

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen
Volume **59**

Número
Number **3**




Mayo-Junio
May-June **2002**

Artículo:




Factores que influyen en la utilización
de los servicios odontológicos.
Revisión de la literatura

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com



Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos.

Revisión de la literatura

MSP Norma Lara Flores,* Víctor López Cámara*

* Profesores-Investigadores del Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México, D.F.

Resumen

En el presente trabajo se examina el problema referente a la utilización de los servicios odontológicos en diferentes grupos de población a través de la revisión de estudios realizados en las últimas tres décadas en distintos países. Se analizan los factores que, según la mayoría de los autores, tienen mayor influencia para que la gente decida o no acudir a un servicio dental, presentando resultados de diversos trabajos, así como dos modelos teóricos que explican este proceso y algunas consideraciones metodológicas. Se reflexiona por último sobre su posible aplicación en estudios para la realidad de nuestro país.

Palabras clave: Atención odontológica, servicios odontológicos.

Abstract

The use of dental services among different population groups in the last three decades in several countries is reviewed.

The factors that most of the authors consider had the influence for the people to decide whether or not to attend dental services and the results of different studies as well as two theoretical models that explain the process and methodology are analyzed. The application of these studies for Mexico is taken into consideration.

Key words: Dental care, dental services.

Introducción

Para la investigación odontológica existe un amplio campo de problemas sociales, culturales y de la conducta que se sabe influyen en la salud bucal de la población; su estudio ha permitido entender y explicar los comportamientos de individuos y grupos frente a las enfermedades buco-dentales y ante la necesidad de recibir atención profesional. Uno de los problemas que ha suscitado interés y ha sido estudiado desde hace más de tres décadas en los países desarrollados es el relativo a la utilización de los servicios odontológicos. Los estudios se han centrado en descubrir cuáles son los factores que influyen para que las personas decidan o no acudir al dentista en caso de necesidad. Al identificar una gran cantidad de variables que parecen estar asociadas con la decisión de buscar ayuda profesional, se han adoptado modelos explicativos que pretenden esclarecer las relaciones entre las características individuales, sociales, económicas y culturales que producen distin-

tos patrones de uso. Sin embargo, ha sido necesario que los investigadores establezcan algunos criterios comunes para que sus trabajos sobre este tema puedan ser comparados o incluso confirmados en otros países.

La primera cuestión que se requiere precisar es qué se entiende por utilización de los servicios odontológicos. Utilizar significa hacer uso de algo pero, aplicado a los servicios de salud, el término no siempre es claro ya que no da cuenta de la magnitud o el grado en que una persona o un grupo de la población hacen uso de un servicio; tampoco distingue el tipo de servicio utilizado y el contenido de la atención, es decir, las acciones de salud incluidas en el momento de la prestación. Adicionalmente según algunos autores se requiere precisar las diferencias entre la utilización y la demanda. En este sentido Shortell,¹ establece la diferencia señalando que demanda es: "la cantidad de servicios de salud que los individuos desean consumir, a costos específicos, usando los recursos financieros de que disponen y considerando sus prioridades fren-

te a otros bienes o servicios"; utilización en cambio es "la cantidad real de servicios que es consumida cuando la demanda desencadena el proceso de atención". Esta definición, sin embargo parece estar orientada solamente a los servicios privados es decir, cuando éstos se obtienen por pago directo. De la Revilla² por su parte, define la demanda como "el momento en que un individuo que asume el rol de enfermo, decide buscar ayuda y acude a un servicio para solicitar su atención". La utilización en cambio existe cuando "un individuo demandante de servicios recibe realmente asistencia". Así, un requisito para la utilización de un servicio de salud es el acceso a dicho servicio, entendiéndolo al igual que Donabedian,³ como el grado de "unión-ligadura" entre el usuario y el sistema de salud de forma tal, que en el concepto de utilización se incorpora el de demanda efectiva.

Para el caso de los servicios odontológicos, Brown y Lazar,⁴ señalan que la utilización de atención dental es la cantidad de personas que tuvieron acceso a estos servicios en un periodo de tiempo determinado. Esta definición implica un requisito importante que es el de la medición. ¿Cuál es el denominador?, ¿Cómo puede establecerse el grado de utilización de los servicios dentales?, ¿Cómo determinar si un individuo o un grupo usan poco o mucho este tipo de servicios? Se ha propuesto que la utilización puede ser medida en diferentes dimensiones:⁵

- *Tipo*: Se refiere a cuál es el servicio usado. En México, por ejemplo, las personas pueden haber usado servicios privados, públicos o de la seguridad social y en ciertas circunstancias pueden recibirlos sin solicitud previa, como es el caso de programas preventivos, de vacunación y atención dirigida a escolares, entre otros.
- *Propósito*: En este sentido se pueden diferenciar los motivos de solicitud: prevención, urgencia o tratamiento no consecutivo a dolor o malestar. Se ha demostrado que las variables que influyen en la decisión de buscar atención dental preventiva difieren con respecto a las que se asocian con la solicitud de servicios curativos.⁶ En el primer caso, la educación, el nivel socioeconómico y los estilos de vida parecen más importantes, mientras que en el segundo, la necesidad percibida, puede aparecer como el factor desencadenante de la solicitud de servicios.
- *Volumen*: Es la cantidad de servicios odontológicos utilizados. Se ha medido por el número de visitas al dentista en un periodo de tiempo determinado. Algunos estudios toman el último año, que es un periodo de tiempo que puede ser recordado cuando la información se obtiene por entrevistas. No obstante esta medida es imprecisa debido a que todas las visitas son tratadas como si tuvieran el mismo contenido sin considerar la cantidad de servicios incluidos en cada

una. Por lo anterior algunos autores han empleado el concepto de "no utilización" como un espejo para determinar la falta de visitas en un periodo de tiempo.⁷ Por ejemplo: "¿Desde cuándo no visita al dentista?" Esta medición, sin embargo, puede producir errores debido a que la gente falla en admitir que no ha asistido al dentista por ello, se ha señalado que una de las mejores medidas de volumen de utilización encontradas, es la relación entre la primera visita dental sobre una serie de visitas, lo cual nos da un acercamiento a la continuidad de la atención y la distingue de la utilización esporádica, aunque no resuelve el problema de que una sola visita puede contener una o varias acciones o tratamientos.

No existiendo hasta ahora una forma única de medir la utilización, se ha insistido en que es necesario hacer explícito cómo será definida y por tanto cómo será medida, en cualquier estudio al respecto.

En cuanto a los factores que influyen en la utilización, se ha observado que ésta se ve afectada por aspectos como: edad, sexo, educación, ingreso, ocupación, estatus socioeconómico, disponibilidad de servicios, ubicación geográfica, aspectos culturales, actitudes frente a la salud, valores, estilos de vida, experiencias previas de atención y presencia o ausencia de síntomas, entre otros.⁸ Es decir, la utilización no se da en forma homogénea en la población, sino que depende de la combinación de diferentes aspectos que se relacionan con las características de los individuos y grupos, las necesidades presentes y las condiciones de acceso a los servicios. La situación socioeconómica influye pero no es la única determinante en el uso de estos servicios. Por lo anterior se han llevado a cabo un amplio número de estudios, la mayoría de ellos en países desarrollados, cuyos resultados sugieren patrones diferenciados de uso de acuerdo a las características de distintos tipos de población.

Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos

a) Sexo y edad

Estas variables se incluyen en prácticamente todos los estudios sobre utilización de servicios dentales pero en general, se abordan con relación a otras. En el caso de la variable sexo, Andersen,⁹ encontró que una mayor proporción de mujeres, más que de hombres en edad adulta, habían visitado al dentista durante el año anterior y también tuvieron más visitas por año, sin embargo, esta diferencia no fue significativa en el caso de los niños, sobre todo cuando éstos disponían de servicios escolares de atención dental. En otro estudio en adolescentes de entre 14 y 18 años de edad, las visitas al dentista fueron

ligeramente más frecuentes en mujeres (89%), que en hombres (81%), pero la diferencia se asoció también con la ocupación de los padres, siendo que, aquellos jóvenes hombres y mujeres cuyos padres tuvieron una ocupación de menor estatus, o eran agricultores, visitaron menos al dentista.¹⁰ En un trabajo llevado a cabo en los Estados Unidos, a partir de la recopilación de datos de numerosos estudios de utilización realizados entre 1983 y 1997, se encontró un incremento real en el uso de servicios dentales en ese periodo en todos los grupos estudiados, pero las tasas siempre fueron más altas en mujeres que en hombres, aumentaron en relación con la educación y decrecieron con la edad.¹¹ Lo anterior sugiere una tendencia hacia el mayor uso de servicios dentales en mujeres, mediado por otros factores como educación, ocupación y edad.

En cuanto a la edad, Gift¹² encontró un patrón de utilización que hace una curva en forma de una pera invertida, con los grupos de niños pequeños y viejos usando servicios dentales con muy poca frecuencia. Estudios realizados en Europa mostraron que la alta utilización en niños en edad escolar, se debió a los programas gratuitos que funcionaban en la mayoría de las escuelas ofrecidos a través de los sistemas de salud. No obstante, antes de los 6 años, la mayoría de los niños había tenido muy poco contacto con el dentista.¹³ A su vez, Waldman¹⁴ reportó que en los Estados Unidos, a pesar de la notable disminución en la prevalencia de caries dental en los niños y de que aproximadamente el 70% de escolares habían visitado al dentista, una proporción alta de pre-escolares continuaba con necesidades dentales no atendidas, particularmente los grupos provenientes de minorías étnicas, de bajos ingresos, con familias desintegradas e incapacitados. En Nueva Zelanda se observó una tendencia a la disminución de la caries dental y de necesidades de atención en adolescentes, posterior a la inclusión de ese grupo en un programa general de atención dental.¹⁵ Asimismo, se observó un incremento en las visitas al dentista y también que, a diferencia de la idea de que los adolescentes son descuidados en cuestiones de salud bucal, este grupo estaba interesado en tener más información acerca de cómo prevenir enfermedades bucales y mantener sus dientes para toda la vida.¹⁶

b) Educación

Con respecto a la educación, frecuentemente se ha usado la de los padres o jefes de familia para estudiar la utilización en los niños, encontrándose que en los grupos con más educación la utilización se incrementa.^{17,18} Sin embargo, cuando esta variable se mide solamente por escolaridad no refleja los aspectos culturales, las creencias y los valores que frente a la salud tienen los diferentes grupos y por lo tanto, pierde precisión.¹⁹ Respecto de este

punto, la orientación de los padres y una temprana socialización de los niños con el dentista han mostrado que pueden influir en una mejor utilización. Blinkhorn,²⁰ por ejemplo detectó que madres motivadas para que sus hijos tuvieran educación dental a temprana edad incrementaron la utilización de los servicios y por su parte, Schneider²¹ encontró que un programa preventivo para menores de 4 años en donde la educación de los padres fue una de las principales estrategias, aumentó el número de pacientes citados para tratamientos preventivos y adicionalmente favoreció conductas positivas en relación con consumo de azúcares e higiene bucal. La influencia de la educación de los padres²² ha sido mostrada también en adolescentes que usaron más servicios dentales en proporción directa al grado de escolaridad de sus padres. En estudios con adultos se encontró que, la utilización de servicios dentales decreció en el siguiente orden: edéntulos, bajo nivel socioeconómico y bajo nivel de educación.²³ De esta manera la variable educación, entendida como escolaridad y también de manera más amplia como el desarrollo de actitudes positivas hacia la salud, sigue siendo considerada una de las que con mayor frecuencia explica el uso apropiado de los servicios dentales.

c) Actitudes y valores

En el caso de la atención odontológica, algunos factores subjetivos que han sido asociados con el uso limitado de servicios son; el miedo o la ansiedad que puede producir el tratamiento dental.²⁴ En los niños, el miedo al dentista ha sido asociado también a otros factores como son los problemas familiares y la insatisfacción de las madres con sus propios tratamientos previos, lo cual favorece conductas de rechazo a la atención dental.²⁵

Por otro lado, Misrachi y Saenz,²⁶ estudiaron los conceptos sobre el proceso salud enfermedad de una población rural chilena, específicamente en relación con las enfermedades bucales, con el propósito de contribuir al conocimiento de sus comportamientos en la búsqueda de atención. Estos autores señalan que las creencias en salud conforman una gama de elementos culturales que se vinculan con factores socioeconómicos y que se expresan en respuestas de la población que abarcan desde el uso de tratamientos tradicionales hasta el uso del sistema médico oficial. Por ejemplo, la identificación de los principales problemas de salud bucal reconocidos por la población, los llevó a establecer cuáles fueron las conductas que llevaron a cabo para afrontarlos y en qué medida estas conductas correspondían con las que los profesionales consideraron adecuadas en términos de prevención efectiva y solicitud de atención profesional. Los aspectos relacionados con las actitudes de la población frente a la salud, así como sus valores y costumbres han sido sugeridos como variables importantes que explican

la utilización de servicios dentales preventivos, así también como el uso de remedios caseros, la automedicación y la selección de la fuente de atención que puede ser institucional, privada e incluso de curanderos y agentes de salud tradicionales.²⁷

d) Estatus socioeconómico

El ingreso del jefe de la familia es una de las variables que se ha relacionado fuertemente con utilización, debido a que representa la capacidad de pago por un servicio y constituye una de las barreras de acceso más frecuentemente reportadas. La asociación no es enteramente lineal pero en la práctica se ha encontrado una gran diferencia en el uso de servicios dentales entre grupos con diferentes niveles de ingreso. A este respecto, Newman²⁸ señaló que la relación no está suficientemente confirmada, ya que la capacidad de pago "per se" no explica porqué los diferentes grupos utilizan diferentes tipos de servicios dentales, lo cual refleja posibles patrones de consumo. Con respecto al estatus socioeconómico, este indicador para algunos autores está compuesto por ingreso, ocupación y educación. Usando este criterio se ha observado que la utilización de servicios, tanto médicos como dentales se incrementa en la medida en que el estatus es más alto.²⁹ Sin embargo, esta medida tampoco explica de manera suficiente las diferencias en el porqué la gente visita al dentista (prevención vs atención restaurativa) y qué opinión tienen respecto a la frecuencia con que es necesario realizar dichas visitas.

La ocupación del jefe de familia se ha empleado para estudiar la utilización de los dependientes y la ocupación de cada uno de los adultos ha sido usada para estudios en población en edad económicamente activa. Según Gifth,³⁰ los grupos ocupacionales clasificados en rangos por diferentes niveles de capacitación muestran que los que estuvieron en niveles profesionales y ejecutivos tenían mayor utilización que aquéllos cuyos niveles de ocupación eran de rango medio o más bajo. También señala que en estos estudios se identificó la limitación para medir el desempleo o subempleo ya que éstas suelen ser condiciones temporales. Petersen³¹ también encontró diferencias en el grado de utilización de servicios dentales en distintos grupos ocupacionales, pero en desempleados halló tasas altas de visitas al dentista, probablemente relacionadas con los sistemas de atención que algunos países desarrollados tienen para estos grupos y el mayor tiempo disponible para asistir.

Cuando se ha analizado la influencia del estatus socioeconómico frente a otras variables como son: edad, sexo y condiciones de salud bucal, el riesgo relativo para no visitar al dentista se concentra en las variables socioeconómicas y de educación.³² Estos hallazgos son particularmente importantes ya que los estudios se han rea-

lizado en países cuya población, en general, tiene un nivel de vida alto, lo cual hace suponer que en países con grandes diferencias socioeconómicas y bajo nivel de vida de su población, estos factores pueden tener mayor peso.

e) Características de los servicios dentales

El acceso geográfico a los servicios en sitios urbanos, no tuvo una fuerte relación con la utilización puesto que en los Estados Unidos la gente motivada para ir al dentista acudió aun a lugares en donde éstos se ubicaban lejos (más de 16 km), sugiriendo este estudio que la aceptabilidad fue más importante que la distancia.³³ Esta situación ha sido distinta en sitios con mayores dificultades de transporte, en zonas rurales y ha sido mencionada como una limitante de acceso para los ancianos.³⁴

En cuanto a otras características de acceso, en la mayoría de los estudios se ha demostrado que el contar con una fuente de atención, influye directa y positivamente, en el uso de los servicios. Kronnenfeld,³⁵ encontró que, de aquellas personas que contaban con servicios dentales por vía de un seguro, 67% habían visitado al dentista por lo menos una vez al año mientras que sólo el 18% de las que carecían de una fuente de atención lo hicieron, aunque hubo diferencias por edad y sexo. Otros autores han reportado la asociación entre poseer una fuente regular de atención y mayor número de visitas al dentista, pero también una mayor continuidad en los tratamientos³⁶ y una mayor utilización en ancianos.³⁷

Se ha demostrado también que, al contar con un servicio dental estable se producen mejores hábitos de cepillado dental y mejor conservación de la dentadura en adultos, así como un mayor número de visitas sin mediar síntomas.³⁸ Un estudio sobre los resultados del seguro dental danés que abarcó entre 1975 y 1990, mostró que a partir de su implantación se incrementó la utilización en todos los grupos de población, pero también el panorama de los servicios dentales cambió de ser predominantemente "restaurativo o extraccionista" a "diagnóstico/preventivo".³⁹

En el caso de los niños, se ha encontrado que si la atención proviene de sistemas estructurados de servicio dental para pre-escolares y escolares cuando éstos dejan la escuela y por lo tanto ya no cuentan con la atención regular, la utilización desciende.⁴⁰ Sin embargo, aun en familias de bajos ingresos, cuando los niños cuentan con un servicio dental asegurado la utilización es alta. En un amplio estudio llevado a cabo en 6,300 niños de Carolina del Norte en Estados Unidos, los niños que tenían atención dental vía Medicaid presentaron menor número de necesidades no cubiertas (19%) comparados con niños que no tenían este beneficio (33%), lo cual indica que los primeros, es decir los que contaban con esta prestación, tuvieron más visitas al dentista.⁴¹

La mayoría de los estudios al respecto sugieren que la gente usa los servicios dentales cuando dispone de ellos y que esta variable es más explicativa que el acceso geográfico, las diferencias culturales y los sistemas de atención. Es decir, los seguros sociales y privados, u otros mecanismos para hacer accesible la atención dental, neutralizan las limitaciones económicas e incluso de educación. No obstante, una vez superadas éstas, algunas características de la organización de los servicios pueden convertirse en barreras hacia los usuarios quienes pueden sentirse rechazados por el servicio. Entre las más importantes se encuentran los tiempos de espera, el ambiente de la atención, el trato que reciben los usuarios tanto del dentista como del personal de apoyo y la satisfacción con la atención.

f) Contacto previo y satisfacción con los servicios

Recientemente algunos autores han identificado que por ejemplo, los pacientes que se sienten bien tratados son más proclives a mantener sus citas y seguir las indicaciones del profesional, lo cual significa que hacen un mayor y mejor uso de los servicios.⁴² La satisfacción del paciente se basa en actitudes y sentimientos hacia el proveedor y los servicios recibidos. Esas actitudes se forman como resultado, de la interacción dentista-paciente o bien son transmitidas en la persona por otros, generalmente familiares o amigos. Así la satisfacción ha sido considerada como una medida de resultado de los servicios de salud. En odontología, Kriesberg y Treiman,⁴³ hicieron un amplio estudio en el que se examinaron los resultados de entrevistas del National Opinion Research Center de los Estados Unidos, y encontraron que los pacientes valoran mucho la habilidad del dentista para reducir el miedo, la ansiedad y el dolor. En estudios posteriores, también basados en la opinión de los pacientes, se ha presentado como una constante la valoración que éstos hacen de la personalidad del dentista, su capacidad de comunicación, el brindarles información acerca de cómo prevenir problemas bucales y ante todo, su habilidad para disminuir el miedo y el dolor.⁴⁴

La relación dentista-paciente afecta la utilización, sobre todo cuando las actitudes frente al valor de la salud bucal difieren entre ambos. En un estudio sobre actitudes de padres de estrato socioeconómico bajo, se encontró que éstos dan mucha importancia al trato del profesional frente al niño,⁴⁵ sin embargo, los dentistas suelen creer que los padres y las madres de clase baja no valoran la salud bucal de sus hijos, cuando en realidad ellos lo hacen. Milgrom y colaboradores⁴⁶ encontraron que hay estereotipos de los dentistas frente a sus pacientes pobres o viejos y otras investigaciones han puesto de manifiesto que estos estereotipos afectan incluso sus decisiones de tratamiento en la atención de los pacientes:

Por ejemplo, un análisis del tipo de tratamiento otorgado a un grupo de pacientes sudafricanos indicó que, el 60% de los dentistas usó más del 60% de su tiempo en realizar extracciones a los pacientes negros y un mínimo tiempo para prevención, en contraste con lo que ocurrió en los consultorios para pacientes blancos, concluyendo los autores que entre las barreras menos reconocidas pero más importantes para la atención dental, se encontraban las actitudes de los dentistas y la relación dentista-paciente.⁴⁷

En un estudio con usuarios de servicios dentales públicos dirigidos a población de bajos ingresos en México, D.F., se encontró un alto grado de satisfacción con la atención recibida (97%) y ésta se relacionó con el trato amable y la explicación del dentista sobre el tratamiento que iba a instaurar, mientras que los porcentajes de menor satisfacción se asociaron con el dolor (60%) y el tiempo de espera (61%).⁴⁸

La mayoría de los estudios sobre satisfacción con los servicios dentales desde 1980 se han centrado en explicar la percepción de los pacientes sobre algunas características de los servicios y su relación con el profesional, sin embargo, un trabajo reciente sugiere que la satisfacción es el resultado de un complejo proceso en el que primero se deben observar los atributos de los servicios dentales, pero en segundo lugar es necesario estudiar cómo los diferentes grupos reaccionan frente a esos atributos. Así, el hecho de que se encuentren altas tasas de satisfacción, aún en grupos de pacientes que han tenido malas experiencias, puede explicarse porque los pacientes responden de acuerdo a lo que ellos piensan que los servicios "deberían" y "no deberían" cumplir (*deber ser*) y lo que puede o no ser responsabilidad de ellos (*culpa*), de manera que sus expectativas se modifican de acuerdo con una escala de valores que puede atenuar su visión crítica ante la atención recibida.⁴⁹

g) Conductas preventivas y percepción de las necesidades de atención

Una orientación preventiva en los padres puede influir en el uso oportuno de servicios dentales en los niños como ha sido mostrado en estudios realizados por Suchman y Rothman.⁵⁰ Además, evidencias empíricas indican que los padres tienen una gran influencia en los hijos respecto de la adopción de conductas preventivas, por lo cual Rayner⁵¹ enfatizó la necesidad de fomentar conductas saludables en los padres, particularmente en la madre, como una vía para mejorar las prácticas de higiene bucal en los niños y señaló que los programas de salud escolar deberían enseñar medidas de prevención para mejorar las condiciones de higiene y salud bucal de las madres, si estos programas pretenden cambiar la conducta de los niños en este sentido. En un estudio llevado

a cabo en Inglaterra sobre patrones de consumo de azúcar en madres y sus niños se demostró que hubo cinco veces más episodios de consumo de azúcar en niños cuyas madres acostumbraban adicionarla en su café, que en aquellas que no la consumían, lo que confirma las apreciaciones de estos autores.⁵² En este mismo sentido, en un estudio reciente se observó, que las consultas médicas preventivas en los niños, son indicadores que pueden predecir o asociarse con las visitas al dentista, más aún que las necesidades reales de atención dental.⁵³

El estatus socioeconómico, la educación y los factores culturales relacionados con el grupo de pertenencia, han sido asociados con hábitos preventivos y de autocuidado, a su vez, los servicios tienen también influencia en las conductas preventivas. Así, en trabajadores de entre 38 y 65 años de edad con seguro dental que incluía un programa preventivo, Ahlberg,⁵⁴ encontró que tuvieron mejores hábitos de cepillado dental y visitaron con mayor frecuencia al dentista para revisión. Por otra parte, William⁵⁵ sostiene que, a diferencia de los servicios privados o de pago directo, los servicios que provienen de los seguros sociales pueden guiar más a los usuarios para reducir las barreras de información y mejorar sus conductas en salud, siempre y cuando el personal profesional y auxiliar esté capacitado y orientado hacia la prevención.

Sobre las necesidades percibidas por las personas, el dolor dental aparece como una de las manifestaciones más indicativas de la necesidad de acudir a un dentista. Andersen y Newman,⁵⁶ mostraron la relación entre la presencia de dolor y la subsecuente búsqueda de atención dental. También Baerum y Arnljot,⁵⁷ al estudiar una población danesa de adultos, encontraron que una de las causas más frecuentes para no haber visitado al dentista en hombres fue el que no habían tenido dolor.

En contraste con lo anterior, en una revisión de estudios realizados entre 1965 y 1980, relacionados con la ansiedad y el dolor que puede producirse durante la atención odontológica, se encontró que el miedo y el dolor ante el tratamiento dental pueden ser un factor para no acudir al dentista y que pocos estudios se han orientado hacia buscar cómo modificar las conductas de los distintos grupos frente a estos problemas, para que no se conviertan en una barrera para usar los servicios.⁵⁸

En estudios más recientes, se ha buscado cómo medir la percepción que tienen las personas sobre su salud bucal para que ésta represente una perspectiva individual y subjetiva de este fenómeno. Una manera usada frecuentemente es preguntar: ¿Cómo calificaría usted el estado actual de su salud bucal? El análisis de las respuestas examina la asociación entre edad, sexo, raza y salud percibida a través de un conjunto de variables entre las cuales se encuentran, edentulismo, aspectos funcionales, dolor y otros síntomas. Los resultados señalan que las

percepciones cambian de acuerdo a factores demográficos como la edad y el sexo y con haber usado servicios dentales.⁵⁹ Con este enfoque fue realizado un estudio con población de un país en desarrollo cuyo objetivo era conocer el impacto de las enfermedades bucales en la vida diaria de una muestra de 501 adultos, quienes fueron interrogados sobre problemas físicos, psicológicos y sociales que habían limitado su actividad y desempeño cotidianos. El 73.6% de los participantes reportó limitaciones en su vida asociadas a problemas dentales; el aspecto más afectado fue el comer (49.7%), seguido de la estabilidad emocional (46.5%) y sonreír (26.1%). Las limitaciones menos frecuentes fueron las físicas, el trabajo y dormir. No obstante dolor y molestias se reportaron en un 40% del grupo estudiado.⁶⁰ Otros trabajos han encontrado que la percepción de una mala salud bucal está inversamente relacionada con el número de visitas anuales al dentista.⁶¹

Se puede afirmar que las conductas preventivas y las necesidades percibidas se asocian con la utilización de los servicios pero mediadas por otros factores que han sido analizados anteriormente. Como se puede apreciar, en el caso de la percepción de las necesidades, éstas no se manifiestan exclusivamente por el dolor, aunque éste es uno de los más importantes indicadores, sino también en problemas de la vida cotidiana muy estrechamente relacionados con aspectos psicológicos y sociales. Sin embargo, llama la atención el que, por un lado los síntomas percibidos sean frecuentemente los detonadores de la búsqueda de atención y por el otro, las personas que se autoperciben con una mala salud bucal sean las que tienen una baja utilización de los servicios. Esto permite suponer que cuando se utilizan los servicios como respuesta al dolor, esta utilización es esporádica y discontinua, en contraste con lo que ocurre cuando los servicios se usan para prevención o en forma regular.

Hay también algunos estudios que documentan la baja utilización de servicios dentales en grupos de embarazadas, mujeres pobres, en ancianos con limitaciones físicas, personas que viven como refugiados e ilegales en países desarrollados, pacientes VIH positivos y otros grupos vulnerables. Estos trabajos nos muestran la brecha que existe entre las necesidades reales y percibidas de amplios grupos de población en diferentes lugares del mundo y las dificultades para recibir atención odontológica.

Dos modelos explicativos

Para mostrar cómo se agrupan e interactúan las diferentes variables o factores, para producir distintos patrones de uso de los servicios de salud, se han propuesto diversos modelos explicativos, los cuales son propuestas teóricas que tienen como propósito probar hipótesis de aso-

ciación o causalidad. En la investigación odontológica sobre este tema, se han empleado modelos que se diseñaron para explicar la utilización de servicios de salud en general, pero las variables estudiadas han sido adaptadas a las particularidades de los servicios dentales. De entre los modelos más frecuentemente empleados por los investigadores presentamos dos. El primero, llamado de "Creencias de salud" ha tenido una gran influencia hasta nuestros días y plantea el porqué las personas pueden o no adoptar conductas preventivas y usar servicios de salud oportunamente y el segundo, conocido como "Modelo integrado", ha sido propuesto como un conjunto de hipótesis para entender el uso de servicios curativos.

1) Modelo de creencias de salud

Este modelo fue desarrollado por Rosentock,⁶² para investigar la utilización de servicios preventivos. Este autor formula que las conductas preventivas pueden explicarse considerando tres aspectos: a) cuando una persona se siente susceptible a la enfermedad, b) cuando siente que la severidad de la posible enfermedad puede interferir con algunos aspectos de su vida y c) cuando siente que los beneficios de una acción preventiva pueden valer el costo económico y personal que implica su adopción. Sin embargo, aunque se han podido probar relaciones de causa efecto entre los factores del modelo y el número de vistas preventivas al dentista, en un estudio de tres años de seguimiento, las variables de educación e ingreso estuvieron asociadas con mayor fuerza que las creencias.⁶³

2) Modelo integrado

Uno de los primeros modelos integrados que se desarrolló para mostrar la relación entre los diversos factores que intervienen en la utilización de servicios de salud fue propuesto por Andersen,^{64,65} en éste se agrupan tres tipos de variables independientes que actúan influyendo en la conducta de utilización de cualquier servicio de salud:

- a) Variables *predisponentes*: que son el conjunto de características sociodemográficas que condicionan una mayor probabilidad de utilizar los servicios. En este grupo se incluyen edad, sexo, etnia, estado civil y educación. También se consideran las creencias y actitudes sobre la enfermedad y algunos aspectos relacionados con la familia, como son su estructura y el número de integrantes.
- b) Variables *facilitadoras*: son aquellas que pueden impedir o facilitar el uso de los servicios. Entre ellas se encuentran los ingresos, si se cuenta con algún tipo de seguro social o privado, la accesibilidad geográfica y aspectos relacionados con la organización misma de los servicios, incluyendo la relación médico-paciente u odontólogo-paciente.

- c) Variables de *necesidad*: son entendidas como la percepción de un cambio en el estado de salud. Este cambio puede ser valorado de acuerdo al punto de vista del profesional (valoración objetiva), o bien según la percepción del individuo enfermo y su familia (valoración subjetiva).

Usando este modelo, en un estudio realizado en adultos de Hong Kong, se encontró que de las variables facilitadoras, la más importante fue el contar con una fuente de atención asegurada, ya que ésta se asoció al uso regular de servicios dentales y una mejor orientación preventiva en el 50% de los participantes. Un análisis discriminante mostró siete factores y tres interacciones que permitieron clasificar al 68% de los individuos en categorías de uso previamente establecidas como correctas.⁶⁶

Los modelos descritos han sido empleados para probar hipótesis acerca de las posibles relaciones entre los factores individuales, familiares, psicológicos, sociales y de los servicios con el mayor o menor uso de la atención dental. Lo que se pretende es conocer cuál es el peso de cada uno de estos factores en el comportamiento de los diversos grupos de población, asumiendo que debido a las particularidades de éstos, podrán observarse diferentes patrones en la utilización de los servicios.

Aspectos metodológicos

Los estudios sobre utilización de servicios dentales reportados en la literatura a lo largo de las tres últimas décadas, presentan resultados valiosos sobre el tema ya que lo han abordado desde diversos ángulos y en una gran variedad de grupos poblacionales, situaciones y relaciones. Además de ello, también se encuentran diferencias metodológicas en el diseño de los estudios, las formas de obtener la información y el análisis de los datos. Por ejemplo, algunos de estos estudios son retrospectivos puesto que se han realizado teniendo como fuente de información las encuestas nacionales de salud, mientras que otros, han estudiado muestras de grupos específicos de población, algunas de ellas probabilísticas y otras elegidas por conveniencia. En el primer caso, se cuenta con la ventaja de tener una muestra que representa a la población de un país o una región, como es el caso de estudios llevado a cabo en los Estados Unidos,⁶⁷ Dinamarca,⁶⁸ Finlandia,⁶⁹⁻⁷¹ además de información confiable, aun cuando las variables específicas sobre uso de servicios odontológicos pueden estar limitadas por el hecho de que los investigadores no intervinieron en el diseño del cuestionario, sino que trabajaron sobre información previamente colectada. En la mayoría de los estudios que usaron muestras, encontramos que los participantes fueron seleccionados en grupos cerrados de población, como son niños de alguna al-

dea o escuela, trabajadores de una determinada empresa, militares de alguna sección, madres de un grupo específico de niños, ancianos en algún barrio o asilo, etc. En estos casos las variables estudiadas, así como los cuestionarios aplicados fueron diseñados directamente por los investigadores con lo cual las variables estudiadas y las posibles relaciones se amplían, aunque existen limitaciones en la generalización de los resultados.

Otra diferencia importante se observa en el tratamiento de la información; de esta manera, el empleo de métodos estadísticos va, desde el manejo solamente descriptivo, hasta el empleo de análisis multivariados que han sido de gran ayuda para determinar asociaciones estadísticamente significativas cuando se exploran conjuntos amplios de variables o se desean contrastar con modelos teóricos. Recientemente también se ha empezado, aunque en menor escala, con el uso de métodos cualitativos basados en entrevistas a profundidad y grupos focales (focus groups), que han permitido abordar aspectos subjetivos como son las creencias, las percepciones y otros aspectos psicológicos y culturales relacionados con lo patrones de utilización y que por tanto presentan resultados bajo un análisis interpretativo, de contenido o lingüístico, prescindiendo del manejo estadístico de los datos.^{72,73}

En cuanto a las conclusiones de los estudios, se observa una escasa participación multidisciplinaria en donde diferentes perspectivas, desde la economía, sociología, psicología, antropología entre otras disciplinas, podrían enriquecer las explicaciones sobre el problema y servir como orientación para los profesionales y aun para los formadores de personal de odontología. Sin embargo, esta observación se relaciona más que con el método, con la dificultad, todavía prevaleciente, para reunir en torno a la investigación, a expertos de los distintos campos de las ciencias sociales y de la salud.

Conclusiones

En 1973, Andersen y Newman, señalaban que:

"Desde el punto de vista teórico, los principales factores que influyen en la utilización de los servicios de salud, han sido identificados y es difícil encontrar alguna variable nueva por identificar, sin embargo se requiere conocer cómo interactúan estas variables para producir diferentes patrones de utilización. Es necesario desarrollar nuevas definiciones operacionales y medidas para dichas variables y someterlas a análisis rigurosos usando los métodos más apropiados".⁷⁴

Esto quiere decir que en la actualidad, casi tres décadas después, se cuenta con una gran experiencia de in-

vestigación sobre este tema, tanto en aspectos teóricos como en diversos métodos de recopilación, análisis e interpretación de la información que pueden servir como punto de partida para aplicarlos en nuestra realidad.

No obstante en México, se carece de estudios que se hayan abocado a conocer cuáles son los factores relacionados con las características económicas, sociales, culturales y psicológicas de la población que influyen en sus conductas frente a su salud bucal y ante los servicios odontológicos. La relación odontólogo-paciente ha sido muy poco estudiada en el caso mexicano, por lo cual se sabe muy poco sobre que expectativas tienen los pacientes cuando por fin se deciden a buscar atención profesional, cuando la reciben, y en qué grado quedan satisfechos.⁷⁵

Actualmente, se requiere conocer más a fondo las variables que influyen en la utilización de los servicios dentales en diferentes grupos de población mexicana con el objeto de incidir en una más amplia y mejor utilización de los servicios odontológicos. Probablemente en el caso de nuestro país, encontraremos diferencias con los resultados obtenidos en estudios realizados en países con un nivel de desarrollo mayor y con sistemas de atención odontológicos distintos a los nuestros, por lo cual, la investigación en este tema, puede ayudarnos conocer las causas y a superar el problema de la escasa o nula utilización de los servicios que ofrecemos los odontólogos. El contar con información al respecto será de gran beneficio para una población con grandes necesidades de salud bucal y también para la profesión en su conjunto.

Bibliografía

1. Shortell SM. Continuity of medical care: Conceptualization and measures. *Medical Care* 1976; 14: 337-91.
2. De la Revilla L. *Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*. Barcelona, Edit. Doyma, 1991: 1-9.
3. Donabedian A. (1988) *Los espacios de la salud. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México, D.F. Biblioteca de la Salud. Serie Clásicos de la Salud. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica, 1988, p....
4. Brown LJ, Lazar V. Dental care utilization. How saturated is the patient market? *J Am Dent Assoc* 1999; 130 (4): 73-80.
5. De la Revilla, 1991 *op.cit*
6. Silversin J, Kornaki MJ. *Controlling dental disease through prevention: individual, institutional and community dimensions*. In: Cohen LK and Bryant PS. *Social Sciences and Dentistry. A critical bibliography*, Vol. II Federation Dentaire Internationale, London. 1987: 145-200.
7. Gift HC. *Utilization of professional dental services*. In: Cohen L, Bryant PS. *Social Sciences and Dentistry. A critical bibliography*, Vol. II Federation Dentaire Internationale, London. 1984: 202-267.
8. Gift HC. 1984, *ibid*.

9. Andersen R, Kravitis J, Anderson OW. *Equity in Health Services* Ballinger Pub. Co., Cambridge, Mass 1975, 187p.
10. Honkala E, Kussela S, Rimpela M, Jokela J. Dental services between 1977 and 1995 by Finnish adolescents of different socioeconomic levels. *Com Dent and Oral Epidem* 1997; 25(6): 385-390.
11. Brown LJ, Lassar V, 1999 *op. cit.*
12. Gift 1984 *op. cit.*
13. Nutall NM, Davis JA. Dental attendance behaviour of children in Scotland between 1983-1988". *Br Dent J* 1995; 172(3): 78.
14. Waldman HB. Preschool children needs and use of dental services. *Dental Clinics of North America* 1995; 39(4): 887-895.
15. Kanagaratnam S. Dental caries patterns and the utilization of dental services among 15 years old adolescents in the Southern Regional Authority Region *New Zealand Dent J* 1997; 93(412): 44-46.
16. Adekoya-Sofowora CA, Lee GT, Humpris GM. Needs for dental information of adolescents from an inner city area of Liverpool. *British Dent Jour* 1996; 180(9): 339-343.
17. Newman JF. *Age, race and education as predisposing factors in physical and dental utilization.* In: Andersen R, Kravits J, Anderson O. Ed. *Equity in health services.* Ballinger pub. Cambridge Massachusetts 1975: 87-92.
18. Honkala, 1997 *op. cit.*
19. Jenny J. Basic social values, structural elements in oral health systems and oral health status. *Int Dent J* 1979; 30(3): 276-285.
20. Blinkorn AS. Dental preventive advise for pregnant and nursing mothers. Sociological implications. *Int Dent J* 1981; 31(1): 14-22.
21. Shneider HS. Prenatal education leads to preventive treatment for patients under de age of four. *J of Dent for Children* 1993: 33-37.
22. Kanagartnam, 1997 *op. cit.*
23. Brodeur JM, Benigeri M, Olivier M, Payette M. Use of dental services and the percentage of persons possessing private dental insurance in Quebec. *J Canadian Dent Asoc* 1996; 62(1): 83-90.
24. O'Shea RM, Gray SB. Dental patients attitudes and behavior concerning prevention. *Pub Health* 1968; 59(5): 832-840.
25. Milgrom P, Mancl L, King B, Weinstein P, Wells N, Jeffcot E. An explanatory model of the dental care utilization in low income children. *Medical Care* 1998; 36(4): 554-556.
26. Misrachi CL, Sáenz M. Cultura popular en relación a la salud bucal en sectores urbano marginales. *Enfoques de Atención Primaria, Chile* 1990; 5(1):13-19.
27. Forero LE. *Patrones de utilización de servicios de salud en el primer nivel de atención en Tláhuac* Tesis de grado, Maestría en Medicina Social, UAM-X. 1996: 62-69.
28. Newman JF, Larsen A. *A decade of dental services utilization, 1964-1974.* US Department of HHS, PHS, HRA, DHHS, Publication No. (HRA). Cfr: Gift, HC. *Utilization of professional dental services.* In: Cohen L, Bryant PS. *Social Sciences and Dentistry. A critical bibliography, Vol. II Federation Dentaire Internationale, London 1984: 202-267.*
29. Jensen, K. Dental care practices and socioeconomic status in Denmark. *Comm Dent Oral Epidem* 1974; 2: 273-281.
30. Gift HC, Newman JF. *Socialization and children´s use of dental services.* Paper presented at 57th general Session of the AADR, New Orleans, Louisiana 1981.
31. Petersen PE. *Dental health behavior. Dental health status and treatment need among workers and staff members in a big Danish industrial firm.* Institute for Community Dentistry and Graduate Studies, Royal Dental College 1981, Copenhagen Den. PHD disertation. Cfr. Gift, HC. *Utilization of professional dental services.* In: Cohen L, Bryant PS. *Social Sciences and Dentistry. A critical bibliography, Vol. II Federation Dentaire Internationale, London 1984: 202-267.*
32. Osterberg T, Lundgren M, Emilson CG, Sund B, Birkhed B, Steen B. Utilization of dental services in relation to socioeconomic and health factors in the middle age and elderly Swedish population. *Act Odont Scand* 1998; 56(2): 41-47.
33. Shannon GW, Skinner JL, Bashur RL. Time and distance, a journey for medical care. *Int J Health Services* 1973; 2: 237-244.
34. Unell L, Soderfeldt B, Halling A, Solen G, Paulander J, Birkhed D. Equality in satisfaction: perceived need, and utilization of dental care in a 50 years old Swedish population. *Comm Dent & Oral Epidem* 1996; 24(3): 191-195.
35. Kronfeld J. Access to dental care: a comparison of medicine/dentistry and the role of a regular source. *Med Care* 1979; 17(7): 1000-1011.
36. Milgrom et al. 1981 Osterberg T, Sund W, Gustafsson G, Grondhal HG. Carlson, Utilization of dental care after the introduction of the Swedish dental health insurance. *Act Odont Scand* 1995; 53(6): 349-357.
37. Osterberg T, Sund W, Gustafsson G, Grondhal HG. Carlson, utilization of dental care after the introduction of the Swedish dental health insurance. *Act Odont Scand* 1995; 53(6): 349-357.
38. Ahlberg J, Touminen R, Murtomaa H. Dental knowledge attitudes towards oral health care and utilization of dental services among male industrial workers with and without an employer provided dental benefit scheme. *Com Dent & Oral Epidem* 1996; 24(6): 380-384.
39. Shcwartz E. Changes in utilization and cost sharing within the Danish National Health Insurance dental program 1975-1990. *Acta Odont Scand* 1996; 54(1): 29-35.
40. Billie J. Dental caries in a group of 20 years old after previous participation in public child dental care services in Denmark. *Community Dent Oral Epidem* 1980; 8: 27-32.
41. Robison VA, Rozier RG, Weintraub JA. Dental caries and treatment need in schoolchildren related to medical enrollment. *J of Pub Health Dent* 1997; 57(3): 163-170 Summer.
42. Albrecht G, Hoogstraten J. Satisfaction as a determinant of compliance *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 1998; 46(1):139-146.
43. Kriesberg L, Treiman BR. Reventive utilization of dentist´s service among teenagers. *J Am Coll Dent* 1962; 29: 28-45.
44. Garfunkel E. The consumer speaks. How patients select and how much they know about dental health personnel. *J Prosthetic Dent* 1980; 100: 540-543.
45. Jenny, J. 1979 *op. cit.*
46. Milgrom 1981 *op. cit.*

47. Gilbert L, Brand AA, Rudolph MJ. Private dental practitioner's perceptions of needs and barriers to dental care. *Jour. of the Dental Assoc of South Africa* 1995; 50(1): 5-7.
48. Lara N, López CV, Morales S. Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tláhuac, Distrito Federal. *ADM Revista de la Asociación Dental Mexicana* 2000; LVII(2): 45-49.
49. Newsome PRH, Wright GH. A review of patient satisfaction. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. *British Dent J* 1999; 186(4): 166-170.
50. Suchman EA, Rothman AA. The utilization of dental services. *Milbank Mem Found Q*. 1969; 47(part 2): 67-76.
51. Rayner JF. Socioeconomic status and factors influencing dental practices of mothers. *Am J Pub Health* 1970; 60(7): 1250-1258.
52. King DM. Patterns of sugar consumption in early infancy. *Comm Dent & Oral Epidem* 1978; 6: 47-52.
53. Milgrom, 1998 *op. cit.*
54. Albelrg, 1996 *op. cit.*
55. William MM. Introduction to some fundamental concepts in the economic analysis of dental care delivery *Journal of the American College of Dentistry* 1997; 64(3): 37-42.
56. Andersen R, Newman J. 1973, *op. cit.*
57. Baerum P, Arnljot H. Oral Health Care in Norway. *Int Dent J* 1976; 26(3): 340-345.
58. Ayer WA. Dental providers and oral health behavior. *J Behav Med* 1981; 4: 273-282.
59. Atchison KA, Gift HC. Perceived oral health in a diverse sample. *Advances in Dental Research* 1997; 11(2): 272-280.
60. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Comm Dent & Oral Epidem* 1996; 24(6): 385-389.
61. Chisick MC, Poindexter FR, York AK. Comparing annual dental utilization rates of active duty US military personnel and their employed civilian cohorts. *Military Medicine Journal* 1998; 163(3): 148-153.
62. Rosentock JM. Why people use health services? *The Milbank Memorial Found Q* 1966; 44(3): 385-393.
63. Kegeles SS. Why and how people use dental services. *Int Dental Journal* 1980; 24: 347-351.
64. Andersen y Newman 1973 *op. cit.*
65. Andersen R, Adday LA. *Marco teórico para el estudio de la atención médica*. En: Investigación sobre servicios de salud. Una antología. Editor principal White KL. OPS Publicación Científica No. 534 Washington D.C. 1992; 154-167.
66. Swartz E. Determinants for dental visit behavior among Hong Kong Chinese in a longitudinal study. *J of Pub Health Dent* 1998; 58(3): 220-227.
67. Manski RJ, Magder LS. Demographic and socioeconomic predictors of dental care utilization. *J of the Am Dent Association* 1998; 129(2): 195-200.
68. Schwartz E, 1996 *op. cit.*
69. Honkala, 1977 *op. cit.*
70. Suominen-Taipale L, Widstrom E. Does dental service utilization drop during economic recession? The example of Finland, 1991-1994. *Comm Dent And Oral Epidem* 1997; 26(2): 107-114.
71. Widstrom, 1998 *op. cit.*
72. Misrachi, 1990 *op. cit.*
73. Forero, 1996 *op. cit.*
74. Andersen y Newman, 1973 *op. cit.*
75. Lara N y cols. 2000 *op. cit.*

Reimpresos:

MSP Norma Lara Flores

Departamento de Atención a la Salud

UAM-Xochimilco, Calzada del Hueso 1100

Colonia Villa Quietud. México, D.F. CP 04960

Teléfonos: 54 83 72 16 y 54 83 71 64

E-mail: nlara@cueyatl.uam.mx