y Col. En Estados Unidos de Norteamérica, en poblaciones étnicas diferentes, se vio que la mayoría de las creencias en salud oral no se relacionan con los comportamientos de higiene oral, que las personas con un nivel educacional más alto y con mayores ingresos económicos, dicen tener mayores frecuencias de cepillado y de uso de

seda dental, se evaluó la utilización de los servicios dentales en diversas poblaciones étnicas, el dolor oral fue un importante predictor de búsqueda de cuidado dental. (Aballay, 2009)

3.3. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública

Las enfermedades periodontales son condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente. En términos generales, y de mayor importancia para la comunidad global, estas incluyen la gingivitis inducida por placa bacteriana y la periodontitis crónica. Claramente la periodontitis es más significativa debido a que puede causar la pérdida de dientes, sin embargo, toda periodontitis se inicia con la presencia inicial de una gingivitis, y esta puede ser reversible con las medidas de prevención y tratamiento adecuadas. (Carvajal, 2016)

Epidemiología de la enfermedad periodontal

Las enfermedades bucales son atendidas actualmente como un problema de salud pública a nivel mundial. Es así que la inflamación gingival se presentaría en el 99% de los adultos, mientras que la prevalencia de periodontitis alcanzaría un 30%, solo superada por la caries dental no tratada con prácticamente el 100% de los adultos afectados. Se ha descrito además una significativa

asociación entre periodontitis y otras condiciones sistémicas, como el parto prematuro y bajo peso del niño al nacer, la artritis reumatoide y el síndrome metabólico. Tanto la diabetes mellitus como la periodontitis son enfermedades crónicas. Múltiples estudios han reportado que la diabetes mellitus (tipo 1 y 2) es un factor de riesgo de periodontitis. (Morales A., 2016)

3.4. Derecho a la salud y derechos humanos

Dadas las condiciones que anteceden se puede mencionar, que las nociones de igualdad y equidad se articulan, con una visión de la salud como derecho humano. Así, la igualdad aparece como el fin y la equidad como un medio. Así mismo América Latina y el Caribe conforman la región del mundo que presenta la mayor inequidad social y graves desigualdades en las condiciones de salud y de acceso a los servicios de salud, considerándolas entre las emergencias que comprometen el futuro de la humanidad. (García Zavaleta, 2015)

Sobre la base de las condiciones anteriores cabe mencionar, que la Constitución de la República de Honduras reconoce la función del Estado de asegurar el derecho a la salud para todas y todos los habitantes. Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley. (Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, 2014)

Es por eso que el Estado en cumplimiento de los nuevos Objetivos Estratégicos de Gobierno para alcanzar la Visión de País y Plan de Nación, realizó el lanzamiento oficial del Plan Nacional de Salud 2014-2018, con el objetivo de lograr de manera gradual y progresiva la cobertura universal de los servicios de salud, con un modelo descentralizado que garantice la atención integral de su población. (Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, 2014)

Cabe agregar el respeto de los derechos humanos, cuyas normas están contenidas en numerosos instrumentos internacionales, es una herramienta importante para la protección de la salud, y es que es fundamental no solamente defender el derecho a la salud, sino también velar por que se respeten todos los derechos humanos y se aborden los factores determinantes económicos, sociales y culturales que condujeron a la mala salud. Por esta razón, este derecho humano fundamental y clave para que las personas puedan disfrutar de otros derechos humanos fundamentales, puede abordarse desde la perspectiva social, económica y ética. (Colegio Médico y Cirujanos de Costa Rica, 2012)

Como puede observarse la salud y los elementos que confluyen para hacerla efectiva y manifiesta en la población son diversos y diferenciados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo enuncia como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o

enfermedades". Esto no significa únicamente la expresión de un ideal al que se aspira; es, en esencia, un enunciado subjetivo y estático, por ello, resulta más adecuado considerar la salud como un proceso permanentemente dinámico. (Sánchez-Torres, 2017)

En la actualidad, el concepto de salud es aún más amplio y deja de centrarse sólo en la enfermedad y pasa a preocuparse por el completo bienestar biopsicosocial de los individuos, inmersos en un mundo globalizado, pero con características sociales y culturales particulares. Se entiende que la salud es un fenómeno dinámico que resulta de la compleja e intrincada relación entre una base biológica, factores sociales, económicos, culturales, y de conductas, que influyen sobre ella y la modifican. Es por eso que hoy se habla de los determinantes sociales de la salud, los cuales deben ser entendidos como las condiciones culturales, ambientales, sociales y económicas en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud (Aballay, 2009).

"El derecho a la salud, en el contexto de los derechos económicos, sociales y culturales fue reconocido de forma global en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigor en 1976; a la fecha firmado y ratificado por 160 países. Éste reconoce que toda persona debe disfrutar "del más alto nivel posible de salud física y mental", lo que debe

garantizarse a través del acceso a los factores determinantes de la salud y mediante un sistema de atención a la salud que sea accesible para toda la población". (Fajardo-Dolci, Gutierrez, & Garcia Saiso, 2015)

En ese mismo sentido, el derecho a la salud abarca libertades y derechos. Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados). Los derechos incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Como puede observarse, los sistemas de salud son un medio para establecer el contacto de la población y la satisfacción de la necesidad de atención médica. Si bien es cierto, una de las cualidades que debe prevalecer en la prestación de los servicios es ser equitativo y de calidad, de tal manera que más que afectar ayude de manera no excluyente ni desigual a las personas. (Sánchez-Torres, 2017)

Las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en función de la manera en que se formulen y se apliquen. La adopción de medidas orientadas a respetar y proteger los derechos humanos afianza la responsabilidad del sector sanitario respecto de la salud de cada persona. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Sobre la base de las consideraciones anteriores el derecho a la salud implica un conjunto de normas jurídicas que establecen los derechos y obligaciones del Estado, colectividades, de forma individual, regulando y vigilando las relaciones entre ellos; es referirse, también, al acceso y cobertura universal de los servicios de salud, en calidad y cantidad para toda la población. La cobertura universal de los servicios de salud debe ofrecer servicios de alta calidad y acceso, priorizando, además, la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Los sistemas de salud y sus gobiernos, para garantizar esta cobertura, deben actuar sobre los determinantes sociales y ambientales de salud. (Mitano, Arena Ventura, Ribeiro A., Bazilashvili, & Fredemir Palha, 2016)

El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar

progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosos que incluyen: No discriminación, Disponibilidad, Accesibilidad.

3.5. Acceso a la Salud

Fajardo-Dolci, Gutierrez, & Garcia Saiso (2015) cita a la Real Academia Española que define acceso en general (es decir, sin la particularidad del tema de salud) como la “acción de llegar o acercarse” y como la “entrada al trato o comunicación con alguien”. Por otra parte, en el ámbito de los servicios médicos, acceso sin adjetivos, acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios. Esta definición no considera a los proveedores en cuanto a si los servicios están disponibles o si existe algún impedimento para prestarlos, si son oportunos en cuanto al tiempo y espacio para su prestación, o si son de calidad. (Fajardo-Dolci, Gutierrez, & Garcia Saiso, 2015)

Por las consideraciones anteriores, el acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud integral, adecuada, oportuna y de calidad, en el momento en que se necesitan. Servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de

calidad, se refiere a acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, paliativo y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios. (OMS, 2014)

Se destaca que la capacidad puede estar formada a partir de características propias del individuo, como la edad, el sexo, su estado de salud o la percepción sobre este; del sistema de prestación de servicios, como el portafolio, la disponibilidad de recursos, los horarios de atención, y del contexto en donde se desenvuelve la persona, como las facilidades de transporte, aspectos propios de la cultura o la convivencia. (Restrepo-Zea, Silva-Maya, Andrade-Rivas, & VH-Dover, 2014). En efecto el acceso a acciones y servicios de salud representa la capacidad del paciente en obtener, cuando es necesario, cuidado de salud, de manera conveniente (Figuerola Pedraza & Cavalcanti Costa, 2014)

El acceso universal se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. De modo que implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad,

determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. (OMS, 2014)

El análisis de acceso y uso efectivo de los servicios de salud puede ser realizado desde la perspectiva de diferentes dimensiones a través de las cuales se pueden construir indicadores que informen sobre la existencia de las características de los servicios que permitan garantizar el derecho a la salud. De acuerdo con la OMS, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas adoptó en 2000 una observación general sobre el derecho a la salud en la que se afirma que este derecho abarca cuatro elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. (Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2014).

3.6. Accesibilidad a los servicios de salud

La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.

- **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.
- **Rendición de cuentas:** los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.
- **Universalidad:** los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

En el concepto de accesibilidad se distinguen dimensiones de orden geográfica (debe medirse en función del tiempo necesario para obtener la asistencia de salud utilizando los medios habituales de transporte), organizacional (refiere los obstáculos que se originan en los modos de organización de los recursos de asistencia a la salud), sociocultural (refiere la apreciación de los fenómenos que determinan la búsqueda de asistencia de salud tales como: percepción sobre el cuerpo y enfermedad, creencias relativas a la salud, tolerancia al dolor y credibilidad en los servicios de salud, entre otros) y económica. (Figueroa Pedraza & Cavalcanti Costa, 2014).

Según German (2015) el acceso a los servicios de salud es un concepto complejo que se mide a través de "cuantificar las personas que necesitan

atención médica, las que ingresan al sistema y las que no ingresan". Se considera que el concepto de acceso debe abordarse cuando menos en cuatro dimensiones

1. *Disponibilidad* de los servicios: médicos, camas de hospital, equipamiento, etc.
2. *Capacidad* de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa.
3. *La existencia de barreras* para la utilización de los servicios.

3.1. *Barreras personales*. El reconocimiento por el paciente de sus necesidades de servicios y su necesidad de buscar atención médica primer escalón para tener acceso a los servicios, así como las experiencias previas del paciente en condiciones similares y las expectativas que tiene en relación con el servicio.

3.2. *Barreras económicas*. Particularmente importantes cuando se trata de servicios del sector privado. A pesar de que los servicios públicos de salud por lo general son gratuitos, puede haber costos extra que no son tomados en cuenta ni siquiera en un esquema de aseguramiento, que los pacientes no pueden pagar como tiempo perdido por faltar al trabajo, transporte a las unidades médicas, atención dental y oftálmica, etc.

3.3. *Barreras organizacionales*. Diferimientos y tiempos de espera a causa de sobredemanda o una utilización ineficiente de los recursos.

- 3.4. para acceder a los servicios de salud y los factores culturales de los individuos o grupos que limitan el acceso a los mismos.
4. Resultado en materia de salud: promoción y preservación de la salud a través de un acceso optimo a los servicios de salud (Fajardo-Dolci G. J.-S., 2015).

La accesibilidad económica se refiere a la capacidad financiera de las personas en relación al costo del transporte para llegar a los centros de salud, el valor de la atención recibida y el dinero necesario para la compra de medicamentos, realización de estudios y otros costos derivados. La accesibilidad administrativa atiende a las trabas burocráticas relacionadas con el acceso al servicio, como horarios de atención o sistemas de asignación de turnos. (Landini, González Cowes, & D'Amore, 2014)

Las barreras económicas también impiden la accesibilidad, ya sea por la falta de recursos para el transporte como para la compra de medicamentos. Las barreras administrativas expresan la dificultad para la accesibilidad, se conjuntan dos vertientes: por un lado la oferta (proveedores de servicio de salud) y, por otro, la demanda (población que requiere servicios de salud. (Sánchez-Torres D. A., 2017)

Para el Comisionado de Derechos Humanos de Honduras, el Estado de Honduras debe garantizar condiciones básicas para el cumplimiento del derecho a la salud, conforme a los siguientes parámetros:

a) Disponibilidad. Asegurar progresivamente, conforme a su capacidad, un número suficiente y apropiado de establecimientos, bienes, servicios, programas y centros de atención en salud, incluyendo determinantes básicos de la salud.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes, programas y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna:

- Accesibilidad física: Estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, acceso adecuado para la movilización de las personas con discapacidad.

- Accesibilidad económica (asequibilidad): Los pagos por servicios de atención de la salud y determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, asegurar que esos servicios, públicos o privados, estén al alcance de todos.

- Acceso a la información: comprende solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, y confiabilidad.

c) Aceptabilidad. Deberán ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas.

d) Calidad. Apropriados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. (Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, 2014)

En el año 2002, han desarrollado un documento donde expresan la necesidad de generar estrategias para la Protección Social en Salud. Los mismos son:

- a. El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural;
- b. La inexistencia de discriminación de cualquier otro orden.
- c. La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información
- d. El acceso a su historia clínica y a recibir información completa.
- e. Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente.
- f. Libre elección de profesional en que exista la posibilidad.
- g. Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud.
- h. Consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos.
- i. Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas.
- j. Consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación.

k. Internación conjunta madre-niño.

l. En enfermedades terminales, atención que preserve la calidad de vida hasta su fallecimiento.

m. Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas.

n. Ejercicio de los derechos reproductivos. (Comes, Solitario, & Garbus, 2006).

Debido a las consideraciones anteriores, calidad se refiere a que la infraestructura o establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados a las necesidades de salud de los pacientes, lo cual requiere, entre otras cosas, de personal suficiente, medicamentos apropiados y suficientes, equipamiento adecuado, condiciones sanitarias y de higiene adecuadas, y buen trato de parte del personal de salud hacia los beneficiarios. Para aproximar una medida de la calidad del servicio de salud se utilizan indicadores relacionados con la percepción de los individuos sobre la adecuación de los servicios a sus necesidades, es decir, nos enfocamos en la calidad del servicio desde el punto de vista del paciente a través de la percepción que éste tiene del tratamiento y del trato que recibió. (Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2014).

Con referencia a lo anterior en el año 2011-2012 se realizó un estudio en la ciudad de Quito, orientado a analizar los determinantes sociales y su relación con caries en niños (as) de 1 a 5 años de edad, concluyendo que el ingreso económico, el nivel de educación, el empleo y las condiciones de vida son determinantes sociales que se relacionan con la prevención y tratamiento de caries dental. (Narváez Trujillo & López Ríos, 2015)

Los determinantes de salud oral en los adolescentes escolarizados de Vitoria Gasteiz. España (2002), con muestra aleatoria y representativa. El 41,9% de los adolescentes se cepilla los dientes 3 o más veces al día, $2,2 \pm 0,98$ veces/día, siendo más frecuente en mujeres. Un 81,9% de los adolescentes valora su salud oral y dentaria lo mismo que la de otros órganos del cuerpo. El 66,7% ha acudido hace menos de un año al dentista y un 28,2% lleva más de un año sin hacerlo. (Lafuente, y otros, 2002)

4. METODOLOGÍA

El enfoque de la investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal. El estudio se basó en la accesibilidad a los servicios de odontología del Establecimiento Dr. Alonso Suazo, se seleccionó esta institución ya que es la que recibe mayor afluencia de paciente dentro del Distrito Central. El universo se conformó con el total de la población que asiste a consulta a la sala de odontología, en el año 2017 (15,910 pacientes), de los cuales se tomaron solo los adultos, debido a que los niños (as) tienen un Centro de atención exclusivo Centro Odontopediátrico y Detención de Otras Patologías (CODOPA). El universo de adultos fue de 4934 pacientes, de la cual la muestra fue de 234 pacientes, entrevistados en el periodo de abril a junio del año 2018.

La muestra se calculó utilizando la fórmula para poblaciones finitas.

$$\begin{aligned} n &= \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}} = \frac{(0.4)^2}{\frac{(0.05)^2}{(1.96)^2} + \frac{(0.4)^2}{4934}} \\ &= \frac{0.16}{\frac{0.0025}{3.8416} + \frac{0.16}{4934}} = \frac{0.16}{0.00065 + 0.000032} \\ &= \frac{0.16}{0.0006824} = 234 \end{aligned}$$

N= Población

n= Muestra

E= Error Muestral.

S= Desviación Estándar

Z= Constante, Intervalo de Confianza (1.96)

Criterio de inclusión: Se incluyeron todos los pacientes adultos de ambos sexos, mayores de 18 años los cuales hayan estado o estuvieran en control o no en la sala de odontología del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo, recolección de datos referente a accesibilidad, equidad, barreras, aspectos culturales.

Criterio de exclusión: niños (as)

La unidad de observación: Pacientes que asistieron a la sala de odontología del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Metropolitana.

La unidad de análisis: Accesibilidad a los servicios de salud oral en el Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo.

Métodos e instrumentos de recolección de datos:

Se utilizó la técnica de la encuesta, y el instrumento fue el cuestionario, el cual se aplicó mediante una entrevista.

Se realizó una lista de chequeo a la institución, con instrumento realizado previamente, para identificar el suministro de personal, material y equipo.

Procedimiento y Recolección de Datos:

Previo a la aplicación de la encuesta se realizó una prueba piloto, con dos instrumentos uno para la institución(material, equipo e insumos) y otro a la población objeto de estudio, con características similares a las del universo, al realizar la primera prueba piloto a la población, se observó que no se recolectaba la información necesaria que contribúan a la investigación ya que al momento de la ejecución las personas no comentaban como se esperaba, por lo que se procedió a realizar varias modificaciones a los instrumentos para las investigación, hasta obtener el que dio respuesta a los objetivos de investigación. El instrumento de la institución se procedió a realizar una lista de chequeo con las observaciones anteriores. Una vez elaborados los nuevos instrumentos se procedió a recolectar la información de la mejor manera posible, con el fin que los datos que contribuyen con la investigación.

Para el primer pilotaje se tomaron como muestra población con características similares al universo tomando como muestra una parte de la población del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo, la segunda prueba piloto se realizó con población de los alrededores del CESAMO Rubén Andino Aguilar. Previo a la realización de la encuesta con los usuarios de servicios odontológicos en el Centro de Salud se les solicitó de manera verbal a cada uno su aprobación para participar en el estudio

Con la información recolectada se realizó la tabulación de los datos obtenidos mediante el programa estadístico SPSS de acuerdo a la información recolectada, la misma fue trasferida a Excel con el fin de mejorar la presentación de las tablas.

Los datos se presentan tabulados con medidas de tendencia central y gráficos, los cuales se analizaron para comparar la teoría con los hallazgos encontrados.

Con base a la información recolectada se procedió, a la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

El resultado de la investigación se presenta en tablas con cruce de variables gráficos de barras.

Variables que se cruzan:

Accesibilidad: geográfica, económica, cultural, física, institucional, con equidad
Servicios odontológicos CESAMO Dr. Alonso Suazo: tipo de servicio, disponibilidad de horarios, disponibilidad de medicamentos e insumo, disponibilidad de información, disponibilidad de personal, disponibilidad de equipo.

Accesibilidad económica con disponibilidad de medicamentos

Accesibilidad geográfica con disponibilidad de horarios

Accesibilidad cultural con disponibilidad de información y educación

Accesibilidad física con la disponibilidad de establecimientos

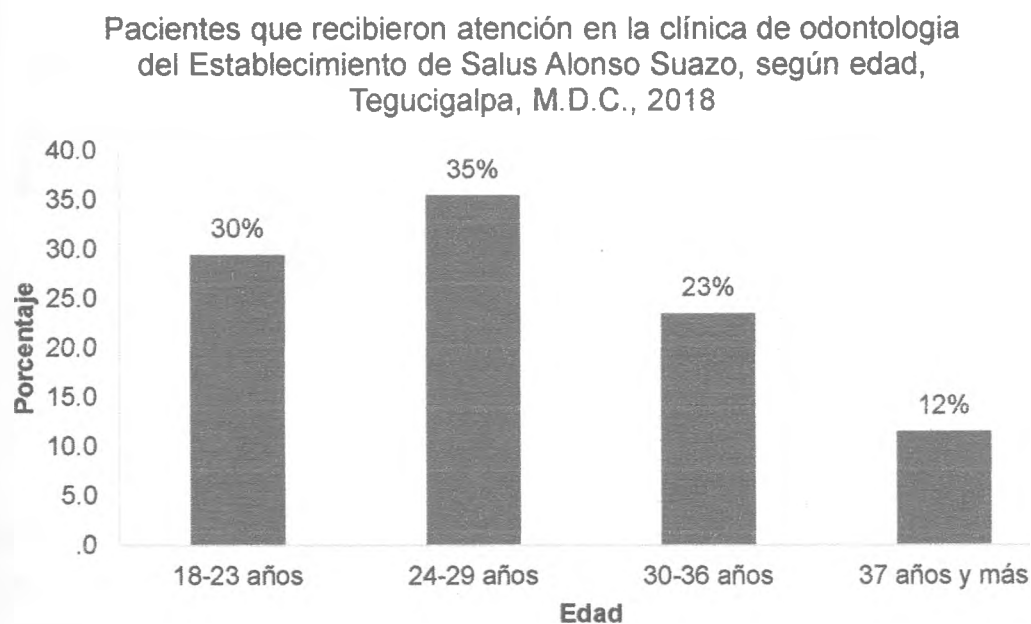
Accesibilidad institucional con disponibilidad del personal

Accesibilidad con equidad

5. RESULTADOS

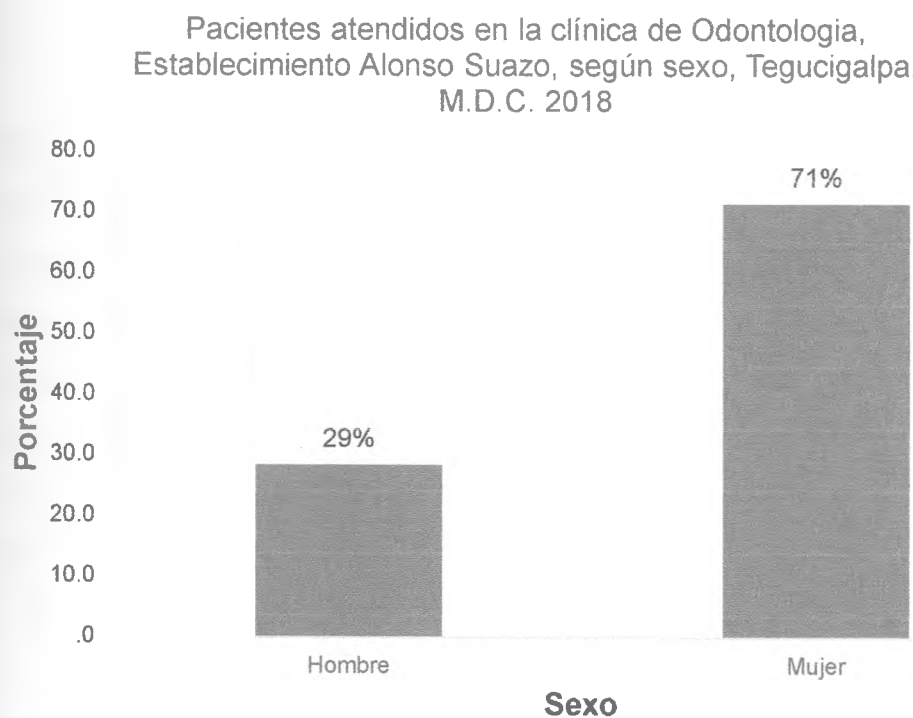
5.1. Características sociodemográficas

Gráfico 1



De los 234 pacientes atendidos en el Establecimiento Dr. Alonso Suazo el 35% (83) tenía entre 24-29 años, un 30% (69) entre 18-23 años, un 23% (55) entre 30-36 años, un 12% (27) de 37 años y más.

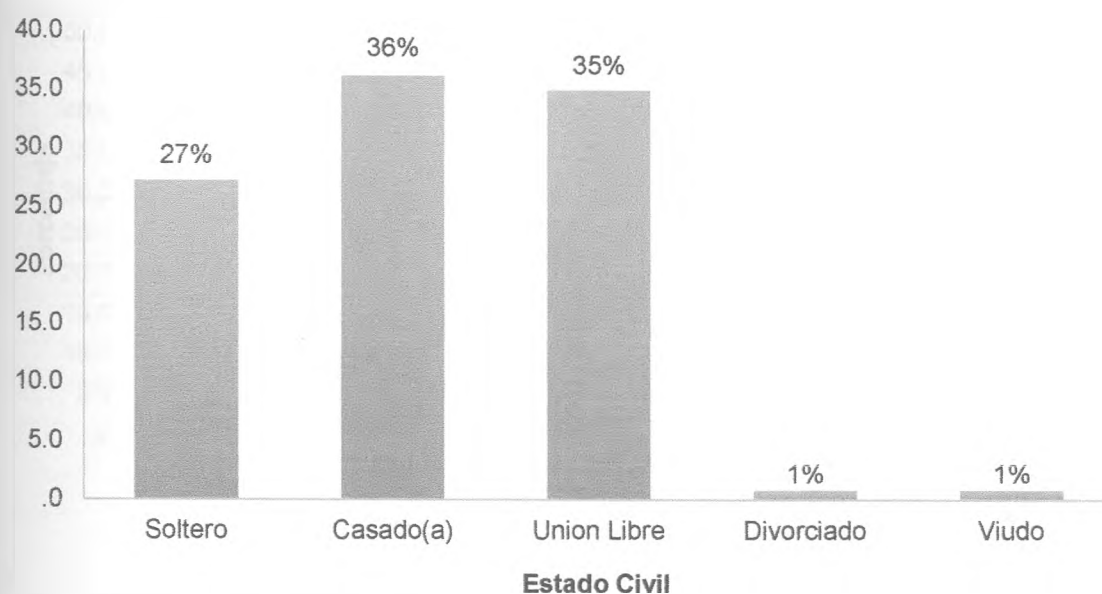
Gráfico 2



En lo referente a la variable sexo, el 71% (167) correspondió a las mujeres y el 29% (67) fueron hombres.

Gráfico 3

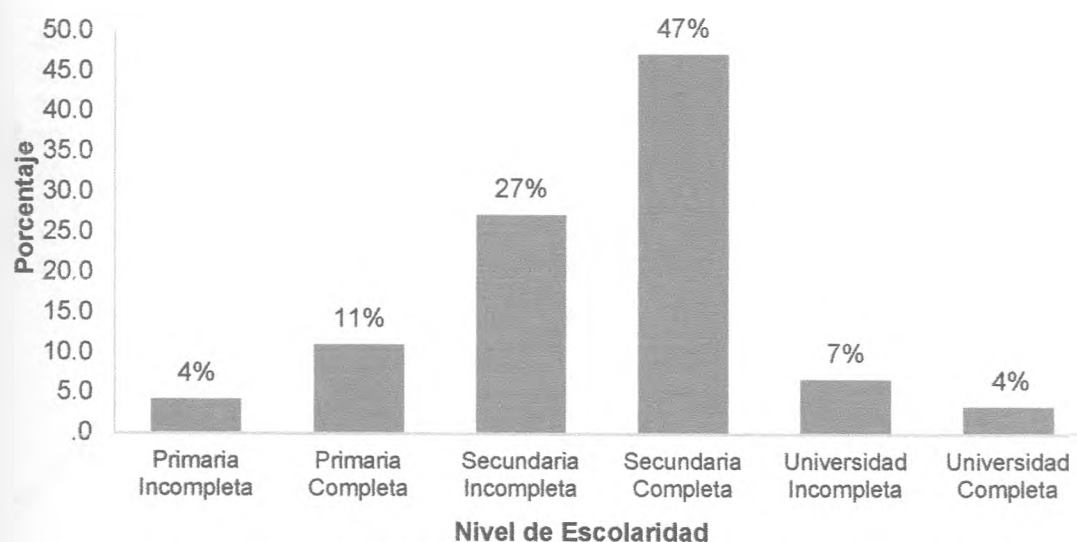
Pacientes atendidos en la clínica de odontología, según estado civil, Establecimiento de Salud Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C. 2018



Referente al estado civil, el 36%(85) de la poblacion son casados, 35%(81) las personas en union libre, y un 27.%(64) solteros, 1%(2) divorciados, 1%(2) viudos.

Gráfico 4

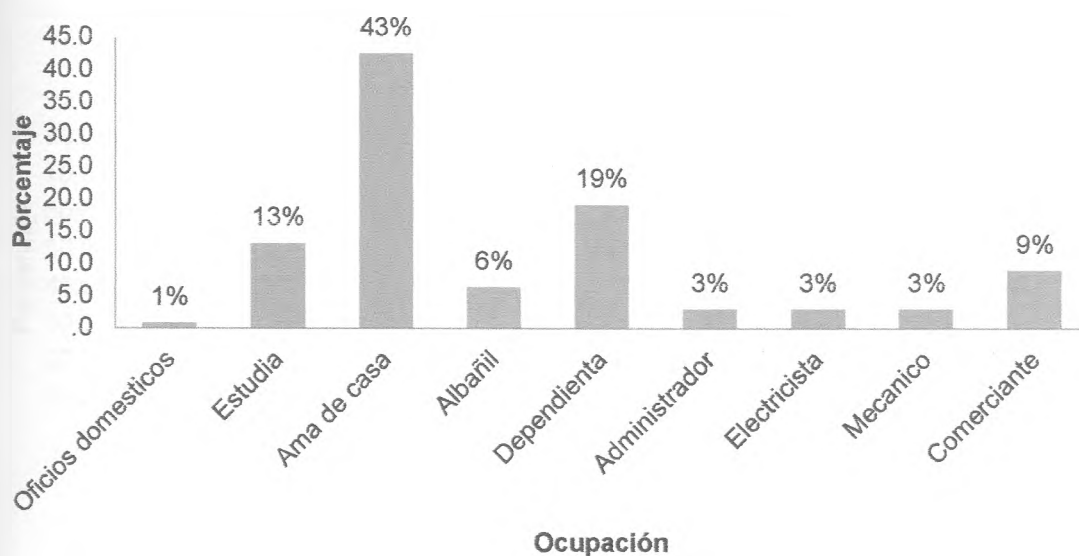
Pacientes atendidos en la clínica de odontología, en el
Establecimiento Alonso Suazo, según nivel de escolaridad,
Tegucigalpa, 2018



De los 234 pacientes encuestados, el 47%(111) cursaron la secundaria completa, 27%(64) Secundaria Incompleta, 11%(26) Primaria Completa, 7%(16) Universidad Incompleta, 4%(9) Primaria Incompleta, 4%(8) Universidad completa.

Gráfico 5

Pacientes atendidos en la clínica de odontología, en el
Establecimiento Alonso Suazo, según ocupación, Tegucigalpa,
2018



De los 234 pacientes encuestados, el 43%(100) eran amas de casa, 19%(45) Dependientas, 13%(31) Estudiantes, 9%(21) Comerciante, 6%(14) Albañil, 3%(7) Administrador, 3%(7) Electricista, 3%(7) Mecanico, y 1%(2) Oficios Domesticos.

Gráfico 6



De los pacientes que asistieron a consulta dental, el 77%(182) era procedente de Tgucigalpa, 15%(36) de Comayagua, 1%(4) de Cerro de Hule. 1%(3), Lepaterique, 1%(3) Nueva Armenia, 1%(2) Talanga, 1%(1) Sabana Grande, 1%(1) San Antonio de Oriente, 1%((1) Valle de Angeles, Cedros1%(1).

5.2. Accesibilidad a los servicios de salud odontológica

Tabla 1

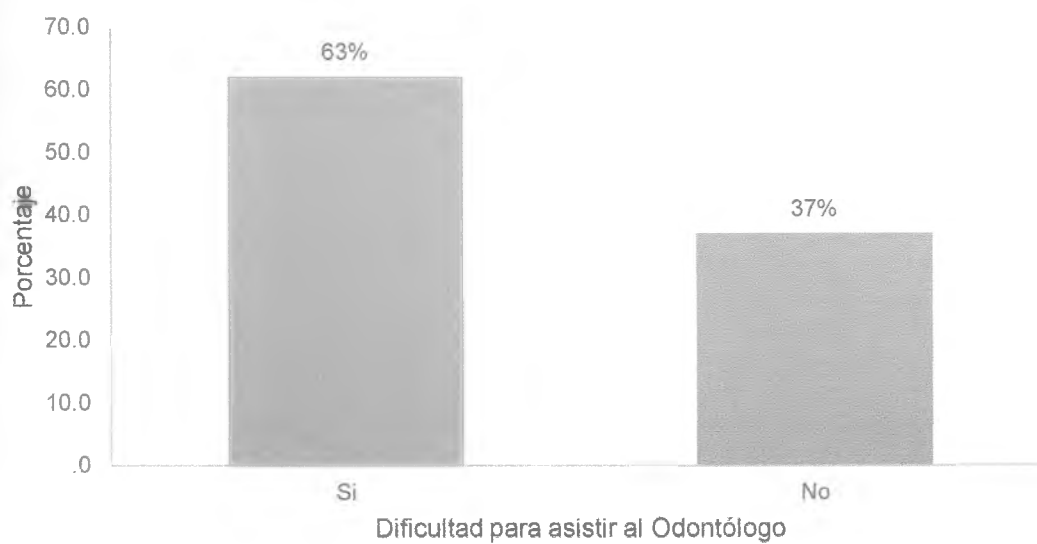
Motivo visita odontológica, Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C, 2018

Motivo de visita odontológica	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Me duele un diente	162	69%
Un Accidente	1	1%
Indicación de un médico en la consulta	5	2%
Caries	46	19%
Limpieza	14	6%
Me parece muy necesario la Salud Bucal	5	2%
No sabe/ No responde	1	1%
Total	234	100%

El 69%(162) acude al odontólogo debido a dolor en la pieza dental, el 19%(46) debido a que tenía caries, el 6%(14), asistió por limpieza, el 2%(5) por indicación de un médico, el 2%(5) porque le parece necesario la salud bucal, un 1%(1) por un accidente.

Gráfico 7

Dificultad para asistir a la clínica de odontología, del
Establecimiento de Salud Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C.
2018



El 63%(146) de las personas que asistieron a consulta presentaron dificultad para asistir al odontólogo, y un 37%(88) no tiene ninguna dificultad para asistir a a clínica de odontología, del Establecimiento de Salud.

Tabla 2

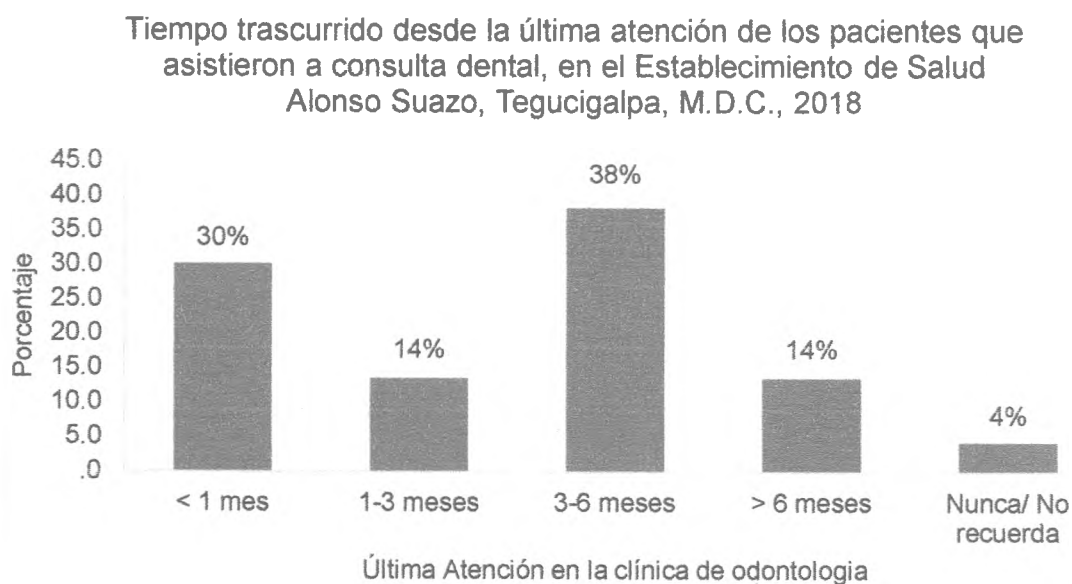
Razones por las que se les dificulta asistir al servicio de Odontología del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C, 2018

DIFICULTAD PARA ASISTIR A CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Por vivir muy lejos	16	11
Por falta de dinero	54	37
Por miedo	8	5
Ansiedad	17	12
Por doloroso e incomodo	20	14
Difícil conseguir cupo	7	4
Horarios de Atención complicados	19	13
No hay privacidad en la atención	2	1
Efectos secundarios de tratamientos	1	1
Mal trato en consultas anteriores	1	1
Pérdida de tiempo ir a consulta	1	1
Total	146	100

Razones que manifiestan los pacientes atendidos en la clínica de odontología por la cual se les dificulta asistir a ese servicio, falta de dinero 37%(54), por doloroso e incómodo 14%(20), horarios de atención complicados 13%(19),

ansiedad 12%(17), por vivir lejos 11%(16), por miedo 5%(8), la dificultad de conseguir cupo 4%(7), efectos secundarios de los tratamientos 1%(1), falta de privacidad en la atención 1%(2), pérdida de tiempo ir a consulta 1%(1), mal trato en consultas anteriores 1%(1).

Gráfico 8



Tiempo transcurrido de la última vez que habían sido atendidos, en odontología de Establecimiento Dr. Alonso Suazo, 38%(89) corresponde de 3-6 meses, 30%(71) menos de 1 mes, 14%(32) de 1-3 meses, 14%(32) mayor de 6 meses y el 4%(10) no recuerda.

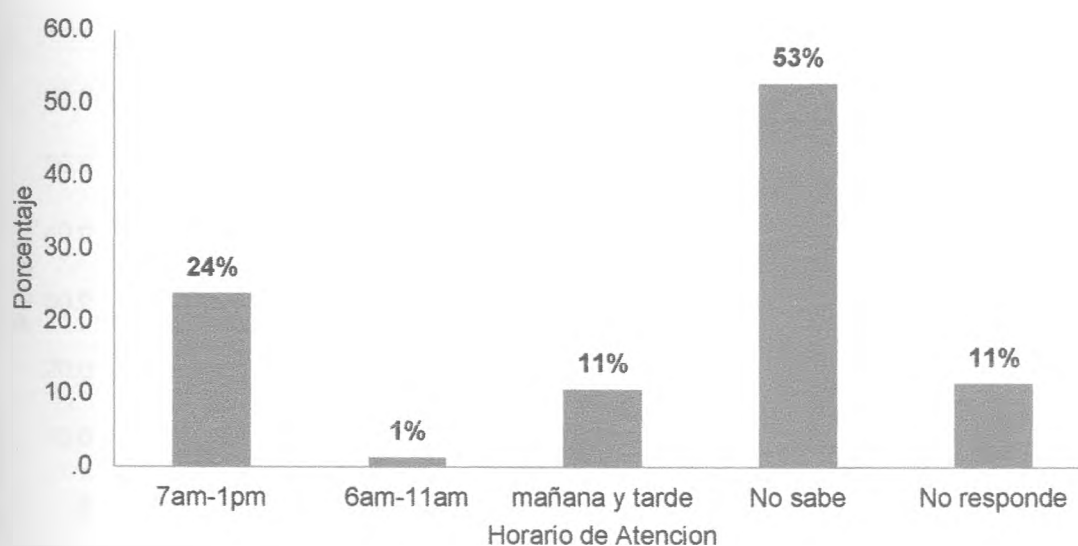
Gráfico 9



El 94%(221) de los pacientes que asistieron a odontología fue atendido por un médico odontólogo, el 3%(8) dijo mecánico dental, el 2%(4) asistente dental, y el 1%(1) no recuerda.

Gráfico 10

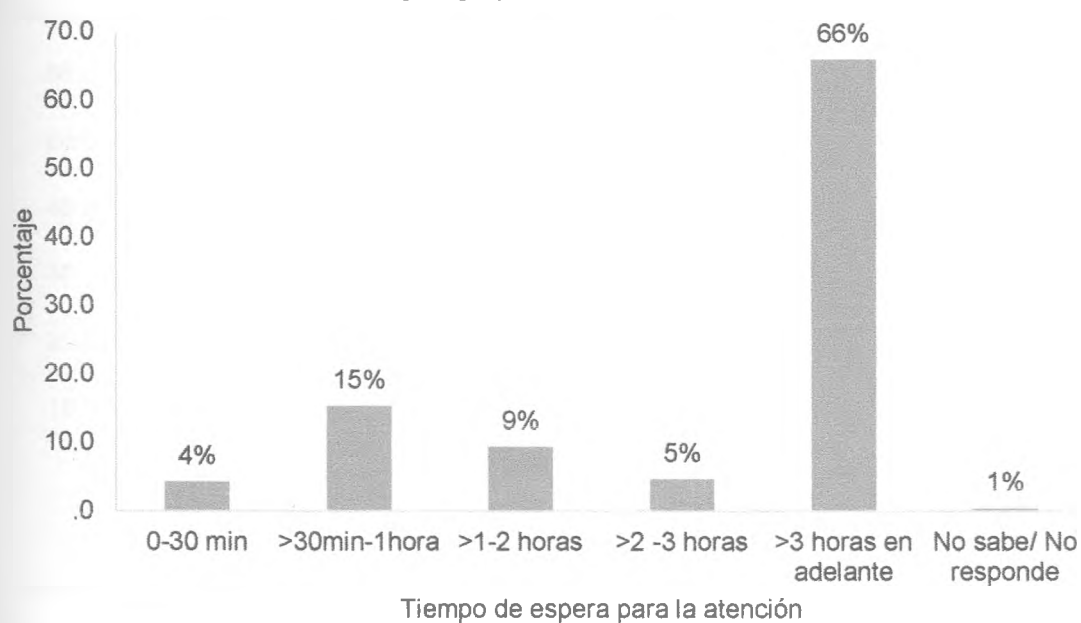
Conocimiento del horario Atención según los pacientes que
asistieron a la clínica de odontología, del Establecimiento Alonso
Suazo, Tegucigalpa, M.D.C., 2018



El 53%(124) de los pacientes no sabe el horario de atención de la clínica de odontología, el 24%(56) conoce que es de 7-1pm, 1%(3) dijo que de 6-11am, y un 11%(25) dijo que mañana y tarde y un 11%(26) no respondió.

Gráfico 11

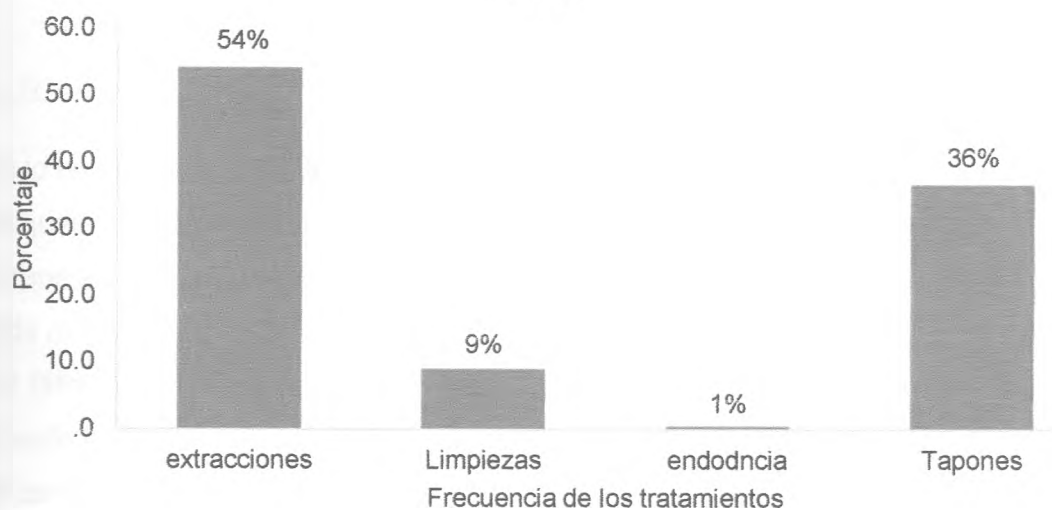
Tiempo de espera de los pacientes para ser atendidos en la clínica odontológica del Establecimiento de Salud Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C. 2018



El 66%(155) de la población dice que el tiempo de espera fue mayor 3 de horas, el 15%(36) espero de 30min- 1 hora, 9%(22) de 1-2 horas, el 5%(11) de 2 a 3 horas, el 4%(10) de 0-30 min.

Gráfico 12

Tratamientos que se realizaron con mayor frecuencia los
pacientes que asisten a la clínica de odontología de
Establecimiento de Salud Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C.,
2018



Los tratamientos que se realizan con mayor frecuencia los pacientes en la clínica de odontología, extracciones con 54%(127), 36%(85) Tapones, 9%(21) limpiezas, y 1%(1) endodoncia.

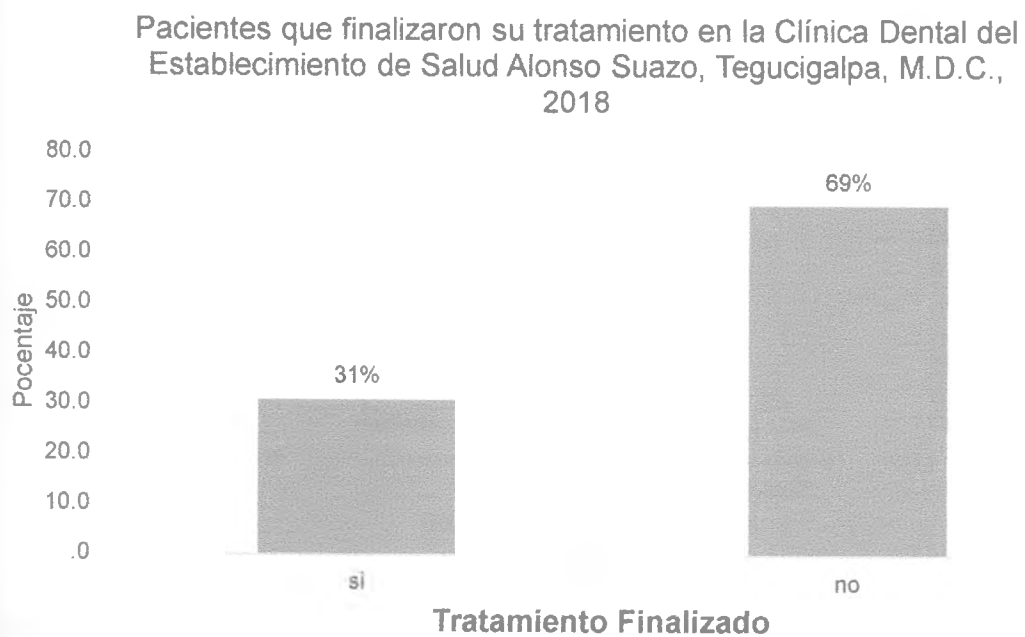
Tabla 3

Razones por las cuales se extrajeron piezas dentales, según las personas que asistieron a la clínica dental del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C. 2018

RAZONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Me lo recomendó el doctor	69	29%
No quería seguir padeciendo	37	15%
Porque no me queda tiempo de estar yendo a cada rato al doctor	6	3%
Por falta de dinero para seguir un tratamiento de este tipo.	15	6%
No tenía solución	3	2%
No me he realizado extracción	6	3%
No me dieron ninguna opción para salvarlo	6	3%
No sabe/ No responde	1	1%
No aplica/Ninguno	91	38%
TOTAL	234	100%

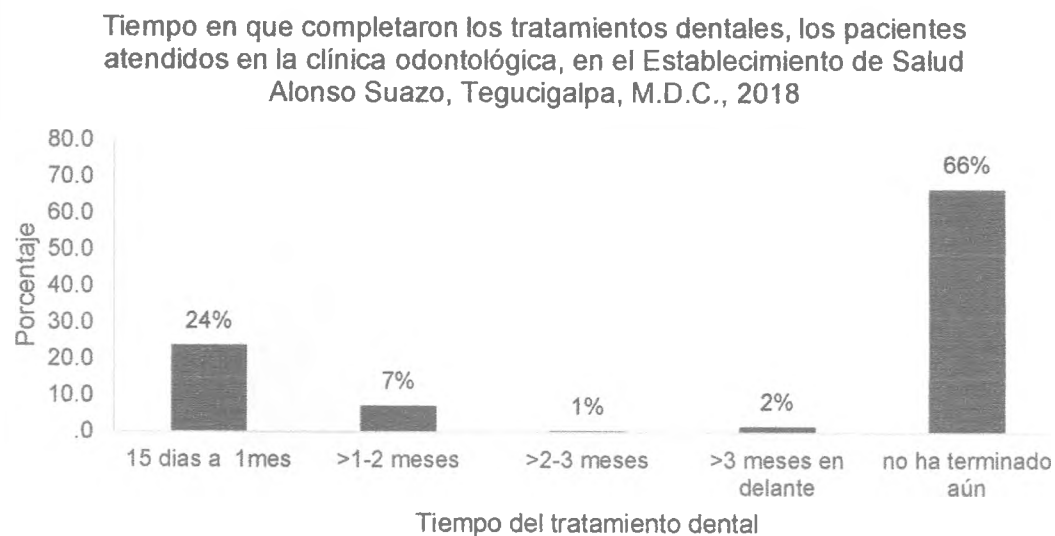
Razones por las cuales no salvaron la pieza dental y decidieron extraerla, El 29%(69) se lo recomendó el doctor, el 15%(37) no querían seguir padeciendo, el 6%(15) por falta de dinero para este tipo de tratamiento, 3%(6) no le queda tiempo para estar yendo a cada rato, 3%(6) no le dieron opción para salvarlo, 3%(6) no se han realizado extracción, y ninguno 38%(91).

Gráfico 13



Pacientes que finalizaron su tratamiento el 31%(72), y el 69%(162) de los pacientes no lo han concluido.

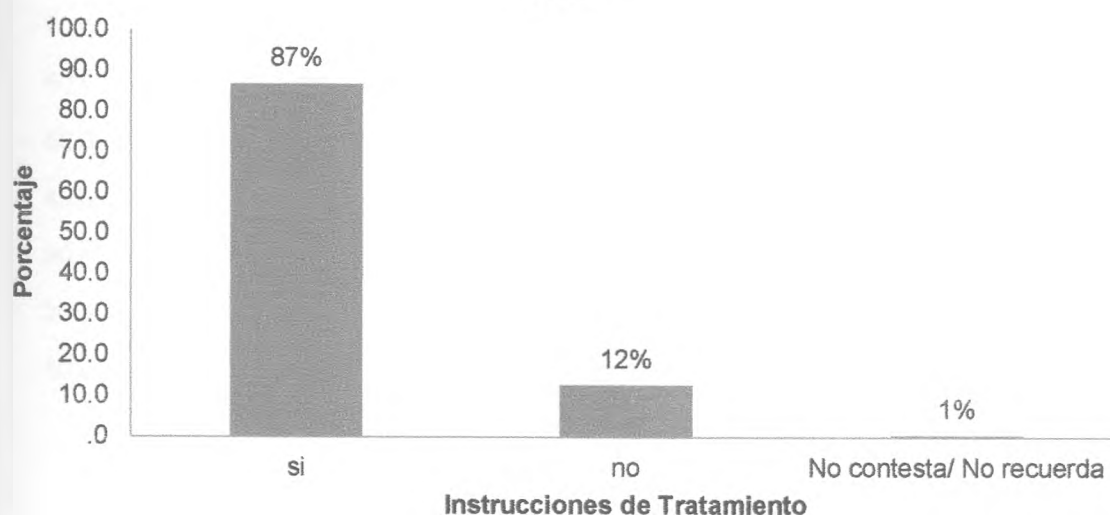
Gráfico 14



El 66%(157) de los pacientes encuestados aun no han terminado su tratamiento dental, el 24%(56) tardo de 15 dias a un mes finalizarlo, el 7%(17) 1-2 meses, 1(1)% 2-3 meses, y el 2%(4) tardo mas de 3 meses en finalizarlo.

Gráfico 15

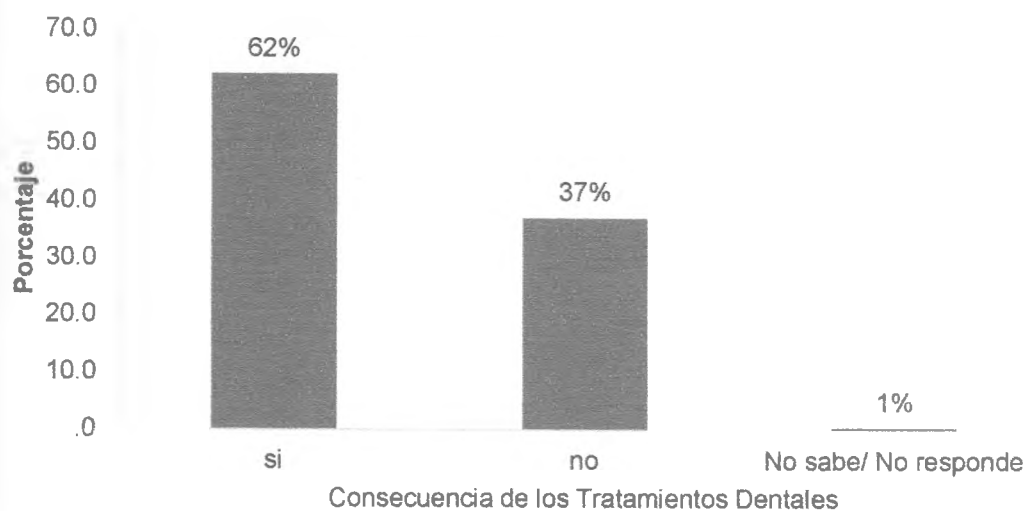
Personas que recibieron instrucciones como cuidar los tratamientos realizados, en la clínica de odontología en el Establecimiento de Salud Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C., 2018



Personas que recibieron instrucciones como cuidar los tratamientos realizados 87%(204) respondió que si, el 12%(29) no recibió ninguna instrucción, y el 1%(1) no recuerda.

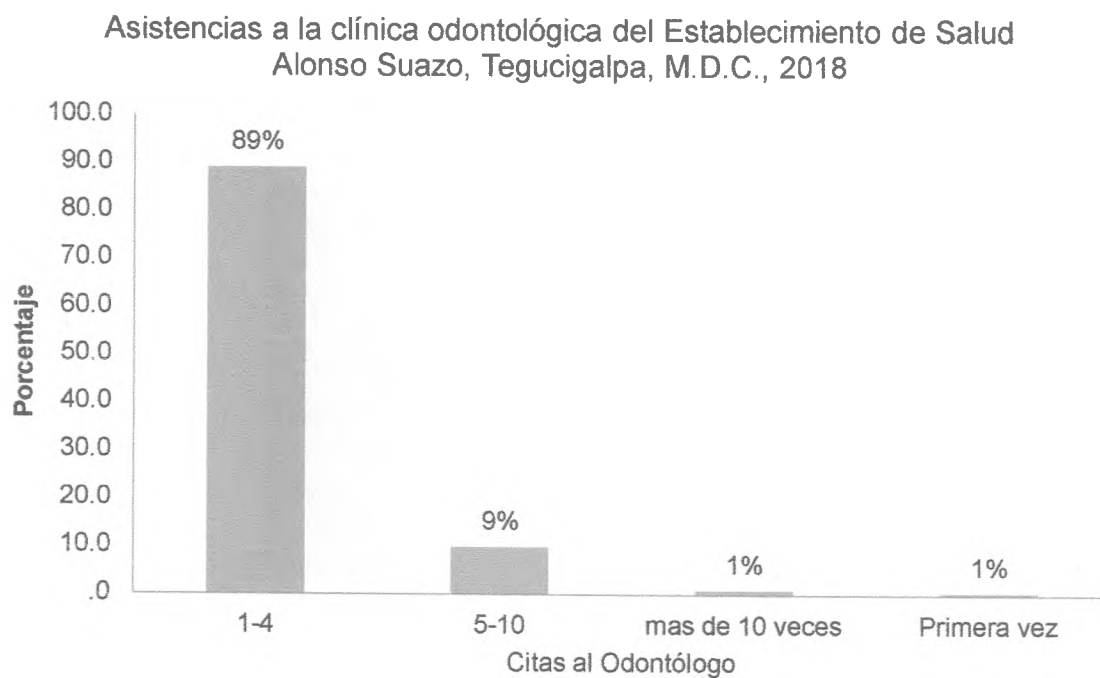
Gráfico 16

Recibieron información sobre las consecuencias de los
tratamientos dentales , en la clínica de Odontología,
Establecimiento de Salud Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C.,
2018



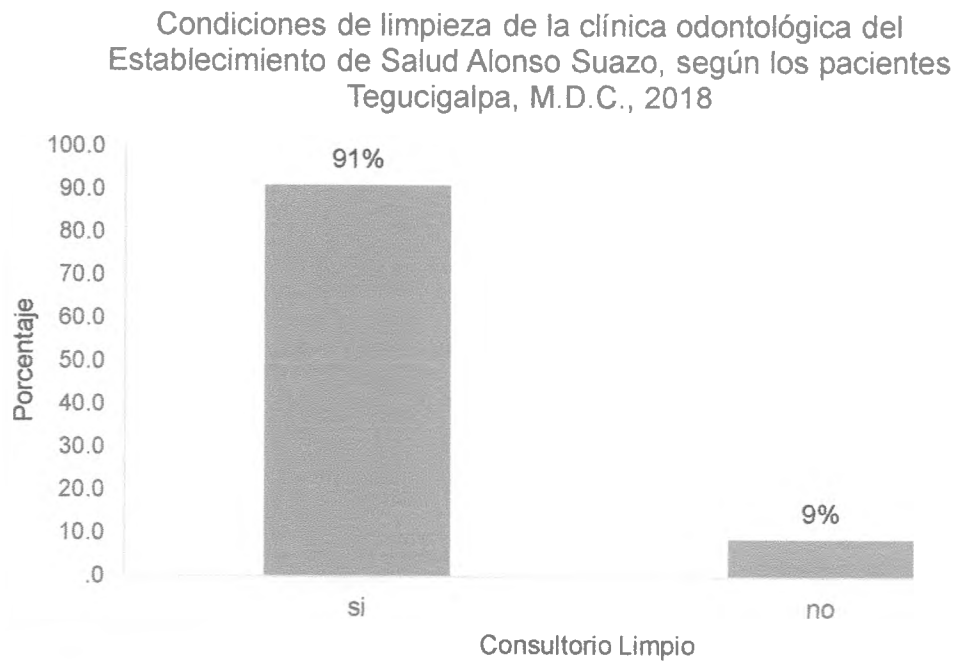
El 62%(146) de los pacientes entrevistados recibieron información de las posibles consecuencias de los tratamientos realizados, el 37%(87) no recibió ninguna explicación, y el 1%(1) no lo recuerda.

Gráfico 17



El 89%(209) de los pacientes asistio de 1-4 veces a los servicios de odontología, el 9%(22) de 5-10 veces, el 1%(2) mas de 10 veces y el 1%(1) era primera vez.

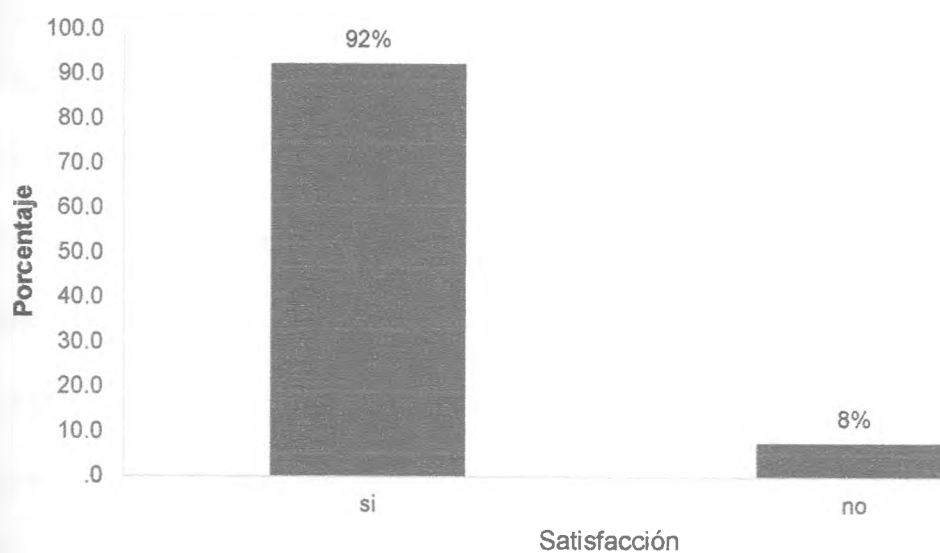
Gráfico 18



Condiciones de limpieza en las que encontraron la clinica de odontologia del Establecimiento de Salud, el 91%(214) dijo estar limpio solo el 9%(20) dijo no estar satisfecho con la higiene.

Gráfico 19

Satisfacción de los pacientes con la atención en la clínica
odontológica del Establecimiento de Salud Alonso Suazo,
Tegucigalpa, M.D.C., 2018



Satisfacción con la atención recibida en la clínica dental del Establecimiento de salud Dr. Alonso Suazo, 92%(216) dijo estar satisfecho, 8%(18) de ellos estuvo insatisfecho como fueron atendidos.

Tabla 4

Razones por las cuales creen tienen problemas odontológicos los pacientes de la clínica de odontología del Establecimiento de salud Dr. Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C., 2018

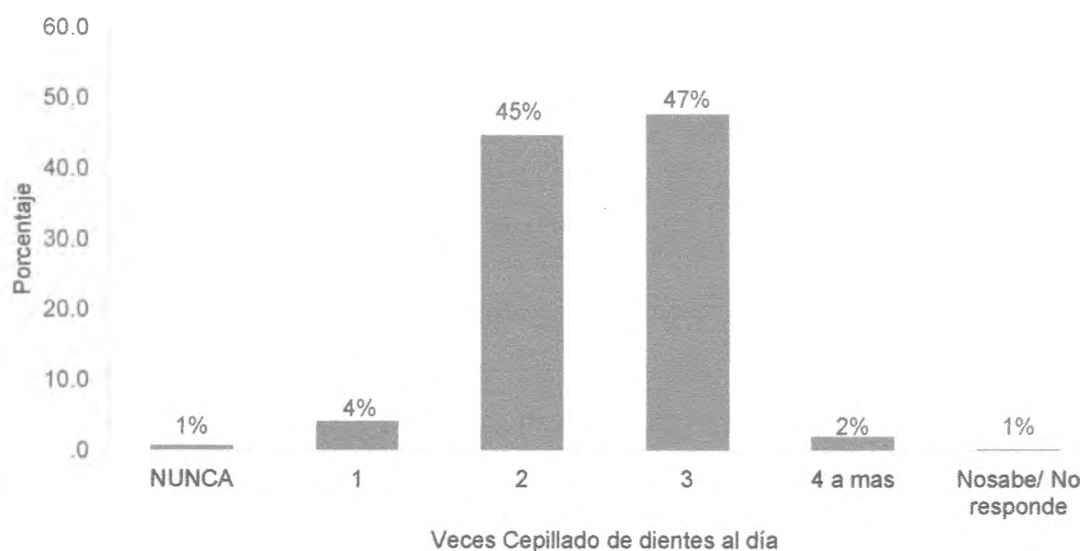
RAZONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Por el tipo de comida.	24	10%
Por no lavarse los dientes.	26	11%
Herencia en la familia.	1	1%
Por la edad.	2	1%
Por embarazo, diabetes u otro padecimiento.	1	1%
Por el tipo de cepillo que usa	1	1%
Por no ir al odontologo	3	1%
Porque tomo medicamentos que lo provocan.	4	1%
Por descuido personal.	56	24%
Por genero	1	1%
Enfermedad	1	1%
No sabe/ No responde/No aplica	114	47
TOTAL	234	100

Razones por las cuales creen tienen problemas odontológicos los pacientes de la clínica de odontología del Establecimiento de salud Dr. Alonso Suazo,

24%(56) por descuido personal, por la comida el 10%(24), el 11%(26) por no lavarse los dientes, por edad 1%(2), el 1%(1) por el tipo de cepillo que usa, 1%(1) por herencia familia, 1%(1) por embarazo diabetes u otro padecimiento, 1%(1) por enfermedad, 1%(1) por genero, 1%(4) por los medicamentos que toma, 47%(114) no sabe/no aplica.

Gráfico 20

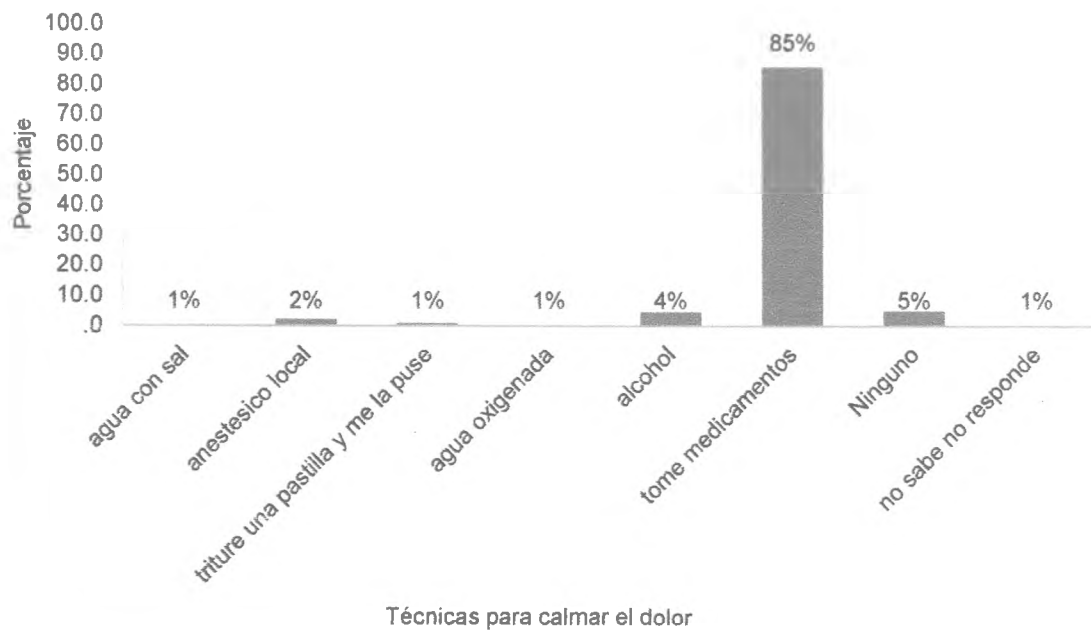
Veces al día que se cepillan los dientes los pacientes atendidos en la clínica de odontología, Establecimiento de Salud Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C., 2018



El 47%(111) de los pacientes se cepillan 3 veces al día los dientes, 45%(105) se cepillan 2 veces al día, 4% (10) 1 vez al día, 2%(5) lo hace 4 o más veces al día, 1%(2) dijo que nunca lo hacía.

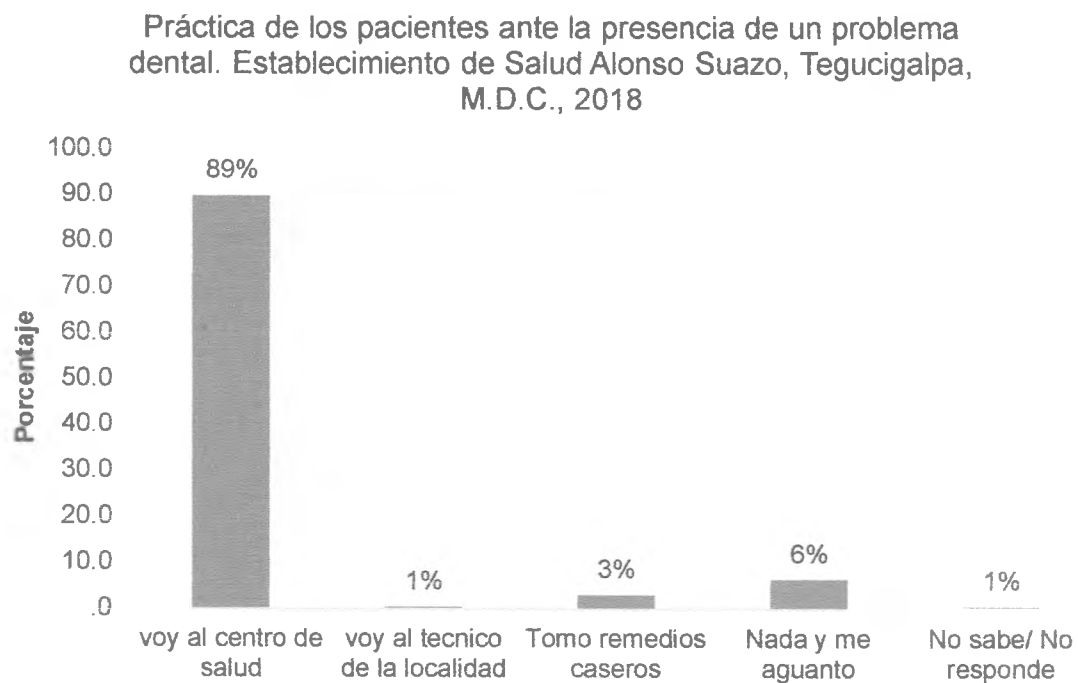
Gráfico 21

Tratamientos utilizados para controlar el dolor según los
pacientes que asisten a la clínica de odontología,
Establecimiento de Salud Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C.,
2018



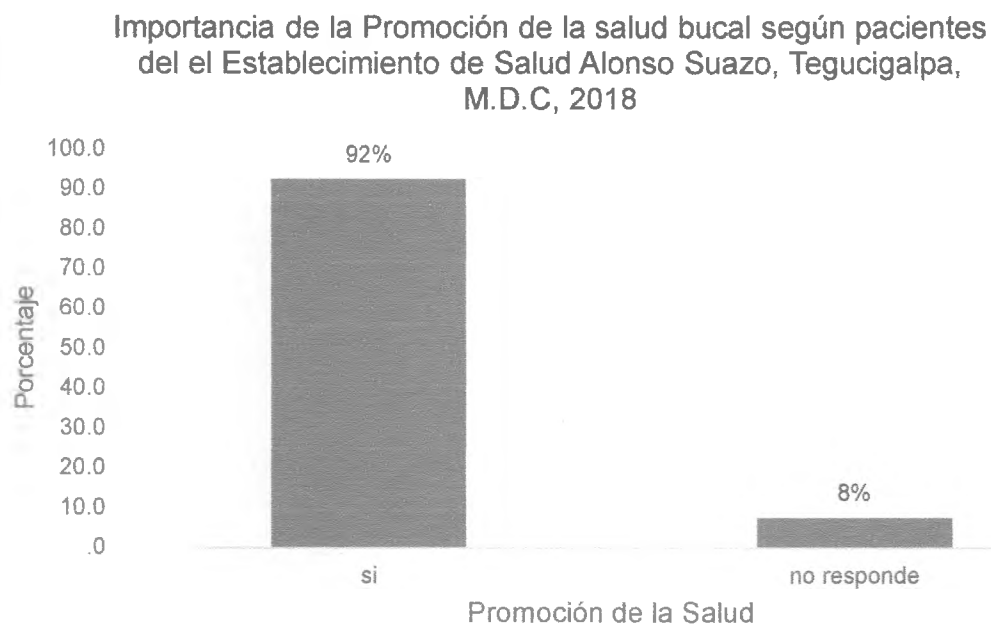
Tratamientos utilizados por los pacientes fuera del consultorio para calmar el dolor, uso de medicamentos con un 85%(201), 4%(11) alcohol, 2%(5) anestésicos caseros, 1%(2) trituraron una pastilla, 1%(1) agua con sal, 1%(1) agua oxigenada, 5%(12) no utilizo nada.

Gráfico 22



Soluciones que utilizan los pacientes cuando tienen un problema dental, asistir al centro de salud un 89%(210), 6%(15) no hicieron nada y se aguantaron, 3%(7) tomo remedios caseros, 1%(1) fue al técnico dental de la localidad.

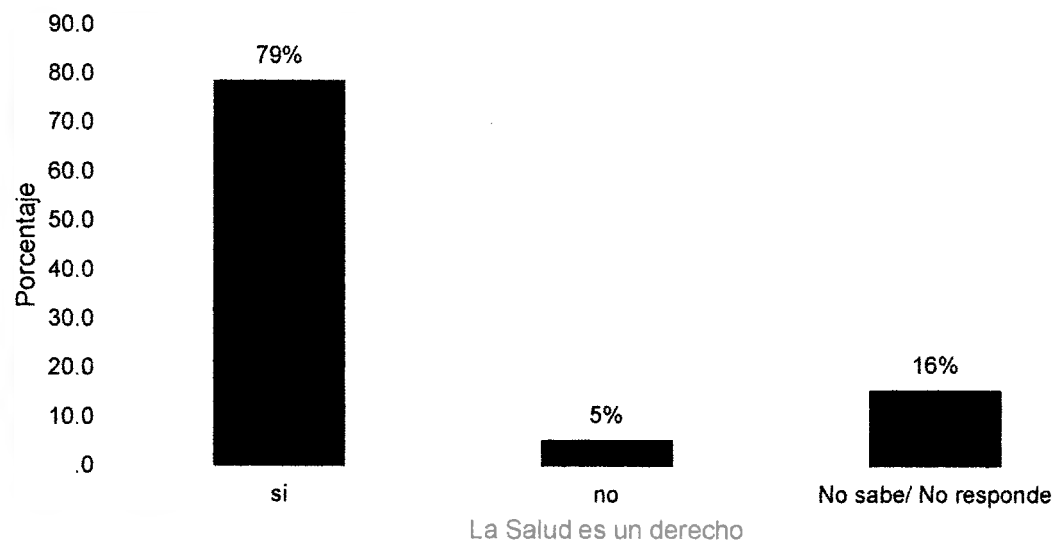
Gráfico 23



Importancia de la promoción de la salud en los pacientes que asistieron a consulta dental al Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo. El 92%(216) del paciente consideran que es importante la Promoción de la salud bucal, y el 8%(18) no responde.

Gráfico 24

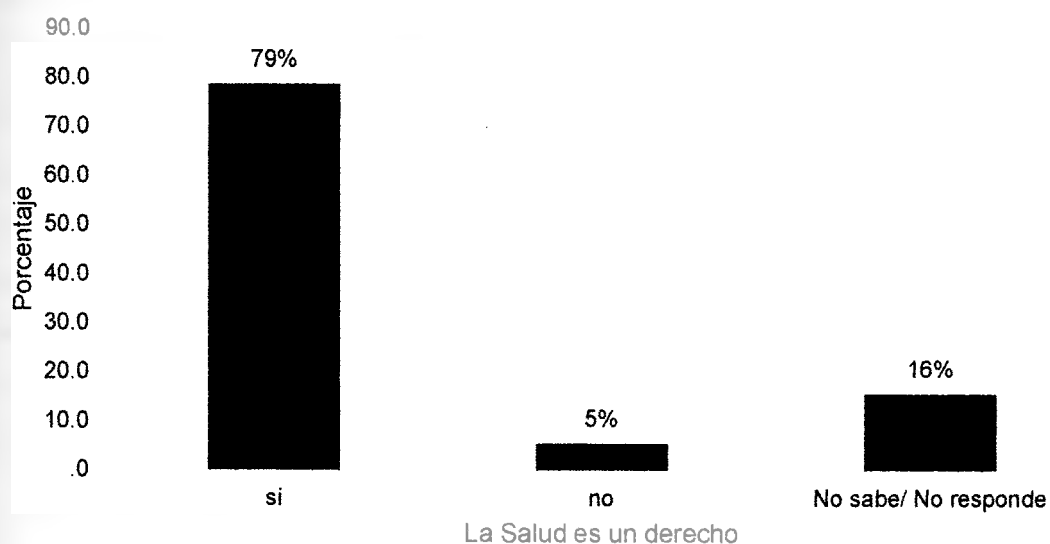
La salud oral como un derecho según los pacientes de la clínica de odontología del Establecimiento de Salud Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C., 2018



El 79%(185) de la población encuestada que asistió a consulta a la clínica dental del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo considera que la salud oral es un derecho, un 5%(12) considera que la salud oral no es un derecho, un 16%(37) no sabía.

Gráfico 24

La salud oral como un derecho según los pacientes de la clínica de odontología del Establecimiento de Salud Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C., 2018



El 79%(185) de la población encuestada que asistió a consulta a la clínica dental del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo considera que la salud oral es un derecho, un 5%(12) considera que la salud oral no es un derecho, un 16%(37) no sabía.

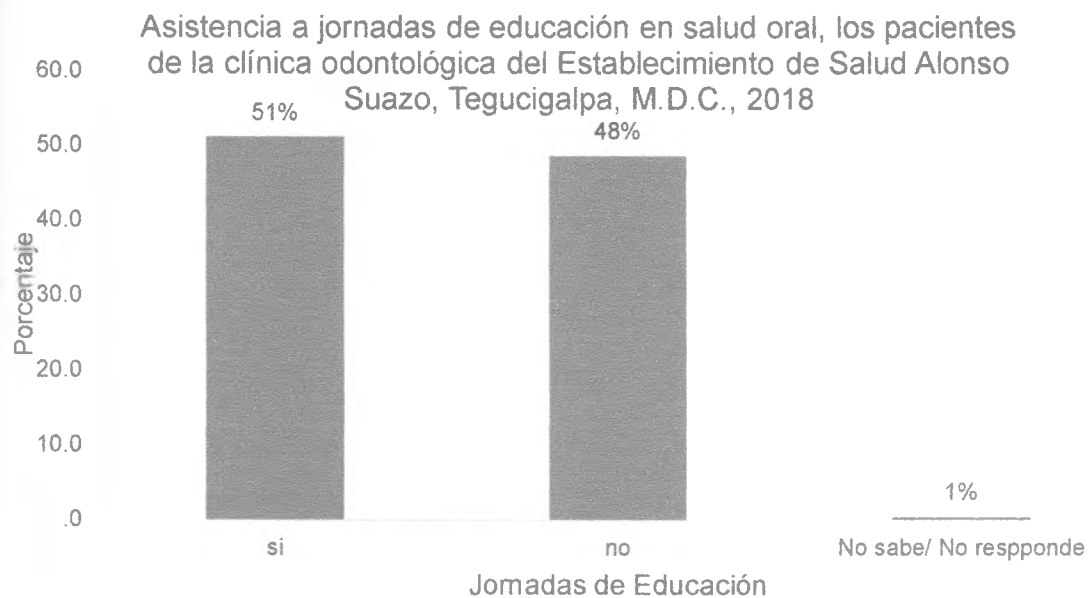
Tabla 5

Definición de la Salud Oral según los pacientes que asisten a la clínica odontológica del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C., 2018

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cuidado de la Boca	88	37
Cuidado de los Dientes	21	9
Tratamiento Odontológico (Medicamentos)	11	5
Estar Bien	4	2
Salud General	7	3
No se/ No Responde	2	1
Ninguno	101	43
Total	234	100

El 37%(88) de los pacientes considera que la salud bucal es el cuidado de la boca, 9%(21) el cuidado de los dientes, 5%(11) el tratamiento odontológico con los medicamentos, 3%(7) salud general, 2%(4) estar bien, 43%(101) ninguno.

Gráfico 25



El 51%(120) de los pacientes ha asistido a Jornadas de Educación en Salud Oral, 48%(113) no ha asistido a ninguna, y el 1%(1) no respondió.

Tabla 6

Razones que consideran los pacientes atendidos en la clínica odontológica del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo que provocan el mal aliento, Tegucigalpa, M.D.C., 2018

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mal Cepillado	28	12
Placa Bacteriana	8	4
Infección del Estomago	89	38
Infección de la Garganta	5	2
Caries	3	1
No aplica	101	43
TOTAL	234	100

Las razones que los pacientes consideran provoca mal aliento, infección del estómago con un 38%(89) ,12%(28) un mal cepillado, 2%(5) infección de la garganta, 4%(8) placa bacteriana, 1%(3) caries.

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Según Aballay en el año 2009, la ansiedad y el dolor crean una barrera para el acceso a la salud dental, discrepando este autor con los hallazgos encontrados en la presente investigación , ya que, según las personas entrevistadas, la principal barrera que les impiden asistir al odontólogo es la barrera económica, siendo la falta de dinero el primer obstáculo encontrado al momento del estudio, y ocupando el segundo lugar el dolor y cuarto lugar la ansiedad, las personas entrevistadas refirieron, que los costos que se cobran en la institución a pesar que es más barato que en una clínica privada, no dejan de estar lejos del alcance de la población, ya que muchas veces no cuentan ni con el pasaje para movilizarse.

Según Abally, (2009) refiere que las personas con mayor nivel de educación, tienen menores niveles de ansiedad dental que aquellos con menos estudio; en esta investigación se puede observar que la ansiedad ocupa el cuarto nivel. El más alto porcentaje de la población se ubicaba en secundaria completa y secundaria incompleta, recolectando información que afirma la teoría, ya que en la actualidad con la globalización la gente con más estudios indaga más en el internet, profundizando en la teoría y conocimientos sobre los tratamientos dentales.

En un estudio realizado en la India por Archarya (2008), se observó una diferencia según ocupación, presentando las amas de casa y los estudiantes, mayores niveles de ansiedad que las personas profesionales y con empleo independiente, lo cual no coincide con este estudio, ya que la mayor parte de las personas entrevistadas fueron amas de casa ocupando el primer lugar, y en tercer lugar estudiantes, lo que no coincide ya que la ansiedad fue la cuarta barrera, la primera barrera presentada fue la falta de dinero, y en segundo lugar lo horarios complicados, lo que muestra que las personas profesionales y con empleo independiente, en comparación con las amas de casa no presentan mayor ansiedad.

Abally (2009) cita a Gaul y Glasgow (1998) En un estudio efectuado con estudiantes universitarios de EE.UU., se observó que las mujeres se cepillan más veces al día los dientes que los hombres, coincidiendo con los hallazgos encontrados en este estudio de investigación, ya que las mujeres se cepillaban los dientes 3 veces al día, es de considerar que el factor trabajo también podría influir debido a que la mayor parte de la población fueron amas de casa que tienen acceso a poder cepillarse los dientes más veces al día. En el caso de los hombres, estos realizan trabajos de campo y fuera del hogar, y se cepillan los dientes 1 o 2 veces al día.

Abally (2009), cita un estudio realizado en EE.UU. (Estados Unidos) por Davidson y Anderson., en el que se evaluó la utilización de los servicios dentales, el dolor oral fue un importante predictor de búsqueda de cuidado dental. Coincidiendo con los datos obtenidos ya que el dolor es la primera causa por la cual se presenta la población a buscar los servicios de odontología, reforzando esto la situación económica, ya que ellos referían que no se presentaban antes a la clínica odontológica, por no contar con los recursos suficientes para realizar tratamiento, y que esperaban ver hasta donde podían soportar el dolor y la incomodidad.

En un estudio realizado sobre determinantes de salud oral en los adolescentes escolarizados de Vitoria Gasteiz, España (2002), un 81,9% de los adolescentes valora su salud oral y dentaria lo mismo que la de otros órganos del cuerpo. Estos resultados coinciden con los datos obtenidos en la presente investigación, ya que toda la población que se encuestó, consideran importante la salud bucal, al igual que las otras partes del cuerpo, sin embargo, al momento de la entrevista denotan que, si lo consideran igual de importante que las otras partes del cuerpo, pero al momento de la práctica las cifras y los datos obtenidos denotan que no lo llevan a la práctica por diversos factores.

El porcentaje de conocimiento en lo referente al horario de atención de la clínica de odontología del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo no coincide con la realidad ya que tres cuartos de la población no conoce el horario de atención en la clínica y solo un cuarto de la población lo maneja, creando esto una barrera de acceso institucional a la población que asiste, ya que con anterioridad la institución contaba con jornada matutina y vespertina, en la actualidad solo ha quedado con la jornada de la matutina, limitando a las personas que laboran por la mañana, además de ambas jornadas la institución también contaba con el sistema autofinanciable.

Este pago autofinanciable estaba destinado para tratamientos y de ese valor el 50% era para costear el recurso humano y el otro 50% para la compra de insumos asegurando con esto, el abastecimiento y atención para los pacientes que eran exceptos de pago (niños hasta 14 años, mujeres embarazadas, programa VIH, adultos mayores)) el cual fue eliminado de las atenciones, en la actualidad todos los pacientes pagan por los servicios de la clínica de odontología.

En cuanto al tiempo de espera no representó una barrera significativa, ya que el mayor porcentaje de la población indicó que fue atendido el mismo día, y en segundo lugar la población solo espero de 30 minutos a 1 hora para su atención, representando esto que, si hay respuesta a las necesidades que se

presenta, ya que la institución cuenta con 5 odontólogos generales permanentes, 3 odontólogos generales de contrato, 2 odontólogos especialistas en endodoncia por contrato y 2 pasantes de servicio social. Cuentan con 7 sillas dentales, para atender buen número de la población, sin embargo, todos están siendo atendidos en la jornada de la mañana, dejando descubierto el horario de la tarde.

La mayor parte de la población se le realizó como tratamiento la extracción dental, a causa de que fue recomendada por el doctor, al indagar más profundamente con ellos por qué no les dieron más opciones, algunos detallaron que si recibieron otras opciones como la endodoncia pero que son tratamientos muy caros que no cuentan con los recursos para realizarla, y que debían buscar una solución rápida y económica y que no tuviera repercusiones.

En la investigación se observó en primer lugar que la población no termino su tratamiento dental, aun y cuando eran atendidos el mismo día, y daban solución a sus padecimientos, y solo el 24% lo finalizó en un tiempo de 15 días a 1 mes, lo que refleja que, no se está enfocados en la preservación y prevención de las patologías dentarias, incluso al indagar por qué no lo terminaron ellos contestaban que el doctor no le dijo que tenía que regresar, y muchos comentaron que "...mientras no duelan los dientes están sanos que deben

repararse cuando duele, porque ahí es que el cuerpo le dice que están mal y que necesitan atención...”.

Más de tres cuartas partes de la población recibió instrucciones como cuidar el tratamiento recibido, y la mitad indico que recibió también instrucciones de las posibles consecuencias, observándose que existe una limitación al acceso de la información, generada por los funcionarios que brindan las atenciones, que limita a las personas acceder a este servicio, ya que en ocasiones por el corto tiempo que se tienen para ser atendidos según norma, no se dan las instrucciones necesarias, y otra parte no enfatiza ni le da importancia a la educación, ya que la salud se ha convertido en prestador de servicio, más no en prevenir enfermedades, se realiza más atención clínica que prevención, y muchas veces se echa la culpa al paciente diciendo que el no pregunto, siendo esta una responsabilidad del personal asistencial según la normativa, ya que el paciente asiste en busca de ayuda, porque no es el experto en la área.

La población ha utilizado los servicios de odontología de 1-4 veces, y se encontró satisfecha con la atención recibida, las condiciones de las instalaciones y lo limpio del consultorio, de este modo que la institución este brindado acceso a la población para recibir los tratamientos dentales, al

momento de la encuesta muchos lo compararon con otros establecimientos, aportando que este cuenta con una de las mejores instalaciones y atenciones.

La tercera parte de la población aceptó el hecho que los problemas odontológicos vienen por descuido personal y en menor cantidad por el tipo de comida, los pacientes manejan las causas y consecuencias, pero por factores culturales no los ponen en práctica, los conocimientos adquiridos, muchas veces influyen los factores económicos al indagar más en porque consideraban estos problemas odontológicos como los que más afectaban, no sabían, solo sabían que así era, lo que muestra, que la falta de educación es una barrera importante que está afectando a la población.

Los pacientes refirieron que al momento de presentar un dolor lo primero que realizan es auto medicarse para eliminar la molestia que lo provoca, lo que puede desarrollar en ciertas circunstancias resistencia hacia algunos antibióticos; en un segundo momento acuden al Establecimiento de Salud; también mencionaron que al no haber presencia de dolor difícilmente acuden a los servicios odontológicos por la situación económica precaria a nivel familiar.

La población considera que la salud oral es el cuidado de la boca, y la promoción de la salud es importante, que la salud oral es un derecho, estando lejos esto de lo que realmente señala la teoría en torno a lo que conlleva el derecho a la salud, pensando que es solo acceso a la consulta y medicamentos, frente a esta situación que se da ya que no se maneja el concepto de salud de manera correcta tanto del personal de salud como de la población, los que nos conduce hasta el punto en que las personas piensan que es un derecho, pero que es responsabilidad de ellos, cuando todo esto es responsabilidad del estado.

La mitad de la población entrevistada, no ha asistido a jornadas de prevención y promoción de la salud, lo que limita el acceso a la información para conservar bien la salud en la amplitud de su concepto, dado que se está más enfatizado en alcanzar metas estadísticas para cumplir metas, más que en educar y concientizar a la población de cómo afrontar cada una de sus necesidades y cómo prevenir este tipo de padecimientos. Un alto porcentaje de la población dijo haber recibido indicaciones como cuidar el tratamiento que se realizaron, pero no indicaciones de cómo prevenir enfermedades de la cavidad bucal.

La periodontitis (inflamación e infección de las encías que causa sangrado y mal aliento) es una patología que ha ido en aumento en las últimas décadas,

incluso en pacientes de todas las edades, afectando cada día a la población, esta patología suele presentar sintomatología similar a otras y no es muy frecuente educar sobre la misma. La mayoría de la población ha presentado mal aliento en algún momento de su vida, relacionándolo ellos con alguna infección del estómago, y tomando en consideración que por desconocimiento de la periodontitis que la causa de mal aliento, por falta de información y educación al paciente, hasta llegar al punto de perder sus piezas dentarias.

Referente a la accesibilidad institucional Honduras vive una decadencia en el sistema de salud en especial el área de la odontología, a diario vive una serie de condiciones y experiencias en este tipo de atención, lo cual impide brindar un servicio de calidad a la población o lo elemental de este servicio. Desde las máximas autoridades exponen apatía por este tema que, por no causar mortalidad inmediata evidente, no manifiesta interés en los problemas de salud bucal, y no se ve plasmado de una forma muy definida en los diferentes planes de salud existentes.

Tanto autoridades y la población en general lo toman como un simple servicio para aliviar el dolor de la cavidad oral de las personas que lo reciben, sin darse cuenta de la importancia que tiene el descuido de la salud oral, las graves repercusiones en términos de dolor y sufrimiento, los altos índices de caries

dental y pérdida dentaria, deterioro de la función y el efecto en la calidad de vida también debe ser considerado

Cabe mencionar, el Programa de Salud Bucal de la Secretaría de Salud ha presentado falta de apoyo económico, poco recurso humano, ausente inversión en suministros para llevar a cabo las labores, ausencia de interés para mejorar esta área de la salud, hasta llegar a ser eliminado, aun cuando le están violentando a diario este derecho a toda la población en general que llega a los establecimientos de salud sin una respuesta a su problema.

En lo que concierne a la accesibilidad económica, la población hondureña en su mayoría no accede a este servicio de salud por sus altos costos, no es un servicio gratuito a pesar que la salud es una obligación del estado, la población paga para acceder a este servicio, aun pagando no todos pueden acceder por el poco personal y pocas instalaciones con las que cuenta el estado para brindar este tipo de atención, en general la mayoría de las personas no cuentan con los recursos económicos suficientes para poder pagar este servicio por lo que pierden en su mayoría las piezas dentarias. Los precios que actualmente se manejan en esta institución son, obturaciones resina adulto Lps. 100.00, niños lps 50.00, extracción adultos Lps 50.00, niños Lps. 30.00 limpieza Lps. 100.00.

La accesibilidad cultural en Honduras presenta limitaciones al momento de acceder a este tipo de servicio por la falta de educación y desconocimiento de la importancia de la salud bucal, poseen una serie de mitos y creencias las cuales están arraigados y esto genera una limitante para su acceso. Las pocas oportunidades que tienen de acceder a este servicio la solución es la extracción dentaria, no permiten otro tipo de tratamiento ya sea por sus mitos y creencias o por miedo que si vuelve el dolor no pueda volver a tener acceso a este tipo de servicio; los mismos entes reguladores y autoridades han ido contribuyendo a esta situación de creencias, con el hecho de realizar brigadas odontológicas donde solo se presentan a realizar extracciones dentales sin explicarle al usuario de derechos las consecuencias y las medidas de prevención que debe poseer para no incurrir en esta circunstancia y manejar una buena salud oral.

La inadecuada información que reciben los pacientes que han tenido una mala experiencia odontológica, la falta de educación y prevención que realiza el sistema de salud, en especial en el área de odontología, que realiza una labor clínica y no va conjunta con la prevención, la cual no está incluida en los planes de salud, se orientan a dar charlas a las personas que asisten a los centros asistenciales, sin valorar que las charlas no son suficientes para lograr eliminar esta barrera y brindar prevención.

Entre los mitos y creencias que la gente a diario expresan se puede mencionar que un diente tapado duele, es mejor sacarse el diente porque así se quita de una vez el dolor, que con prótesis es mejor porque ya no van a doler los dientes y no van a tener que estar gastando, la pérdida del primer molar permanente es muy común en la población y su creencia radica en el hecho que creen es un diente de leche no importa que se pierda porque volverá a nacer, que las personas que se colocan prótesis totales tienen dinero, que tienen halitosis por infección del estómago, entre muchos.

La débil educación brindada durante la formación del recurso sobre ética, valores morales, como brindar este servicio con calidad y el desconocimiento que esto es un derecho de la población, aumentan las inequidades, si bien hay barreras que impiden el acceso antes mencionadas, en ocasiones estas barreras son causadas por el mismo recurso humano, su falta de compromiso con su labor, apatía hacia los más necesitados, falta de ética profesional y conocimiento de sus deberes tanto de profesionales como pasantes de servicio social, falta de fortalecimiento de la parte humanista, debido a esta circunstancia muchos doctores infieren y profesionales a la hora de realizar su labor se presentan con la idea de cumplir un requisito y un horario la falta de compromiso o conocimiento de sus deberes como ejecutor de este servicio de

salud crea una barrera de acceso a este servicio de salud, creando una brecha para poder cumplir el DAS (Derecho a la Salud) y DDHH (Derechos Humanos).

7. CONCLUSIONES

1. Características sociodemográficas encontradas, se concluyó que la población de mayor afluencia, son mujeres, en su mayoría el estado civil fue casado, tenían secundaria completa, eran amas de casa.
2. Los pacientes que asisten a la clínica dental del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo, tienen las mismas oportunidades de acceso al servicio de odontología, sean áreas de influencia o no, distintos estratos sociales, todas las razas, ya que atienden niños, adultos, embarazas, personas con VIH
3. En cuanto a una de las principales barreras de acceso a los servicios de odontología de la clínica dental del establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo predomino la barrera de tipo económica.
4. La segunda barrera que impide el acceso a los servicios de odontología, es la de tipo cultural, ya que los pacientes presentan ansiedad, debido a los mitos y creencias que se trasmiten (un diente tapado duele, que es mejor sacárselo así acaban con el dolor, historias de malas experiencia de pacientes).

5. Los conocimientos que posee la población sobre salud bucal y derecho a la salud son pocos o casi nulos, pensando que es responsabilidad de cada uno la salud, muy pocos lograron explicar si esta es considerada un derecho.
6. La falta de información sobre prevención y tratamientos dentales en los pacientes generan que asistan a los servicios de salud en caso de dolor, siendo la extracción el tratamiento más frecuente debido a factores económicos, por los elevados costos de los tratamientos dentales(endodoncia).
7. El desconocimiento del estado de salud y de las patologías bucales está relacionado con el descuido personal y la falta de información sobre cómo proteger la salud.
8. En cuanto a las barreras de tipo institucional, y físico, para el acceso a los servicios de odontología, a pesar de sus limitantes, la institución brinda atención a diario, para poder ayudar a las personas que asisten.
9. La clínica odontológica cuenta con el equipo y recurso humano calificado necesarios para atender las necesidades de los pacientes, siendo la falta

de insumos la limitante para dar solución a sus problemas de salud, ya que es responsabilidad del estado abastecer de los mismo, lo cual no se cumple siempre.

10. Los pacientes desconocen el horario de atención de la clínica dental, generando una barrera de acceso de tipo institucional, lo poco accesible de la jornada matutina, dificulta a los pacientes que laboran poder acceder a los tratamientos dentales.

11. Por las razones anteriores se considera que el país no está realizando su función como ente regulador de los servicios de salud, ni cumple con el artículo de la constitución de la república, donde expone que la salud es una responsabilidad del estado, confundiendo a las personas, en cuanto a sus deberes y derechos como ciudadano según artículos de ley del estado.

8. RECOMENDACIONES

1. A las autoridades responsables, ejecutar los artículos de la constitución, donde habla que el estado es responsable de brindar salud a la población gratuita, buscando estrategias, y programas que colabores para cumplir este propósito, ya que ningún ciudadano sin excepción alguna debería pagar por los servicios para conservar su salud.
2. A la Secretaria de Salud, ejecutar un plan de salud bucal y elaborar políticas y acciones y darles seguimiento, con el fin de mejorar la educación continua de la población y del recurso humano para mejorar la prevención de estas enfermedades, y evitar el alto índice de pérdida dentaria y enfermedades graves, llevando a cabo jornadas de educación continua tanto a prestadores de servicio, como ha derechohabiente.
3. A la Secretaria de Salud, como órgano rector, crear medidas de acceso a la información en todo nivel a la población con el fin de llegar a todas las áreas, y disminuir mitos y creencias que poseen las personas sobre los servicios dentales para mejorar el acceso a los mismos rurales como urbanos, instruyendo al personal de salud encargado de la atención para que estén capacitados y asuman su responsabilidad de explicarle a los pacientes en que consiste, causas y consecuencias de los tratamientos que se realizan, y las necesidades que presentan los mismos, y el

órgano rector (Secretaria de Salud) revisar el protocolo de trabajo en los establecimientos de salud con el fin de brindar el tiempo necesario para una atención de calidad.

4. Realizar por parte del órgano rector Secretaria de Salud, brigadas continuas no solo de extracciones dentales, sino que también se les de educación como cuidar su salud bucal, y se les dé seguimiento, para evitar mitos y creencias que obstaculizan una salud oral correcta, y así eliminar las barreras de tipo cultural.
5. A la SESAL incluir en los planes de salud, como prioridad la salud bucal, ya que desde el órgano rector es visto, no como un problema grave y de cuidado, por no causar mortalidad, sino como una situación más que ha quedado en el olvido, con bajos presupuesto y nulas campañas de promoción y prevención de la salud bucal.
6. Al estado, crear política de país, manuales, instrumentos, incluir un equipo multidisciplinario para que cada una exponga cada área de interés y todo se llevan a cabo con la misma importancia ya que la salud conlleva todo, aplicando de esta manera de forma correcta el concepto salud.
7. A la Secretaria de Salud, evaluar cada Establecimiento de salud que cuente con las medidas necesarias, recursos, insumos necesarios, para

que toda la población reciba acceso a la salud dental, y la educación necesaria y medidas de prevención, con el fin de mejorar la calidad de la atención brindada por los diferentes establecimientos, a fin de generar confianza en las personas que lo utilizan y poseer un libro de quejas y sugerencias que sea evaluado periódicamente a fin de mejorar la calidad de la atención.

8. Al establecimiento de salud promocionar la clínica odontológica, con el tipo de atención, horarios, colocar rótulo en la misma, con la finalidad de mejorar el acceso de la población.
9. Contratar más personal con el fin de poder brindar el servicio en ambas jornadas para garantizar una calidad de atención, en caso de no poder emplear más personal, valorar el que ya tienen y la posibilidad de distribuirlo en las distintas jornadas para cubrir las necesidades de los pacientes.
10. A la Facultad de Odontología de la UNAH revisar el pensum académico de la Carrera de Odontología, con el fin de incluir el tema de ética profesional, para garantizar una atención de calidad a los usuarios del 54 sistema de salud, y así generar confianza de los usuarios hacia los prestadores de servicios de salud.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Lafuente, P., Pérez de Mendiola, F., Aguirreb, B., Zabala Galán, J., Irurzun Zuazabal, E., & Gorritxo Gil, B. (15 de Marzo de 2002). Estilos de vida determinantes de la salud oral en adolescentes de Vitoria-Gasteiz: evaluación. *Atención Primaria*, 29(4), 213-217.
2. Abadia, C. (2006). Pobreza y Desigualdades Sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioética*, 12, págs. 9-22. Santiago.
3. Aballay, k. K. (2009). *Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población indígena mapuche-williche de Isla Huapi, Región de Los Ríos*. Santiago.
4. Aguilar E.F., S. F. (2017). Periodontitis una enfermedad multifactorial: Diabetes Mellitus. *Revista Iberoamericana de las ciencias de la salud.*, 6(11).
5. Carvajal, P. (2016). Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación oral. *Elsevier*, 9(3), 177-183.
6. Colegio Médico y Cirujanos de Costa Rica. (2012). Acta Medica Costarricense ISSN. *Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud Acta Maedica Costarricense*, 54, págs. 181-188. San José.
7. Comes, Y., Solitario, R., & Garbus, P. (2006). El concepto de Accesibilidad: La perspectiva Relacional entre población y servicios. *Anuario de investigación, Facultad de Psicología*, (págs. 201-209). Buenos Aires.
8. Comisionado Nacional de los Derechos Humanos. (2014). *Aspectos del servicio público de salud en Honduras(El derecho humano a la salud y el servicio público de salud)*. Tegucigalpa, Honduras.
9. CONADEH. (2014 Septiembre). *Aspectos del servicio publico de salud en Honduras(El derecho humano a la salud y el servicio publico de salud)*. Tegucigalpa, Honduras.
10. Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2014). Indicadores de acceso y uso efectivo de los

servicios de salud de afiliados al seguro popular. En C. N. Social, *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al seguro popular* (1er ed., págs. 27-28). Ciudad de México: Talleres graficos de México.

11. D.F., G., G, J., & S., S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica, Mexico, Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud*, (págs. vol.57, num.2). Cuernavaca, Mexico.
12. Espinoza-Usaqui, E., & Pachas-Barrionuevo, F. (Abril-Junio de 2013). Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Revista Estomatológica Herediana*, 2(23), 101-108.
13. Fajardo-Dolci, G. J.-S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública México*. 57. Cuernavaca, México: Secretaría de Salud.
14. Fajardo-Dolci, G., Gutierrez, J. P., & Garcia Saiso, S. (Marzo a Abril de 2015). *Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud*. Cuernavaca, México: ISSN.
15. Fernandez Gonzalez, Núñez Franz, & Díaz Sanzana. (Diciembre de Volume 4, Issue 3 2011). Determinantes de salud oral en población de 12 años. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 4(3), 117-121. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/S0718-5391\(11\)70078-7](https://doi.org/10.1016/S0718-5391(11)70078-7)
16. Figueroa Pedraza, D., & Cavalcanti Costa, G. M. (Enero de 2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la estrategia Salud de la Familia. *Enfermería global*, 13(33), 268-269.
17. Fiorat, R., & Carril Elui, V. (Marzo-Abril de 2015). Determinantes sociales de la salud, iniquidades e inclusión social entre personas con deficiencia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 329-336. doi:DOI: 10.1590/0104-1169.0187.2559
18. Frenk, J. (2003). *La salud de la población. hacia una nueva salud pública*. 2 ed. México: Fondo de cultura económica.

19. García Zavaleta, C. (abril a Junio de 2015). Equidad y Salud Bucal. *Revista Estomatológica Herediana*, 25(2), 85-86.
20. Gestion-Calidad, A. (2014 Enero). *Accesibilidad a los servicios publicos de salud: la vision de los usuarios de la estrategia Salud de la Familia*. Paraiba, Brazil: Programa en Campina Grande.
21. González Martínez, F., Puello del Rio, E., & Díaz Caballero, A. (Febrero de 2010). Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad Oral en familias de La Boquilla Cartagena- Colombia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(1), 27-35.
22. Landini, F., González Cowes, V., & D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la. *Cad. Saúde Pública*, 30(2), 231-244.
23. Misrachi, C., Manriquez, J., Fajreldin, V., Kuwahara, K., & Verdaguer, C. (2014). Creencias, Conocimientos y Prácticas en salud oral de la población Mapuche-Williche de Isla Huapi, Chile. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 25(2), 342-358.
24. Mitano, F., Arena Ventura, C. A., Ribeiro A., M. C., Bazilashe Balegamire, J., & Fredemir Palha, P. (2016). Derecho a la salud: (in)congruencia entre la estructura jurídica y el sistema de salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0995.2679>.
25. Moralesa A., B. J. (Agosto de 2016). Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: Cambios en los paradigmas. *Revista clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 9(2), 85-216.
26. Moreno-Martínez, F. J., Ruzafa-Martínez, M., Ramos-Morcillo, A. J., Gómez García, C. I., & Hernández-Susarte, A. M. (Agosto-Septiembre de 2015). Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil. *Atención Primaria*, 47(7), 419-427. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.004>
27. Narváez Trujillo, H., & López Ríos, E. F. (2015). Determinantes sociales y su relación con caries en niños de 1 a 5 años de la

fundación “niños de maría” de la ciudad de Quito durante el año lectivo 2011-2012.63-73. *Dialnet*, 17(1), 63-73.

28. Ocampo, P. (2015). Enfoque salubrista de la enfermedad periodontal. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 2(4), 2334-2501.
29. OMS. (2014). *Estrategia para el acceso universal salud y cobertura universal a la salud*. Washington, D.C.: OMS.
30. Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud y derechos humanos*.
31. Restrepo-Zea, J. H., Silva-Maya, C., Andrade-Rivas, F., & VH-Dover, R. (Julio-Diciembre de 2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 13(27), 242-265. doi:10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa
32. Rica, C. M. (Julio-Septiembre 2012). Acta Medica Costarricense ISSN. *Gestion de la accesibilidad y derecho a la salud Acta Maedica Costarricense*, (págs. vol. 54, num. 3). San Jose.
33. Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios. *Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social*, 82-9.
34. Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. (P. A. Alarcón., Ed.) *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89.

12. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS
POSGRADO DE SALUD PÚBLICA

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIO DE SALUD ORAL EN EL CENTRO DE SALUD DR. ALONSO SUAZO, REGIÓN
METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL ENERO- MARZO 2018

Lista de chequeo para suministros de personal, material y equipo odontológico

1. Horario de atención _____
2. Personal que labora en la clínica odontológica _____
3. Costos de tratamientos dentales explique

4. Cuentan con el equipo necesario para la atención de la población de
influencia del CESAMO explique

5. Cuentan con los insumos necesarios para a atención del área de influencia
de CESAMO,
Explique _____
6. Recursos que laboran en la clínica de odontología

7. Zonas de influencia de CESAMO

8. Pacientes atendidos diariamente promedio

9. Tiempo de atención por paciente

10. Educación en salud oral describa

11. Educación en la áreas de influencia del CESAMO describa

12. Describir la equidad y calidad de la atención que reciben los pacientes que asisten a la clínica de odontología



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS
POSGRADO DE SALUD PÚBLICA**

**ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIO DE SALUD ORAL EN EL CENTRO DE
SALUD DR. ALONSO SUAZO, REGIÓN METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL
ENERO- MARZO 2018**

**ENCUESTA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIO DE SALUD ORAL
(Encuesta al usuario)**

Objetivo: Caracterizar la accesibilidad de la población a los servicios de salud oral en el establecimiento de salud Dr. Alonso Suazo, 2018.

Lugar y Fecha: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- 1) Edad: a-) 0-4 años b-) 5-14 años c-) Embarazadas d-) Adultos
- 2) Sexo: a-) Hombre b-) Mujer
- 3) Estado Civil:
a-) Soltero b-) Casado(a) c-) Unión Libre d-) Divorciado e-) Viudo
- 4) Nivel de Escolaridad:
 - 1) Primaria incompleta
 - 2) Primaria completa
 - 3) Secundaria incompleta
 - 4) Secundaria completa
 - 5) Universidad incompleta
 - 6) Universidad completa
- 5) ¿Usted trabaja?
a) Si b) No c) No responde
- 6) ¿Actualmente a que se dedica?
 - a) Oficios domésticos
 - b) Estudia
 - c) Ama de Casa
 - d) Albañil
 - e) Dependienta tienda
 - f) Otro, especifique: _____
- 7) ¿Dónde vive actualmente?

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

- 8) ¿Considera importante la salud bucal al igual que el resto del cuerpo?
a) Si b) No c) No responde
- 9) ¿En qué o cuales casos acude usted al odontólogo?
a) Me duele la dentadura (dolor de diente o muela)
b) Un accidente
c) Indicación de un médico en la consulta
d) Caries
e) Limpieza
f) Me parece muy necesario la salud oral
g) No sabe/ No responde
- 10) ¿Se le dificulta asistir al servicio de odontología?
a) Si b) No c) No responde
- 11) ¿Porque se le dificulta asistir a odontología?
a) Por vivir muy lejos
b) Por falta de dinero
c) Me da miedo, especifique: _____
d) Ansiedad
e) Es doloroso e incomodo
f) Desconfianza de quien hace los procedimientos odontológicos (practicantes)
g) Es difícil conseguir cupo
h) Los horarios de atención son complicados
i) No hay privacidad a la hora de la atención
j) Por los efectos secundarios de los tratamientos
k) Me han tratado mal en consultas anteriores
l) Es una pérdida de tiempo venir
m) No sabe/ No responde
- 12) ¿Cuándo fue la última vez que fue atendido en las instalaciones del Centro de Salud?
a) < 1 mes
b) 1-3 meses
c) 3-6 meses
d) > 6 meses
e) Nunca/ No recuerda
f) No responde
- 13) ¿Quién le atendió en la consulta dental?
a. Asistente dental
b. Doctor/a
c. Mecánico dental
d. Otro, especifique _____
e. No se/no recuerdo
- 14) Horario de atención del Centro de Salud _____

- 15) ¿Cuánto tiempo espero para ser atendido?
- a) El mismo día
 - b) de 2 a 5 días
 - c) Más de 1 semana
 - d) No sabe/ No responde
 - e) Otro, especifique: _____
- 16) ¿Cuál fue el tratamiento odontológico que recibió?
- a) Extracciones
 - b) Limpieza
 - c) Endodoncia
 - d) No sabe/ No responde
 - e) Otro, especifique: _____
- 17) ¿Cuál de estos tratamientos se ha realizado con mayor frecuencia?
- a) Extracciones
 - b) Limpiezas
 - c) Endodoncia
 - d) Tapones
 - e) Otro, especifique: _____
- 18) Si el caso ha sido una extracción puede mencionarme, ¿por qué no procuraron salvarle su diente/muela?
- a) Me lo recomendó el doctor (a)
 - b) No quería seguir padeciendo
 - c) Porque no me queda tiempo para está yendo a cada rato al doctor
 - d) Por falta de dinero para seguir un tratamiento de ese tipo
 - e) Otro, especifique: _____
 - f) Conoce en qué consisten cada uno de los tratamientos antes descritos. ____
- 19) ¿Finalizó su tratamiento completo en el Centro de Salud?
- a) Si
 - b) No
 - c) No contesta/No recuerda
- 20) ¿Cuándo finalizó su tratamiento completo en el Centro de Salud?
- a) 15 días a 1 mes
 - b) De 1 a 2 meses
 - c) De 2 a 3 meses
 - d) De 3 meses en adelante
- 21) ¿Recibió instrucciones de cómo cuidar el tratamiento recibido en la consulta?
- a) Si
 - b) No
 - c) No contesta/No recuerda
- 22) ¿Recibió instrucciones de las posibles consecuencias del tratamiento realizado en la consulta?
- a) Si
 - b) No
 - c) No contesta/No recuerda
- 23) ¿Cuántas veces ha utilizado los servicios de odontología del CESAMO?
- a) De 1 a 4
 - b) De 5 a 10.
 - c) Más de 10 veces
- 24) ¿El consultorio se encuentra limpio y en buenas condiciones?
- a) No
 - b) Si

25) ¿Se sintió satisfecho (a) con la atención recibida?

- a) Si b) No

¿Por qué? _____

BARRERAS PERSONALES QUE IMPIDEN LA ASISTENCIA AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA.

26) ¿Por qué cree usted que tiene problemas odontológicos?

- a) Por el tipo de comida
b) Por no lavarse los dientes
c) Herencia en la familia
d) Por la edad
e) Por genero
f) Por embarazo, diabetes u otro padecimiento
g) Por el tipo de cepillo que usa
h) Por no ir al odontólogo
i) Porque tomo medicamentos que lo provocan
j) Por descuido personal
k) No se/No responde
l) Otro, especifique: _____

27) Cuantas veces al día se cepilla los dientes

- a) NUNCA B) 1 C) 2 D)3 E) 4 a más.

28) Mencione las razones por las que solo lo hace ese número de veces

29) Que técnicas fuera del consultorio ha utilizado para calmar el dolor de los dientes

- a) aceite de batería de carro
b) anestésico local
c) trituré una pastilla y me la puse
d) me puse canela en polvo
e) alcohol
f) otro mencione _____

a) _____

30) ¿Qué hace usted cuando tiene problemas odontológicos o dentarios?

- a) Voy al Centro de Salud
b) Voy al técnico de la localidad
c) Tomo remedios caseros
d) Nada y me aguanto
e) Otro, especifique: _____
f) No sabe/ No responde

31) ¿Cree que es importante la promoción (educación) en salud oral?

- a) Si b) No c) No responde

32) ¿Considera usted que la salud oral es un derecho

- a) Si b) No c) No responde

¿Por qué?

33) ¿Qué es salud oral para usted?

- a) Cuidado de la boca
- b) Cuidado de los dientes
- c) Tratamiento odontológico (medicamentos)
- d) No se/No responde
- e) Otro, especifique, _____

34) ¿Ha asistido a jornadas de educación en salud oral?

- A) Si
- b) No
- c) No responde

35) Ha presentado mal aliento en la boca o conoce alguien que lo padezca

- a) Si
- b) No
- c) No responde

36) conoce las razones que lo provocan

- a) mal cepillado
- b) placa bacteriana
- c) infección del estomago
- d) infección de la garganta
- e) rinitis
- f) otro mencione _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN