

**DISEÑO DE UN MODELO BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN Y AUDITORÍA  
DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS**

**YUDY ANGÉLICA CARRILLO VEGA  
SANDRA FERNANDA SUÁREZ CABALLERO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA PÚBLICA  
BUCARAMANGA**

**2004**

**DISEÑO DE UN MODELO BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN Y AUDITORÍA  
DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS**

**YUDY ANGÉLICA CARRILLO VEGA, ODONTÓLOGA  
SANDRA FERNANDA SUÁREZ CABALLERO, ODONTÓLOGA**

**Monografía de Grado presentada como requisito parcial  
para optar al título de Especialistas en Gerencia Pública**

**Director:  
BENJAMÍN HERRERA  
Médico Cirujano**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA PÚBLICA  
BUCARAMANGA  
2004**

## **AGRADECIMIENTOS**

Las Autoras desean expresar sus agradecimientos:

A la Universidad Industrial de Santander

A la Coordinación de la Especialización en Gerencia Pública.

A los Directivos y Docentes de la Especialización.

Al Gremio de Odontólogos que tanto necesita de la participación e integración.

A los compañeros que compartieron con nosotros la experiencia de cursar estos estudios de Posgrado.

A todas aquellas personas que de manera desinteresada colaboraron con sus conceptos y opiniones para la realización de la presente Monografía.

## CONTENIDO

|           |  | Pág. |
|-----------|--|------|
|           | INTRODUCCIÓN                             | 1    |
| 1.        | FIN GENERAL DEL PROYECTO                 | 6    |
| 2.        | PROPÓSITO DEL PROYECTO                   | 7    |
| 3.        | PROBLEMA                                 | 8    |
| 3.1.      | Planteamiento del problema               |      |
| 3.2.      | Sistematización del problema             | 12   |
| 4.        | JUSTIFICACIÓN                            | 13   |
| 5.        | OBJETIVOS                                | 17   |
| 5.1       | Objetivo General                         |      |
| 5.2       | Objetivos Específicos                    |      |
| 6.        | MARCO TEÓRICO                            | 18   |
| 6.1.      | Contexto socioeconómico                  |      |
| 6.1.1.    | Cual es el mapa de pobreza               |      |
| 6.1.2.    | Que pasa con la salud oral               | 19   |
| 6.2.      | Marco Histórico de la Auditoría en Salud | 20   |
| 6.3.      | Marco Referencial                        | 23   |
| 6.3.1.    | Técnicas de Evaluación de la Calidad     |      |
| 6.3.1.1.  | Hoja de Verificación                     | 26   |
| 6.3.1.2   | Diagrama de Pareto                       | 27   |
| 6.3.1.3.  | Diagrama Causa-Efecto de Ishikawa        | 28   |
| 6.3.1.4.  | Diagrama de Dispersión                   | 29   |
| 6.3.1.5.  | Histograma                               | 30   |
| 6.3.1.6.  | Estratificación                          | 32   |
| 6.3.1.7.  | Gráfico de Control                       |      |
| 6.3.1.8.  | Diagrama de Flujo                        | 34   |
| 6.3.1.9.  | Metodología del Ciclo PHRA               | 35   |
| 6.3.1.10. | Análisis de Campos de Fuerza             | 36   |
| 6.3.1.11. | Diagrama de Relaciones                   | 37   |

|          |   |    |
|----------|---|----|
| 6.4.     | Marco Conceptual  | 38 |
| 6.4.1.   | De la salud oral  |    |
| 6.4.1.1. | De las especialidades en salud oral                         | 39 |
| 6.4.2.   | De los principios de Calidad                                | 41 |
| 6.4.3.   | De los criterios de Calidad                                 |    |
| 6.4.4.   | De las características del Servicio                         | 44 |
| 6.4.4.1  | De la opinión del Servicio                                  | 45 |
| 6.4.4.2. | De las consideraciones a cerca de la Calidad en el Servicio | 46 |
| 6.4.4.3. | De los componentes de la Calidad en el Servicio             | 47 |
| 6.4.5.   | De la percepción del Cliente                                | 49 |
| 6.4.5.1. | De los Tipos de Clientes                                    | 50 |
| 6.4.5.2. | De las necesidades del Cliente                              | 51 |
| 6.4.6.   | De la Auditoría   | 52 |
| 6.4.6.1. | De la Auditoría en Salud                                    | 53 |
| 6.4.6.2. | Del Trabajo de Auditoría                                    |    |
| 6.4.6.3. | De la Auditoría de la Calidad                               | 54 |
| 6.4.6.4  | Del Aseguramiento de la Calidad                             |    |
| 6.4.7.   | Del proceso de Cambio                                       | 55 |
| 6.4.7.1. | De la resistencia al Cambio                                 |    |
| 6.4.8.   | De los Métodos de Evaluación y Medición                     | 58 |
| 6.5.     | Marco Legal   |    |
| 7.       | METODOLOGÍA   | 62 |
| 8.       | PROPUESTA DEL MODELO  | 63 |
| I.       | Misión de Auditoria Odontológica                            |    |
| II.      | Componentes a Evaluar y Auditar                             |    |
| III.     | Descripción del Modelo Básico de Evaluación y Auditoría     |    |
| IV.      | Evaluación  | 64 |
| V        | Indicadores   | 70 |
| VI..     | Estándares  | 78 |
| VII.     | Cronograma  | 84 |
|          | CONCLUSIONES  | 85 |
|          | RECOMENDACIONES   | 87 |
|          | GLOSARIO  | 88 |
|          | BIBLIOGRAFÍA  | 91 |
|          | ANEXOS  | 93 |

## LISTA DE CUADROS

|   | Pág. |
|---|------|
| Cuadro 1. Pasos para el ciclo de mejora de la Calidad       | 26   |
| Cuadro 2. Hoja de Verificación de los Derechos del Paciente | 27   |

## LISTA DE GRÁFICAS

|  | Pág. |
|--|------|
| Gráfica1. Diagrama de Pareto                         | 28   |
| Gráfica 2. Diagrama de Ishiwaka                      | 29   |
| Gráfica 3. Diagrama de Dispersión                    | 30   |
| Gráfica 4. Histograma                                | 31   |
| Gráfica 5. Polígono de Frecuencia                    | 32   |
| Gráfica 6. Gráfico de Control                        | 33   |
| Gráfica 7. Diagrama de Flujo                         | 34   |
| Gráfica 8. Rueda de Deming                           | 35   |
| Gráfica 9. Campos de Fuerza                          | 36   |
| Gráfica 10. Diagrama de Relaciones                   | 37   |
| Gráfica 11. Etapas de motivación para el Cambio      | 56   |
| Gráfica 12 Modelo de Cambio planteado por Kurt Lewin | 57   |

## LISTA DE FLUJOGRAMAS

|   | Pág. |
|---|------|
| Flujograma 1. Control de Placa Bacteriana | 66   |
| Flujograma 2. Fluorización                | 67   |
| Flujograma 3. Aplicación de Sellantes     | 68   |
| Flujograma 4. Detartraje                  | 69   |

## LISTA DE ANEXOS

|   | Pág. |
|---|------|
| Anexo 1. Entrevista al Personal en el Área de Trabajo | 94   |

## LISTA DE SIGLAS

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>ALPHA:</b>   | Acreditación de la International Society for Quality in Health Care. |
| <b>APS:</b>     | Atención Primaria de la Salud.                                       |
| <b>C/B:</b>     | Relación Costo Beneficio.  |
| <b>CG:</b>      | Guías Clínicas (Clinical Guidelines).                                |
| <b>CPM:</b>     | Camino de Ruta Crítica.  |
| <b>FODA:</b>    | Matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.         |
| <b>ICONTEC:</b> | Instituto Colombiano de Normas Técnicas.                             |
| <b>IQMS:</b>    | Estrategia Industrial de Gestión de Calidad.                         |
| <b>ISO:</b>     | International Standards Organization.                                |
| <b>ISQua:</b>   | International Society for Quality in Health Care.                    |
| <b>IVRE:</b>    | Instrumentos de Verificación de Requisitos Esenciales.               |
| <b>JCAHO:</b>   | Joint Commission on Accreditation of Healthcare Org. de USA.         |
| <b>MC:</b>      | Salud Gerenciada (Managed Care).                                     |
| <b>NGT:</b>     | Técnica Nominal de Grupo (Nominal Group Technique).                  |
| <b>ORYX:</b>    | Sistema de Medición de Resultados Hospitalarios de la JCAHO.         |
| <b>PHRA:</b>    | Ciclo de mejora en 4 pasos: planear, hacer, verificar y actuar.      |
| <b>PNA:</b>     | Primer Nivel de Atención.  |
| <b>QA:</b>      | Garantía de la Calidad (Quality Assessment).                         |
| <b>QFD:</b>     | Metodología Despliegue de la Función Calidad.                        |
| <b>RIA</b>      | Registro Individual de Atención.                                     |
| <b>TIR:</b>     | Tasa Interna de Rendimiento.   |
| <b>TQM:</b>     | Gestión de la Calidad Total (Total Quality Management).              |
| <b>VAN:</b>     | Valor Actual Neto.   |

## RESUMEN

### TÍTULO:

DISEÑO DE UN MODELO BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN Y AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS\*

### AUTORES:

CARRILLO VEGA, Yudy Angélica y SUÁREZ CABALLERO, Sandra Fernanda\*\*

### PALABRAS CLAVES:

Modelo – Evaluación – Auditoría – Calidad - Atención, Salud Oral – Servicios Odontológicos

Las autoras han diseñado un Modelo de Evaluación y Auditoría cuyo propósito es el de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población, mediante la evaluación sistemática e imparcial de los procedimientos, métodos, condiciones de ejecución, procesos, productos y servicios, con el fin de orientar en la toma de decisiones y asegurar la calidad en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.

En salud adopta el término “auditor” para darle la función de contralor de la “calidad en la atención y prestación de servicios de salud” a un miembro de la profesión, para de esta forma asegurar a los pacientes o usuarios la correcta prestación de los servicios.

Las enfermedades odontológicas entrañan un conjunto de problemas de carácter sanitario que repercuten social, psicológica, física y económicamente en nuestra vida. Uno de los métodos de investigación que se utilizan para comprender cómo se comportan las enfermedades, los enfermos y los sistemas de salud es el denominado estudio de prevalencia, que estima la frecuencia de un fenómeno de interés en un momento dado.

Los cambios demográficos y los hábitos de la nueva sociedad están provocando un cambio en los patrones de enfermedad y nos lleva a nuevas preguntas sobre las patologías prevalentes y emergentes. Por esta razón las investigaciones en salud oral, los diagnósticos epidemiológicos y bio-estadísticos, así como la evaluación y auditoría, se han convertido hoy en un hecho de significativa importancia.

---

\* Monografía

\*\* Especialización en Gerencia Pública, Escuela de Economía y Administración, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga.

## SUMMARY

### TITLE:

I DESIGN OF A BASIC MODEL FOR THE EVALUATION AND AUDIT OF THE QUALITY IN THE ATTENTION OF SERVICES ODONTOLÓGICOS \*

### AUTHORS:

CARRILLO VEGA, Yudy Angélica y SUÁREZ CABALLERO, Sandra Fernanda\*\*

### KEY WORDS:

I model - Evaluation - Audit - Quality - Attention, Oral Health - Services Odontológicos

The authors have designed a Model of Evaluation and Audit whose purpose is the one of contributing to the improvement of the quality of the population's life, by means of the systematic and impartial evaluation of the procedures, methods, execution conditions, processes, products and services, with the purpose of to guide in the taking of decisions and to assure the quality in the execution of the goals and institutional objectives.

In health it adopts the term "auditor" to give him the function of contralor of the "quality in the attention and benefit of services of health" to a member of the profession, for this way to assure the patients or users the correct benefit of the services.

The illnesses odontológicas involve a group of problems of sanitary character that you/they rebound social, psychological, physical and economically in our life. One of the investigation methods that are used to understand how the illnesses, the sick persons and the systems of health behave it is the one denominatad prevalence study that estimates the frequency of a phenomenon of interest in a given moment.

The demographic changes and the habits of the new society are causing a change in the illness patterns and it takes us to new questions on the pathologies prevalentes and emergent. For this reason the investigations in oral health, the epidemic and bio-statistical diagnoses, as well as the evaluation and audit, they have become today a fact of significant importance.

---

\* Monograph

\*\*Specialization in Public Management, School of Economy and Administration, Industrial University of Santander, Bucaramanga.

## INTRODUCCIÓN

Los profesionales y las instituciones deben responder con agilidad a los nuevos retos y mantener una actitud innovadora incesante, más aún, frente a la incertidumbre de los cambios epidemiológicos y los complejos procesos económicos y sociales de la actualidad.

La ciencia y la tecnología, como plantean Alvin y Heidi Toffler “son poderosos agentes de cambio, influenciados por fuerzas externas en un proceso de retroalimentación que a su vez son influidas por demandas del ejercicio y del mercado, presiones ambientales, grupos de interés, culturales y epistemológicos de la época”.<sup>1</sup>

Por otra parte, la tecnología ha pasado a convertirse en un factor dominante en las empresas y en nuestras vidas. El implacable avance de la tecnología se ha denominado “determinismo tecnológico”, lo cual quiere decir que la tecnología determina el curso de la sociedad sin forma diferente de poder evitarlo.

Los cambios significativos que se han venido dando, han producido un vuelco positivo en la administración y gestión de los recursos humanos; en virtud de ello, el personal debe mantenerse constantemente en un proceso de aprendizaje, que le permita modificar su conducta en atención a las nuevas experiencias.

Tenemos que prepararnos para ejercer en el inmediato futuro una práctica totalmente distinta a la tradicional y poder enfrentar los nuevos retos sociales, éticos y morales del entorno. ¿Qué pasos estamos dando para adaptarnos a las

---

<sup>1</sup> TOFFLER A y TOFFLER H. Luego de la revolución digital: llegada a la cuarta ola. En: Diario El Universal, p. 4. Traducido de Los Ángeles Times Syndicate.

inminentes transformaciones, en vista que a ellas no pueden accederse sino mediante un proceso evolutivo? ¿Qué estamos haciendo para adecuarnos a las necesidades y requerimientos de la nueva sociedad?

Las enfermedades odontológicas entrañan un conjunto de problemas de carácter sanitario que repercuten social, psicológica, física y económicamente en nuestra vida. Uno de los métodos de investigación que se utilizan para comprender cómo se comportan las enfermedades, los enfermos y los sistemas de salud es el denominado estudio de prevalencia, que estima la frecuencia de un fenómeno de interés en un momento dado.

Las principales enfermedades estomatológicas consideradas importantes en el ámbito de la epidemiología son la enfermedad periodontal, la caries, las oclusopatías, el cáncer oral, la disminución de fluido salival y los problemas pulpares; además existen grandes evidencias de desigualdades sociales en salud, que la epidemiología tradicional no ha documentado ampliamente.

Por este motivo, nos centraremos únicamente en las enfermedades consideradas más prevalentes en nuestro medio. Durante mucho tiempo se nos enseñó que el 70% de la población padecía de enfermedad periodontal y el modelo que se definía sobre la naturaleza de esa afección era la acumulación de bacterias de la placa sobre el diente y subgingivalmente, produciendo el cálculo y que la combinación de placa y cálculo formaban el saco, con pérdida de hueso y subsiguiente pérdida del diente.

Luego se dijo que el 90% de la población padecía de gingivitis, lo que indicaba que no había un buen cuidado de la higiene ni planes adecuados de prevención. Los investigadores demostraron que el incorrecto control de placa iniciaba la gingivitis y luego se podría convertir en periodontitis. Posteriormente las investigaciones concluyeron que no todo el mundo era igualmente susceptible al proceso de la

enfermedad. Hoy es evidente que la mayoría de los adultos padecen solamente de gingivitis y los casos de periodontitis severa generalizada afectan sólo entre el 8 y 13 % de la población.<sup>2</sup>

Las próximas décadas mostrarán un cambio en la atención dada a las enfermedades de los tejidos duros del diente. Existe evidencia de cómo prevenir la caries dental y mayor atención a la odontología de mínima intervención, optimizando tratamientos preventivos en estadios tempranos de la caries dental y retardando tratamientos restauradores para permitir el máximo oportunidad de reparación natural o detención del proceso.<sup>3</sup>

Los cambios demográficos y los hábitos de la nueva sociedad están provocando un cambio en los patrones de enfermedad y nos lleva a nuevas preguntas, en relación con la caries en niños, alto riesgo en adolescentes, madres gestantes y adultos mayores.<sup>4</sup> Por esta razón la investigación en salud oral, los diagnósticos epidemiológicos y bioestadísticos, así como la evaluación y auditoría, se han vuelto hoy un hecho de significativa importancia.

Los estudios académicos han demostrado que existen variaciones entre los odontólogos en la toma de decisión. Esto sucede aún cuando el profesional conozca que está siendo comparado con otros, o en casos que no existan incentivos financieros para planificar un tratamiento particular. La toma de decisión no es meramente la decisión de tratar o no una enfermedad, sino que existen

---

<sup>2</sup> LOE H., ANERUD A., BOYSEN H. and MORRISON E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, Moderate and no loss of attachment in Sri Lanka labors 14 to 46 year age. J. Clin Period 1986;13:431-445.

<sup>3</sup> CALATRAVA O. Luis A. Odontología de Mínima Intervención, en ¿La Odontología en una Encrucijada? Editado en talleres de Universidad Santa María. Septiembre de 2000.

<sup>4</sup> TEN CATE JM. What dental diseases are we facing in the new millennium: some aspects of the research agenda. Caries Res 2001; 35(suppl 1):2-5.

muchos factores a considerar en cada caso en particular antes de escoger la forma mejor de tratamiento.<sup>5</sup>

Lo ideal es un diagnóstico correcto. Lo más importante es poder explicarle al paciente las opciones y sugerir las alternativas de acuerdo con las prioridades y preferencias del paciente; seguir el protocolo correcto en la manipulación de los materiales con la mayor honradez técnica y finalmente cumplir con los objetivos pre establecidos y acordados con el paciente.<sup>6</sup>

El enfoque preventivo es por lo tanto bastante claro y los odontólogos tienen excelentes oportunidades de contribuir. Los programas pueden ir dirigidos a toda la comunidad, enfocarse a ciertos sectores de la población, o en forma individual a los pacientes.

El profesional del presente milenio no puede enfocarse en una sola técnica o un solo modo de tratamiento. El éxito dependerá de manera importante, de la información científica actualizada que posea el odontólogo y la búsqueda de alternativas que den resolución a los cambios demográficos de la salud de la población y a la demanda de tratamientos de la sociedad.

---

<sup>5</sup> KAY E. and NUTALL N. Clinical decision making-an art or a science. Part II: To treat or not to treat. Brit Dent J Feb 25, 1995:153-155.

<sup>6</sup> JOKSTAD A., BAYNE S., BLUNK U., TYAS M. and WILSON N. Quality of dental restorations. Int Dent J 2001; 51:117-158.

## **1. FIN GENERAL DEL PROYECTO**

**ELABORAR UN MODELO BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN Y AUDITORÍA DE  
LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS**

## 2. PROPÓSITO DEL PROYECTO

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población, mediante la evaluación sistemática e imparcial de los procedimientos, métodos, condiciones de ejecución, procesos, productos y servicios, con el fin de orientar en la toma de decisiones y asegurar la calidad en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.

### 3. PROBLEMA

#### 3.1. Planteamiento del problema

El sector salud atraviesa por una de las situaciones más críticas en la historia reciente de nuestro país; en efecto, en el área de la salud observamos día a día el crecimiento y la multiplicación para algunas de las empresas privadas intermediarias del sistema, ej. ARP, EPS y ARS, mientras presenciamos un deterioro permanente y progresivo de las instituciones públicas y de la mayoría de las Instituciones Prestadoras de Servicios con la consecuente erosión de los ingresos para los profesionales que prestan sus servicios.

¿Cómo explicarse entonces que en medio de una grave crisis hospitalaria, con una evasión de aportes que llega al 50% y de serios reparos sobre si la plata llega a donde debería llegar, Colombia ocupe el puesto 22 en el mundo en Calidad de la Salud, por encima de Estados Unidos y de Cuba?<sup>7</sup>

Más aún, Colombia es el país de América Latina mejor calificado por la OMS, y ocupa el primer lugar mundial en solidaridad. En otras palabras, el 40% de la población más pudiente de la sociedad contribuye con el pago de la salud del 60% más pobre. Ese puesto 22 entre 191 países es el resultado de un promedio de cinco indicadores claves, por lo que el primer lugar en solidaridad contrasta con el puesto 94 que ocupamos con respecto al acceso igualitario a los servicios de salud, o al puesto 82 en el nivel de respuesta del sistema de salud a las necesidades de los usuarios.

---

<sup>7</sup> Diario El Tiempo ¿Una potencia en Salud?. Domingo 25 de Junio de 2000.

En Colombia no se cuenta con una información representativa de la situación de salud oral del total de la población, ya que a la fecha sólo se tienen informes de investigaciones epidemiológicas realizadas en algunos grupos poblacionales especialmente escolares, los cuales muestran sólo de manera parcial la problemática de salud de nuestra población; sin embargo se establece que los problemas de salud bucodental son principalmente resultado de dos enfermedades bucales: la caries dental y las parodontopatías. Aunque la prevalencia de estas dos enfermedades está cambiando, lo cierto es que casi todos los adultos terminan padeciendo una u otra o ambas patologías a la vez.

La dificultad con que tropiezan los países en desarrollo para alcanzar un estado satisfactorio de salud bucodental se debe principalmente a la falta de programas preventivos, de servicios odontológicos, de la escasez de personal y de recursos, pero sobre todo, a la ausencia de estudios que permitan analizar la situación de salud bucal, determinando el nivel de riesgo a que está expuesta la población.

Se entiende por factor de riesgo cualquier característica o circunstancia de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. Los factores de riesgo pueden, por lo tanto, ser causas o indicadores pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

**Los factores asociados a caries dental son:**

- Dieta
- Presencia de placa dentobacteriana
- Malposición dentaria y morfología dental
- Estrato socioeconómico bajo
- Visitas al odontólogo

**Dieta:** Diferentes estudios han demostrado que uno de los factores que contribuye a nivel local a la caries dental es la calidad, cantidad y frecuencia de azúcares, por

lo que se considera que un niño que consume hasta 3 momentos de azúcar en un día presenta un nivel de riesgo bajo, de 4 a 5 momentos de azúcar su nivel de riesgo es moderado y aquél que presenta 6 momentos de azúcar o más su nivel de riesgo es alto.

**Presencia de placa dentobacteriana:** La placa dentobacteriana constituye un requisito esencial para la instalación del proceso carioso la cual está en íntima relación con la higiene oral, por lo que los niños que se cepillan tendrán un riesgo cariogénico bajo y los que no se cepillan su riesgo cariogénico será alto.

**Malposición dentaria y morfología dental:** Otro de los factores que pueden asociarse con la prevalencia de caries dental son la malposición dentaria y los surcos y fisuras pronunciados, los cuales favorecen la acumulación de restos alimenticios en la superficie dental y por lo tanto dificultan la higiene bucal, por lo que los pacientes con dientes con surcos y fisuras profundas presentan un riesgo cariogénico alto.

**Estrato socioeconómico:** No se puede soslayar que el azúcar constituye una fuente de energía barata comparada con otros nutrientes (proteínas) por lo que están más al alcance de la población, sin embargo existen otros factores que asociados al nivel social determinan en gran medida el estilo de vida del niño influyendo directa o indirectamente; por ejemplo, el escaso interés de los padres de familia hacia medidas preventivas o higiénicas por falta de medios o por ignorancia, por la imposibilidad de modificar dietas ricas en carbohidratos debido a la falta de recursos económicos, lo cual trae como consecuencia una mayor exposición a los factores de riesgo productores de caries.

**Visitas al Odontólogo:** La población generalmente no está acostumbrada a asistir al consultorio dental ya que la mayoría acude sólo cuando tiene algún problema bucal ya presente, lo cual disminuye la posibilidad de poder realizar el diagnóstico y el tratamiento oportuno de las enfermedades bucales.

La interacción de factores de riesgo biológicos asociados a otros, derivados del medio social y ambiental, aumenta el efecto aislado de cada uno de los factores por lo que resulta necesario realizar un análisis de los factores de riesgo biológicos identificando la situación de salud y dentro de ella, la del componente salud bucal con la finalidad de tratar de cancelar, modificar o atenuar esos factores de riesgo.

Si bien el énfasis de la evaluación recae sobre la calidad y la excelencia, que parece cada vez más restringida a unos pocos, los anteriores indicadores y factores de riesgo deben evidenciarse en la práctica, especialmente en las políticas públicas en materia de salud oral. La existencia de diferencias y desigualdades en los indicadores de una situación de salud tiene múltiples orígenes y sin duda existen marcadas diferencias internacionales en la prevalencia de los problemas bucales. Desde una perspectiva histórica, su control, tanto individual como colectivo, constituye parte fundamental del desarrollo de la ciencia odontológica moderna.

Frente a este panorama, los odontólogos debemos esforzarnos por esa importante franja de la salud que es la Salud Oral, y como lo diría alguna vez el Dr. José Eduardo Mata:<sup>8</sup> “a los odontólogos auditores nos cabe la gran responsabilidad de cuidar afanosamente los fondos de las instituciones en las que nos toca actuar, procurando la mejor utilización de los mismos, para el mayor beneficio de los pacientes, sin perder de vista el bienestar y la justa remuneración de nuestros colegas odontólogos”<sup>9</sup>.

### 3.2. Sistematización del problema

---

<sup>8</sup> Presidente de la Asociación Civil Argentina de Auditoría Odontológica A.C.A.D.A.O.

<sup>9</sup> MATA, José Eduardo. Auditoría en servicio propio. En Revista de la A.C.A.D.A.O No. 2, 1995.

Sobre la evaluación y auditoría, las siguientes son las preguntas que cada día nos formulamos con mayor insistencia:

- ◇ ¿Cuántos errores podemos estar cometiendo y estar todavía produciendo un servicio o producto de "calidad"?
- ◇ ¿Cómo definir la calidad de la atención en salud oral?
- ◇ ¿Que áreas de la atención odontológica son constante blanco de crítica y porqué?
- ◇ ¿Cuáles aspectos son los que se deben evaluar en materia de salud oral?
- ◇ ¿Será que los usuarios evalúan la calidad de los servicios que se le prestan?
- ◇ ¿Somos conscientes los planificadores, administradores, profesionales, proveedores y usuarios de lo que está ocurriendo en materia de salud oral?
- ◇ ¿Qué es lo que motiva a los profesionales a diseñar un modelo básico para la evaluación y auditoría de la calidad en la atención de servicios odontológicos?
- ◇ ¿Cuáles son los pasos a tener en cuenta para el diseño de un modelo básico?
- ◇ ¿Cómo abordar las técnicas, criterios e indicadores para aplicar en la evaluación y auditoría de la calidad?

#### 4. JUSTIFICACIÓN

Las evaluaciones en el sector salud se han ubicado en el ámbito de las funciones, en particular en la esfera de la prestación, y se han centrado en medir el logro de los servicios y programas. A través de indicadores simples, se ha medido el grado en que se alcanzan los llamados objetivos de estructura y los procesos de estos servicios y programas (por ejemplo, disponibilidad de infraestructura y equipo, disponibilidad de personal de salud, cumplimiento de metas en la prestación de servicios), así como el impacto de los programas y acciones sobre ciertos indicadores simples de salud.

Sin embargo, el cumplimiento de las metas de los servicios, de los programas o de los proyectos no certifica el mejoramiento de las condiciones de salud de la población; asimismo, el impacto positivo sobre ciertos indicadores simples de salud tampoco garantizan un impacto positivo sobre los indicadores de salud agregados (mortalidad infantil, esperanza de vida, etc.).

Para la prestación de los servicios de salud se requiere la integración de estos elementos con el fin de hacer frente a una serie de condicionamientos de carácter interno como es la evaluación de los servicios, productividad, políticas institucionales, etc., y externo, como la competitividad en el mercado, la satisfacción de los usuarios y la accesibilidad, entre otros.

La calidad en salud ha sido evaluada desde diferentes enfoques, los cuales han permitido perfeccionar los métodos y técnicas para que podamos conocer hoy, lo más objetivamente posible, la mejor forma de abordar este proceso. Se han realizado diversos estudios tendientes a conocer la estructura para la atención, las opiniones de usuarios de los servicios en relación con la satisfacción de los

mismos, el impacto de los programas y la calidad de la atención a grupos específicos de población.

Evaluar estos elementos en el área de la salud, representan la forma más sencilla de conocer y analizar cómo se están proporcionando los servicios a la población que acude para resolver sus problemas de salud; del mismo modo, permite medir los efectos de los programas de atención, con base en los objetivos que se proponen alcanzar, contribuir en la toma de decisiones, retroalimentar y reorientar la prestación de dichos servicios.

Para la evaluación del trato la OMS propone utilizar mediciones de lo que ha llamado trato adecuado. Este indicador se descompone en ocho ámbitos, a saber: trato digno, comunicación, autonomía, confidencialidad en el manejo de la información, atención pronta, calidad de los servicios generales y la libre elección del proveedor en el primer nivel de atención. Para la evaluación de la atención hospitalaria sugiere además agregar la accesibilidad a redes sociales de apoyo.

En Colombia, en el sector público tenemos un modelo de atención en salud oral que ha cambiado muy poco en los últimos 40 años, caracterizado por el manejo para la toma de decisiones: centralista, verticalista y excluyente, con muy baja capacidad de gestión, aislado o descoordinado de las iniciativas y necesidades más sentidas de la comunidad.

A pesar de los esfuerzos que se han hecho en los últimos diez años, el modelo de atención sigue con un bajo perfil preventivo, con un componente curativo alto y sin capacidad restaurativa, con muy baja o limitada cobertura, y una disposición de recursos financieros y humanos insuficientes para cubrir la creciente demanda de servicios, aunado con un pobre e inadecuado equipamiento, que termina convirtiéndose en una amenaza para la salud de los pacientes, y en consecuencia en una dudosa calidad de atención.

De otro lado, la investigación en salud oral a nivel institucional es casi inexistente, la capacidad de innovación tecnológica -salvo contadas excepciones- tiene baja relevancia y en ocasiones raya en el despilfarro; estas deficiencias y la falta de organización de los profesionales del sector contribuyen al retraso en el desarrollo científico y tecnológico de la salud oral en Colombia.

Actualmente los datos y la información disponible es restringida e incompleta, referida a un simple listado de indicadores cuantitativos que no permite medir el impacto real de las actividades realizadas, ya que las abultadas cifras de consultas y tratamientos sólo reflejan el enorme esfuerzo del personal que las realiza y muy parcialmente otros indicadores de interés. Tal situación se traduce en una visión distorsionada de lo que está ocurriendo en materia de salud oral.

El modelo actual de seguridad social tampoco corresponde al perfil demográfico, epidemiológico y transicional que vive el país. Aunque el Ministerio ha realizado ingentes esfuerzos en los últimos años por fortalecer los diversos programas y aumentar la cobertura en salud oral, que sin duda ha marcado un significativo avance en la atención; sin embargo, siguen vigentes los principales problemas que se hace necesario superar, entre ellos:

El bajo perfil preventivo

La baja cobertura

La limitada oferta de servicios

La inequidad en la atención

La inaccesibilidad a los servicios

El inexistente control de calidad de las intervenciones

La insuficiente inversión en salud oral

Los limitados y deteriorados equipos e instrumental

La ausencia de materiales y suministros

Gozar de salud oral es un complemento fundamental para alcanzar la salud integral de la persona; una ausente o limitada salud oral interfiere directamente el proceso digestivo y en consecuencia afecta a todo el organismo; un adecuado diagnóstico de salud oral detecta temprana o tardíamente patologías mortales, pudiendo prevenirlas o limitar su daño.

Las molestias y dolores originados en la cavidad oral, son atormentadores, su oportuna eliminación devuelven la tranquilidad y dignidad a quien las padece, las pérdidas dentarias prematuras afectan la estética y vulneran la autoestima y en consecuencia la salud mental de las personas.

Los problemas de salud oral son causantes además de ausentismo laboral y de interrupción y deserción escolar.

Dado la extensión y severidad de los problemas de salud oral, un incremento racionalizado y calificado de las intervenciones, contribuye indudablemente a un mejoramiento de la salud pública.

## 5. OBJETIVOS

### 5.1. Objetivo General:

Diseñar un instrumento de evaluación y auditoría, dirigido a asegurar la existencia de herramientas de gestión, criterios y parámetros que permitan la revisión constante de los procesos de atención odontológica, para evaluar la eficiencia, eficacia y efectividad de los procedimientos y sus resultados, garantizando la calidad en la atención y prestación de dichos servicios.

### 5.2. Objetivos Específicos:

- ◆ Elaborar un marco conceptual y normativo sobre evaluación y auditoría de la calidad.
- ◆ Describir las técnicas de evaluación de la calidad y los criterios empleados en sus diversos enfoques, definiendo los estándares e indicadores de evaluación y auditoría de servicios odontológicos.
- ◆ Explicar las principales técnicas aplicables al mejoramiento de la calidad, que faciliten la certificación y acreditación de la calidad en la atención odontológica.
- ◆ Garantizar la eficiencia, eficacia y economía en todas las operaciones, a través de la promoción y correcta ejecución de funciones y actividades, protegiendo la salud e integridad de los prestadores y usuarios.
- ◆ Diseñar un Modelo Básico para la evaluación y auditoría de la calidad en la atención y prestación de servicios odontológicos.

## 6. MARCO TEÓRICO

### 6.1. Contexto socioeconómico

La falta de continuidad en las políticas públicas y el desequilibrio en los beneficios a los que todos los ciudadanos tenemos derecho, contribuyen en alto grado al conflicto social que vive el país, siendo quizá el mayor problema de Colombia, que se manifiesta de diversas maneras y es muy difícil medir, pero dos de sus expresiones más concretas están en los altísimos niveles de violencia y en la baja calidad de vida de más de la mitad de la población del país.

A finales de la década anterior, el 26.9% de la población vivía con necesidades básicas insatisfechas, y el 9% en condiciones de miseria. En ese mismo periodo de tiempo, el 55% de los hogares colombianos tenían posibilidades de gasto que los colocaba por debajo de la línea de pobreza y dos de cada diez colombianos tenían ingresos inferiores a la línea de pobreza absoluta, es decir, casi 8.3 millones de personas no lograban obtener el ingreso necesario para cubrir el costo de la canasta básica familiar, (personas en miseria),<sup>10</sup> y cerca de 10 millones de habitantes vivían en condiciones de pobreza.

#### 6.1.1. Cual es el mapa de pobreza

Con estos datos Colombia ocupaba a nivel de Latinoamérica el octavo puesto en desarrollo humano, término que agrupa los niveles de pobreza en cada país medido por el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas de cada familia. En este indicador, el avance en cobertura de agua potable que pasó del 80% al 84% y

---

<sup>10</sup> DNP. DANE, Datos de 1999

la población con acceso a los servicios de salud se incrementó del 79% al 84% la pobreza extrema en Colombia descendió entre 1993 (12.5%) y 1997 (8.9%).

Sin embargo, la CEPAL ha dicho que actualmente más del 60% de la población vive en condiciones de pobreza; esto quiere decir que de 44 millones de personas, 27 millones de compatriotas sobrevive con un salario mínimo y de estos el 50%, es decir 13.5 millones viven en la miseria o son indigentes. Las cifras de empleo en el país tampoco son muy alentadoras: 2.2 millones de personas se rebuscan la vida en trabajos informales o como vendedores ambulantes, sin acceso a la seguridad ni a las garantías sociales.

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, reveló recientemente que la tasa de desempleo para el año 2003 fue de 14.2%, pero en las 13 principales ciudades, incluida Bucaramanga, de cada 100 puestos de trabajo, 61 son informales.

#### **6.1.2. Que pasa con la salud oral**

Otra limitante que tenemos es que la situación de salud oral no aparece registrada en el perfil epidemiológico nacional; sin embargo, los datos parciales de la información existente permiten revelar la amplitud y severidad del problema que sufre la mayor parte de la población.

La infraestructura, equipamiento, instrumental y medicamentos están en función de necesidades básicas de diagnóstico, periodoncia operatoria, exodoncia y endodoncia. Aunque no hay datos suficientes, ni información actualizada a nivel central, si parcialmente se encuentran algunos datos a nivel departamental.

En general el equipamiento es mínimo, su distribución irregular y se registran situaciones de deterioro en equipo clave (amalgamadores, unidades portátiles, piezas de mano, jeringas triples, sillas odontológicas y lámparas) lo cual dificulta

enormemente la capacidad operativa; generando por ej. problemas de bioseguridad, al no disponer en algunos lugares del equipo adecuado para la esterilización de instrumentos, y complicaciones que ponen en grave riesgo la salud del paciente.

Los materiales e insumos para los tratamientos están limitados a unas pocas sesiones con existencias mínimas y productos cuya calidad es difícil determinar, debido a la falta de información sobre los proveedores y sistema de costos, porque las ARP, EPS y ARS encargadas de la administración de los recursos establecen excesivas limitaciones y restricciones en la prestación y oferta de servicios, dejando sin cubrir las áreas protésicas, ortodóncicas y de rehabilitación.

## **6.2. Marco Histórico de la Auditoría en Salud**

La auditoría como profesión tiene sus orígenes en la Ley Británica de Sociedades Anónimas de 1862 y su aceptación general por mandato de dicha Ley, definiendo la auditoría como "un sistema metódico y normalizado de contabilidad deseable para una adecuada información y para la prevención del fraude". También reconocía su aceptación general en "la necesidad de efectuar una versión independiente de las cuentas de las pequeñas y grandes empresas".

A partir de 1862 hasta 1905, la profesión de la auditoría creció y floreció en Inglaterra, introduciéndose hacia el año 1900 a los Estados Unidos. En Inglaterra se siguió haciendo hincapié en un procedimiento para la detección del fraude, como objetivo primordial de la auditoría.

Para el caso de la salud, los métodos requeridos para valorar sistemáticamente el trabajo de los médicos tienen como referencia el año 1910, cuando el doctor Emory Codman realizó en Boston un estudio retrospectivo sobre las intervenciones quirúrgicas, después de un año de realizadas. Posteriormente, el mismo doctor Codman en 1914, como Presidente del Comité de Estandarización

de Hospitales del Colegio Americano de Cirujanos señalaba como objetivo de la evaluación: "una medicina de mejor calidad".

Por otra parte, la auditoria gubernamental solo logró ser reconocida oficialmente en 1921, cuando el Congreso de los Estados Unidos estableció la Oficina General de Contabilidad. Luego, con base en este modelo el doctor Thomas R. Ponton presentó un Plan de Contabilidad de los Servicios Profesionales de Salud en 1928.

Posteriormente, Inglaterra puso en marcha el Plan Beveridge en 1942, en el cual se plasma el principio de que el Estado debe hacerse cargo de la salud de sus miembros como consecuencia del *derecho a estar sanos*. Es un momento clave, porque la salud ingresa en los cálculos de la macroeconomía. La salud, las enfermedades, las necesidades de los individuos, los grupos y comunidades entran a hacer parte de las alternativas de cobertura, acceso, financiación, y por lo tanto de regulación y distribución, que hoy como política social es materia de disputa en todos los países del mundo.

En el campo macroeconómico, la salud también fue paulatinamente siendo abordada, como consecuencia del peso que el sector adquiriere en la producción de bienes y servicios. La industria farmacéutica y la tecnomedicina comienzan a ocupar puestos de preferencia en los países desarrollados, otros se favorecen por inercia o son absorbidos por el consumo tecnológico de la producción industrial.

En nuestro país se tiene como antecedente de la Auditoría de Salud la creación en 1975 de la oficina de Evaluación Médica y Docencia del ISS, que una década después sería reemplaza por la Oficina de Evaluación de Calidad. Este sistema de evaluación nació con el objetivo de "salvaguardar al enfermo", a la vez que propendía por la práctica de "una medicina mejor para una vida mejor".

Hoy el progreso tecnológico nos ha llevado a un campo fascinante, impensado pero arriesgado, lleno de contingencias y de imprecisiones. Utilidad y daño.

Beneficio y riesgo. Son acciones médicas opuestas que siempre están presentes y que deben tomarse en cuenta, y de ser posible, valorar y cuantificar. Por ello, investigadores como Donabedian juzgan la calidad en la atención en salud como producto de la aplicación de la ciencia y la tecnología, de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud, sin aumentar sus riesgos. Para dicho autor, "el grado de calidad en la atención prestada se mide en la capacidad de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades".

La solución no es intentar una salvación milagrosa, sino aceptar el grado de imprecisión y probabilidad que tiene nuestro quehacer y trabajar con ello. Este esfuerzo es responsabilidad de los propios profesionales que deben apoyar sus decisiones en una mejor lectura de los efectos favorables y desfavorables de su accionar. Por ello, otra consigna a tener en cuenta en el marco de la calidad es la necesidad de realizar continuamente el balance de beneficios y riesgos, frente a los problemas que plantean nuestros clientes o usuarios, para obtener los mejores resultados posibles.

### 6.3. Marco Referencial

#### 6.3.1. Técnicas de Evaluación de la Calidad

Aquí se describen técnicas que pueden utilizarse para el monitoreo de la calidad en salud, en unidades asistenciales directas. La trascendencia del sector o unidad de evaluación depende del buen diseño de las actividades. Una vez definida la orientación del modelo evaluativo.

Para ello se debe partir de las siguientes premisas:

- Considerar la posibilidad real de las acciones a realizar
- Comenzar por los problemas de mayor prevalencia
- Evitar estudios intrascendentes o de poca receptividad
- Tener en cuenta los aspectos normativos de la actividad
- Formalizar los proyectos y difundir los resultados de la actividad profesional
- Utilizar solo normas o criterios de evaluación que hayan sido consensuadas
- Buscar formas de incorporación y cooperación de grupos o comités relacionados con el tema.
- Buscar aliados para favorecer las acciones e identificar obstáculos
- Posibilitar el análisis, la validación y la rectificación de los problemas
- Proponer mecanismos para instrumentar acciones correctivas técnicas
- Obtener la participación de aquellos cuyos desempeños son evaluados y la participación de la población asistida.

La calidad de la atención en salud despierta actualmente muchas controversias relacionadas con la necesidad de debatir la vinculación entre calidad y costos, y en la búsqueda de estrategias más acertadas para mejorar la atención.

Este último punto constituye la mayor preocupación de todos los implicados, porque anteriormente los esfuerzos se centraban únicamente en la aplicación de instrumentos y técnicas para medir y evaluar la calidad, donde los responsables directos de la atención debían aceptar los distintos modelos que los enfoques y marcos teóricos proporcionaban. Esta conducta permitió el desarrollo de normas, métodos, acopio importante de datos y experiencias, acerca de: ¿qué evaluar? y ¿cómo hacerlo?

Pero esta es solo la senda recorrida para mejorar la atención en la dirección que las evaluaciones nos estarían indicando. En la actualidad los expertos en los temas de calidad están insistiendo en trabajar por el mejoramiento de la calidad de los servicios y sistemas de salud, fijando como meta "la garantía de calidad", finalidad algo idealista, pero que orienta todo un pensamiento y acción al respecto. Si el objetivo es progresar, significa que la evaluación debe estar inserta en el programa de mejoramiento continuo de la calidad.

El presente estudio busca hacer parte del mecanismo de monitoreo, a partir del cual iniciar la etapa de transformación. Para lograrlo se abren varios caminos alternativos, cuya elección depende del modelo de administración participativo o jerárquico que se quiera emplear.

En los *modelos verticalistas*, serán los miembros o responsables de la conducción (directivos, gerentes, jefes) los encargados de desmenuzar los resultados de las evaluaciones, jerarquizarlos, y proponer soluciones viables, de acuerdo a un minucioso balance entre los factores que estarían a favor de las soluciones propuestas y aquellos que pueden ser obstáculo o impedimento.

En los *modelos participativos*, el compromiso de reconocer los problemas y definir las soluciones abarcaría los diversos componentes, porque todos directa o indirectamente están implicados. Este modelo se trabaja en las propuestas de *calidad total*, donde la estrategia para lograrla se centra en la organización de los llamados *círculos de calidad*, compuestos por los integrantes de las distintos sectores en la producción de bienes y servicios.

Cualquiera sea el camino que se adopte para lograr el objetivo de “progresar”, necesita de un marco conceptual adecuado, que permita la aclaración de términos y unificación de criterios; la estructuración de una propuesta clara, que defina las actividades a desarrollar; y contar con unos instrumentos de evaluación y auditoría confiables.

Evaluar a un grupo de profesionales, sin tener unos objetivos y una metodología clara, puede resultar tan frustrante como no hacer nada. Antes, la mayor preocupación de los técnicos era crear instrumentos de evaluación, hoy están obligados a participar en el diseño y elaboración de mecanismos hábiles para el abordaje y la solución de problemas evitables.

Como veremos, todo profesional de la salud puede mejorar la calidad de los servicios que presta. Lo primero y principal es la voluntad para hacerlo, y después conocer los objetivos y la metodología a seguir, que son muy sencillos y prácticos.

## Cuadro 1. Pasos para el ciclo de mejora de la calidad

| <b>■ CICLO DE MEJORA DE LA CALIDAD</b>             |
|--|
| ➤ Identificar de problemas                         |
| ➤ Priorizar los problemas identificados            |
| ➤ Analizar los problemas priorizados               |
| ➤ Elaborar los criterios orientadores del estándar |
| ➤ Diseñar el estudio                               |
| ➤ El plan de mejora                                |
| ➤ Ejecutar las medidas correctoras                 |
| ➤ Reevaluar  |

Fuente: Garantía de Calidad en Atención Primaria: ¿Cómo evaluamos el ciclo de mejora de la calidad?

Un sistema de mejora no consiste en recoger datos cuyo fin sea elaborar informes o diseñar diagramas de determinados procesos asistenciales, sino que la información recogida pueda servir para conocer los problemas existentes y explicar porqué el proceso asistencial no produce los resultados esperados, con el fin de mejorarlos.

Las siguientes son las técnicas más utilizadas para el mejoramiento de la calidad en la atención:

6.3.1.1. **Hoja de Verificación:** En el control estadístico de la calidad se hace uso cotidiano de la Hoja de Verificación (también llamada "de Control" o "de Chequeo"), ya que es necesario comprobar si se han recabado los datos solicitados o si se han efectuado determinados trabajos.

Se usa para verificar:

- \* La distribución del proceso de producción
- \* Los defectos
- \* Las causas de los defectos
- \* La localización de los defectos y

\* Confirmar si se han hecho las verificaciones programadas

**Cuadro 2. Hoja de Verificación de los Derechos del Paciente**

| DERECHOS DE LOS PACIENTES   | Calificación de la organización |   |   |   |   |    |
|---|---------------------------------|---|---|---|---|----|
|   | 5                               | 4 | 3 | 2 | 1 | NA |
| 1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.   |                                 |   |   |   |   |    |
| 2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. |                                 |   |   |   |   |    |

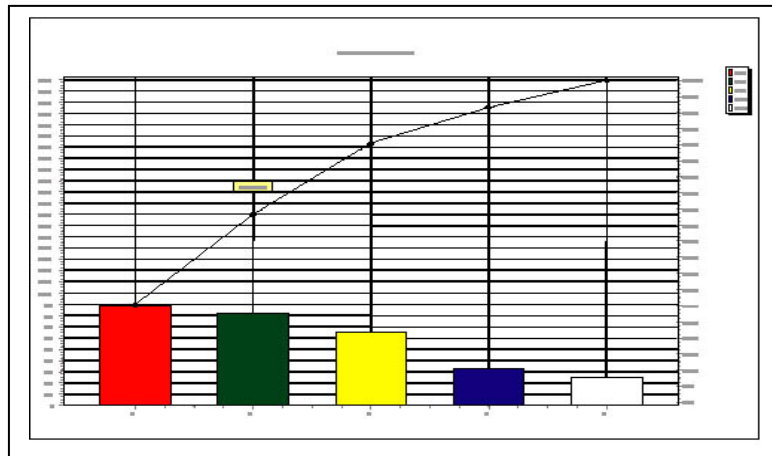
Fuente: Minsalud. Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación 2002, p. 137

La técnica de recogida de datos debe prepararse de manera que su uso sea fácil e interfiera lo menos posible con las actividades de quien realiza el registro.

6.3.1.2. **Diagrama de Pareto:** es un diagrama de barras en el que las diversas causas del problema se ordenan de mayor a menor por el grado de importancia. La frecuencia relativa de cada caso se va sumando y se forma una curva sobre el diagrama con las frecuencias acumuladas. La mayoría de las veces, un problema se debe a un pequeño grupo de causas pocas vitales.

Se presentan en forma gráfica los principales factores que influyen en una situación, así como el porcentaje que corresponde a cada uno de estos factores y también se incluye el porcentaje acumulado. En esta forma, la gráfica facilita la identificación de los puntos en los que se debe actuar de manera prioritaria.

**Gráfica 1. Diagrama de Pareto**



Fuente:

Don y SLOCUM, John W. Jr. Administración. México, Thomson, 7ª Edición, 2000.

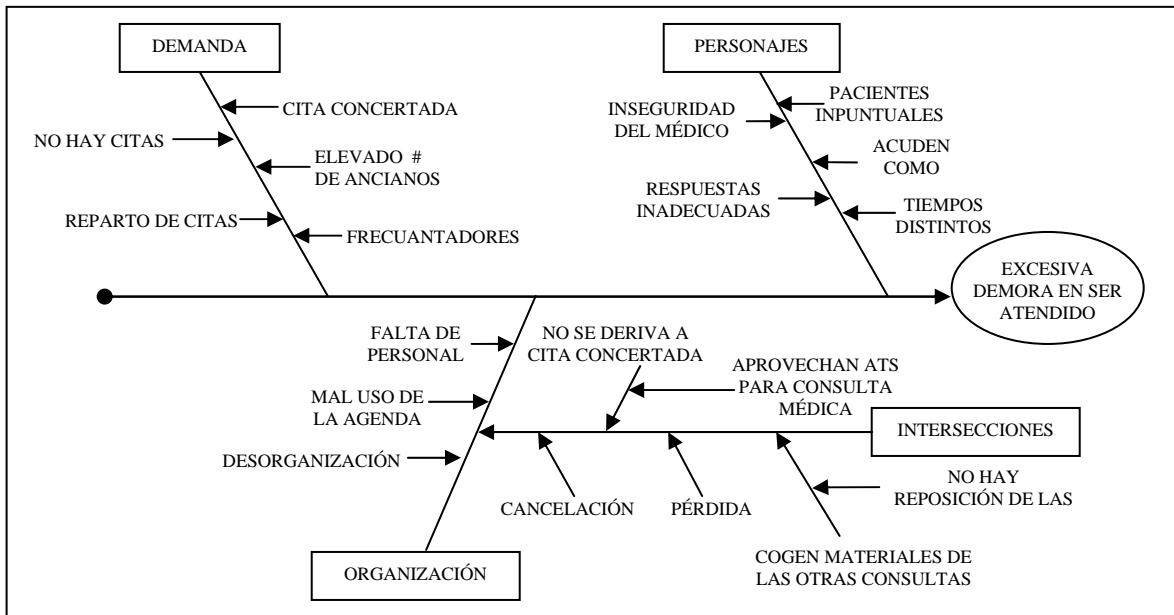
HELLRIEGEL,

Se utiliza para visualizar rápidamente qué factores, causas o valores de una situación determinada son los más importantes, y por ello, cuáles hay que atender en forma prioritaria a fin de solucionar el problema o mejorar la situación. Se considera más costeable disminuir aquellos problemas que representan el mayor peso en una situación, que eliminar por completo los defectos con menor peso.

6.3.1.3. **Diagrama Causa-Efecto de Ishikawa:** tiene como propósito expresar gráficamente el conjunto de factores causales que interviene en una determinada característica de calidad. Desarrollado por el Dr. Kaouru Ishikawa en 1960 al comprender que no era predecible el resultado o efecto de un proceso sin entender las interrelaciones causales de los factores que influyen en él.

Al identificar todas las variables o causas que intervienen en el proceso y la interacción de dichas causas, es posible comprender el efecto que resulta de algún cambio que se opere en cualquiera de las causas. Las relaciones se expresan mediante un gráfico integrado por dos secciones.

## Gráfica 2. Diagrama de Ishiwaca



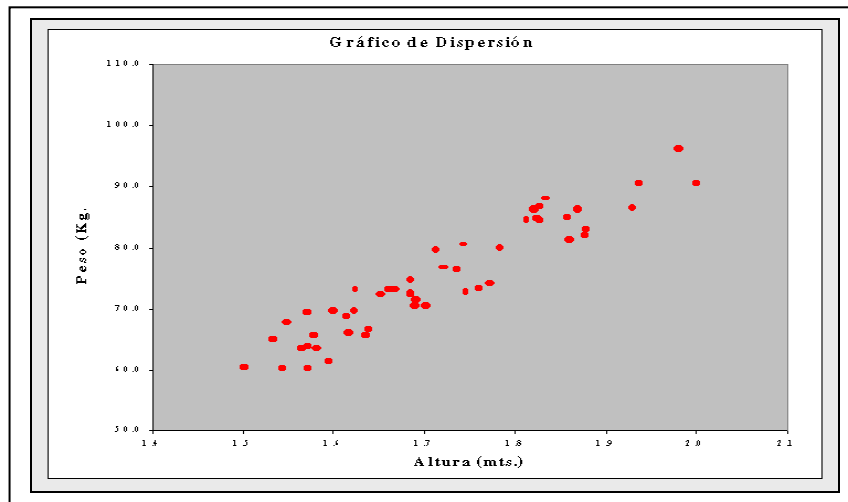
Fuente: ISHIKAWA, Kaouru, ¿Qué es el control total de calidad?, Bogotá, Editorial Norma, 1994.

La primera sección está constituida por una flecha principal hacia la que convergen otras flechas, consideradas como ramas del tronco principal, y sobre las que inciden nuevamente flechas más pequeñas, las sub-ramas. En esta primera sección quedan organizados los factores causales.

La segunda sección está conformada por el nombre de la característica de calidad. La flecha principal de la primera sección apunta precisamente hacia este nombre, indicando con ello la relación causal que se da entre el conjunto de factores con respecto a la característica de calidad.

6.3.1.4. **Diagrama de Dispersión:** para poder controlar mejor un proceso y por ende poder mejorarlo, es necesario conocer la interrelación entre las variables involucradas. Se utiliza generalmente cuando interesa saber si existe algún tipo de relación entre dos variables.

### Gráfica 3. Diagrama de Dispersión



Fuente: EVANS, J. R. y LINDSAY, W. M. La admón. y el control de la calidad. México, Thomson, 2000.

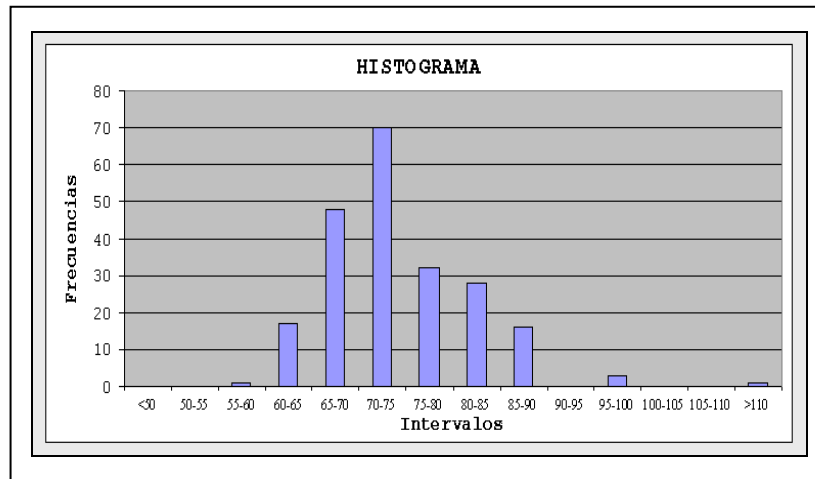
El diagrama de dispersión muestra la existencia o no de la relación existente entre dichas variables. La correlación entre dos variables puede ser positiva, si las variables se comportan en forma similar (crece una y crece la otra) o negativa, si las variables se comportan en forma opuesta (aumenta una, disminuye la otra). Si los valores de ambas variables se revelan independientes entre sí, se afirmaría que no existe correlación.

6.3.1.5. **Histograma:** En cualquier estudio estadístico es muy frecuente sacar muestras aleatorias de una población para ver en qué grado la población cumple con alguna característica. Para ello, se ordenan las muestras y se agrupan bajo el criterio de que encajen dentro de determinados intervalos. Las muestras que están dentro de estos intervalos integran subconjuntos denominados clases. Los límites de los intervalos se designan fronteras de clase.

El histograma es un gráfico de barras verticales con las que representa la distribución de un conjunto de datos. El histograma se construye tomando como base un sistema de coordenadas. El eje horizontal se divide de acuerdo a las fronteras de clase. El eje vertical se gradúa para medir la frecuencia de las

diferentes clases. Estas se presentan en forma de barra que se levantan sobre el eje horizontal.

**Gráfica 4. Histograma**



Fuente: Herramientas Estadísticas Básicas para el Mejoramiento de la Calidad. Bogotá, Norma, 2ª. Edición.

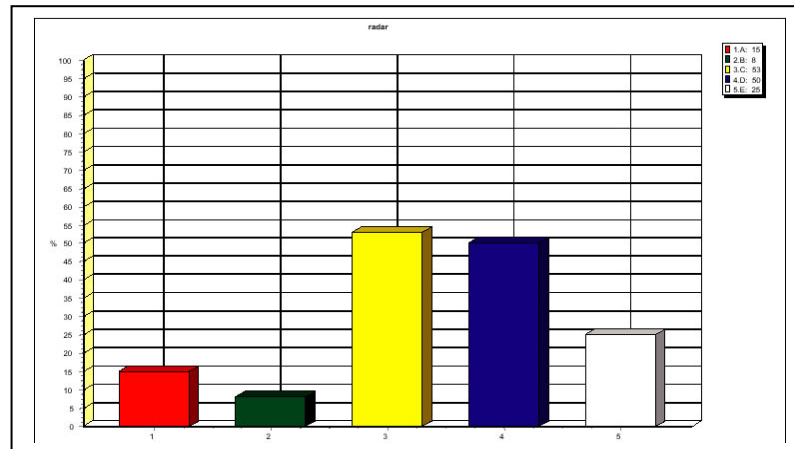
Aquí se ordenan las muestras, tomadas de un conjunto, en tal forma que se vea de inmediato con qué frecuencia ocurren determinadas características que son objeto de observación. En el control estadístico de la calidad, el histograma se emplea para visualizar el comportamiento del proceso con respecto a ciertos límites.

Las muestras que están dentro de estos intervalos integran subconjuntos denominados clases. El ordenamiento de barras en un histograma generalmente toma forma de campana, es decir, a partir de una barra de mayor altura ubicada en el centro, las barras de ambos lados se disminuyen gradualmente de altura. Esto se debe a que la frecuencia con que ocurre la característica, objeto de observación, tiene casi siempre una tendencia central.

6.3.1.6. **Estratificación:** herramienta estadística que clasifica los datos en grupos con características semejantes. La situación que en concreto va a ser analizada

determina los estratos a emplear. Ej.: analizar factores de riesgo de enfermedad o muerte (edad, sexo, herencia genética). Una de las formas de presentar la estratificación es el polígono de frecuencias.

**Gráfica 5. Polígono de Frecuencia**



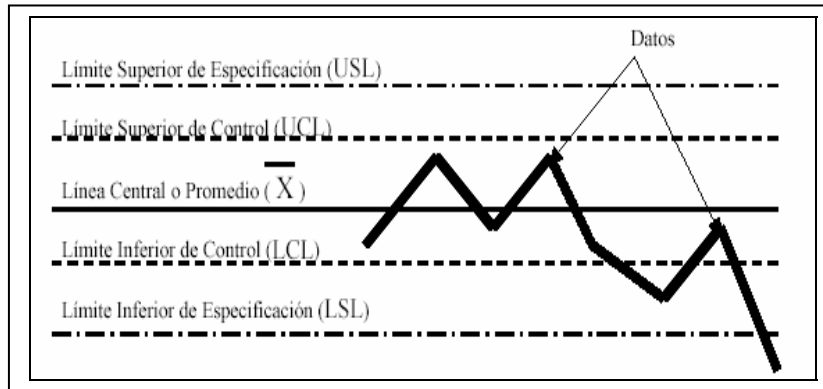
Fuente:  
HELLRIEGEL, Don y SLOCUM, John W. Jr. Administración. México, Thomson, 7ª Edición, 2000.

A cada grupo se le denomina estrato. La clasificación tiene por objeto el identificar el grado de influencia de determinados factores o variables en el resultado de un proceso.

6.3.1.7. **Gráfico de Control:** es una herramienta estadística utilizada para evaluar la estabilidad de un proceso. Permite distinguir entre las causas de variación. Todo proceso tendrá variaciones, pudiendo estas agruparse en:

- Causas aleatorias de variación. Son causas desconocidas y con poca significación, debidas al azar y presentes en todo proceso difícil identificación y eliminación.
- Causas específicas (imputables o asignables). Normalmente no deben estar presentes en el proceso. Provocan variaciones significativas sí pueden ser descubiertas y eliminadas.

**Gráfica 6. Gráfico de Control**



Fuente: VILAR BARRIO, José Francisco, Las 7 nuevas herramientas para la mejora de la calidad, 2ª Ed.

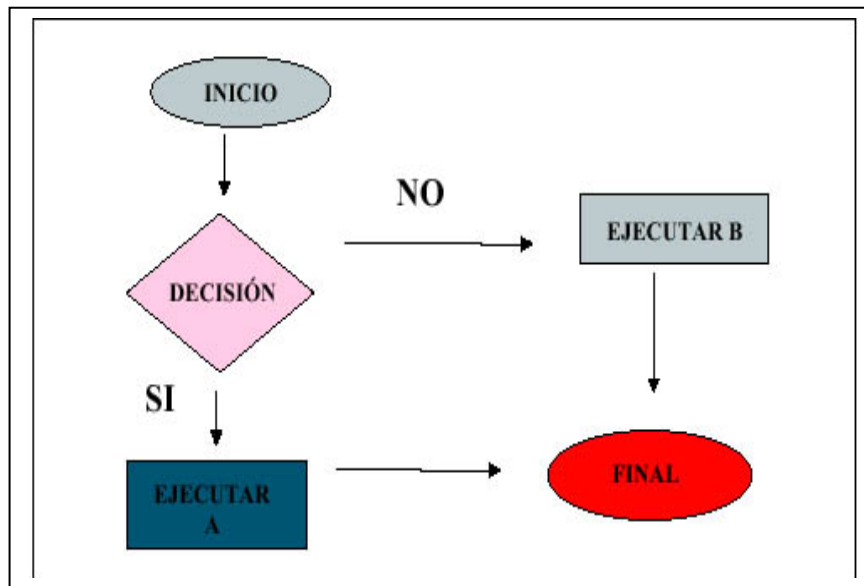
Los gráficos de control fueron ideados por Shewhart durante el desarrollo del control estadístico de la calidad; luego, con la reformulación del concepto de calidad y su extensión a las empresas de servicios y a las unidades administrativas y auxiliares, se han convertido en métodos de control aplicables a procesos y procedimientos llevados a cabo en estos ámbitos.

Existen diferentes tipos de gráficos de control:

- De datos por variables. Que a su vez pueden ser de media y rango, mediana y rango, y valores medidos individuales.
- De datos por atributos. Del estilo aceptable / inaceptable, sí / no,

6.3.1.8. **Diagrama de Flujo:** Es un diagrama que utiliza símbolos gráficos para representar el flujo y las fases de un proceso. Está especialmente indicado al inicio de un plan de mejora de procesos, al ayudar a comprender cómo éstos se desenvuelven. Es básico en la gestión de los procesos.

**Gráfica 7. Diagrama de Flujo**



Fuente: American National Standards Institute.

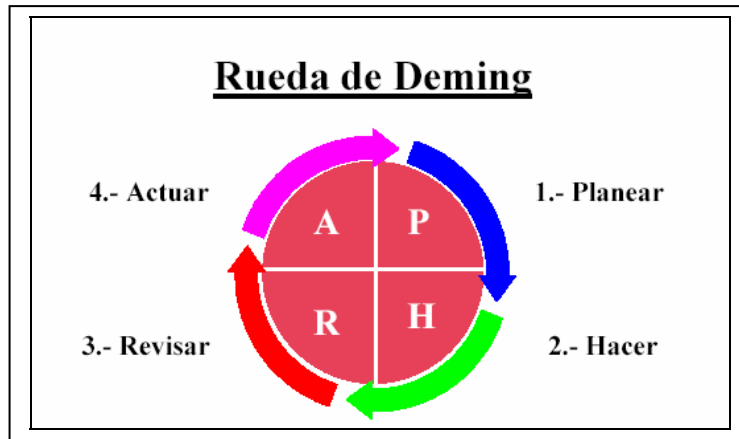
El Flujograma describe de una forma estructurada la secuencia de actividades de un proceso. Se ha estandarizado por parte del American National Standards Institute una serie de símbolos utilizados en este diagrama, con significados concretos, de tal manera que cada forma geométrica indica un paso distinto.

El diagrama de flujo promueve el acuerdo entre los miembros del equipo, facilita la comprensión del proceso; identifica problemas, oportunidades de mejora y puntos de ruptura pone de manifiesto las relaciones proveedor - cliente, sean éstos internos o externos y se constituye en una herramienta fundamental para obtener mejoras mediante el mejoramiento del proceso, o el diseño de otros alternativos.

6.3.1.9. **Metodología basada en el Ciclo PHRA.** Un problema es una desviación entre lo que se espere este sucediendo y lo que realmente sucede, con la importancia suficiente para que alguien piense que se debería corregir la desviación. La mayoría de los procedimientos para la solución de problemas consiste en una serie de pasos estructurados bajo el concepto de ciclo de

mejoramiento de Shewhart (también conocido como ciclo de Deming) que consta de cuatro pasos: planear, hacer, verificar y actuar.

### **Grafica 8. Rueda de Deming**

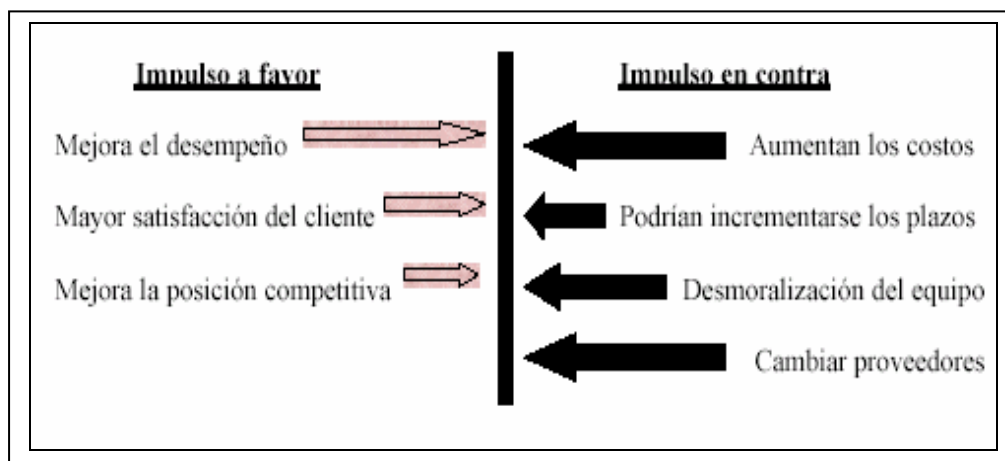


Fuente: ROBBINS, S. P. y DE CENZO, D. A. Fundamentos de Admón. México, Pearson, 3ª Edición, 2002.

- **Planear:** En el caso de un proyecto de mejoramiento, la fase de planeación, tiene entre otros, el objetivo de asegurar que el proyecto que se seleccionara para el análisis es realmente el mas importante en cuanto a su contribución al mejoramiento de los indicadores clave del negocio. Es conveniente que la alta administración defina desde un punto de vista estratégico cuales son los indicadores que tienen prioridad de mejoramiento.
- **Hacer:** En esta fase el equipo asignado para el proyecto se debe enfocar al análisis de las causas que provocaron la aparición del problema y la búsqueda de alternativas de solución, para después poder proporcionar la que considere mas apropiada para resolver el problema.
- **Revisar:** Las mismas técnicas que fueron utilizadas durante la fase de planeación para evaluar y detectar áreas de oportunidad para el mejoramiento pueden ser utilizadas durante esta fase.
- **Actuar:** Esta fase consiste en incorporar al siguiente ciclo de planeación los ajustes necesarios que se hayan evidenciado en la fase de verificación. La mejora continua consiste precisamente en resolver un problema tras otro sin interrupción.

6.3.1.10. **Análisis de Campos de Fuerzas:** Es una técnica altamente creativa y para trabajar en equipo, que es usada para identificar las fuerzas que se oponen, así como aquellas que favorecen determinado cambio que se quiere realizar. El “Análisis de campos de fuerzas” ayuda a planificar el cambio, identificando cómo superar las barreras que lo dificultan y potenciar los aspectos que ayudan a lograr el mismo.

**Gráfica 9. Campos de Fuerza**

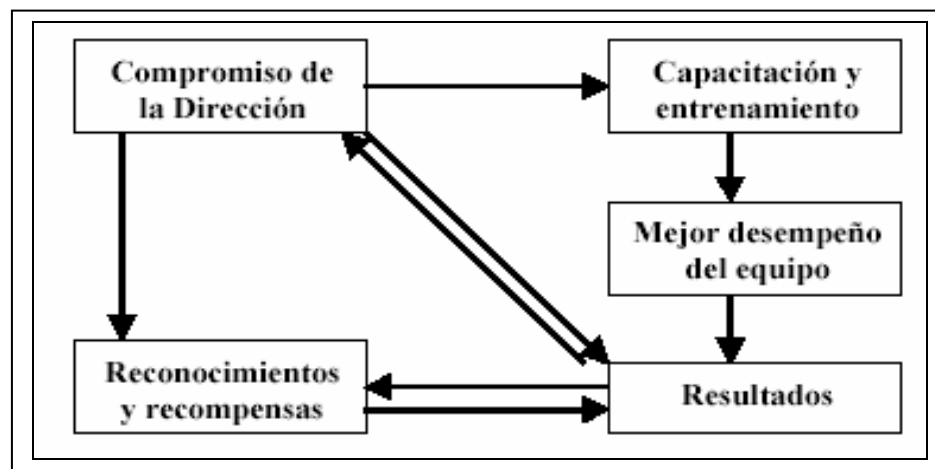


Fuente: ROBBINS, S. P. y DE CENZO, D. A. Fundamentos de Admón. México, Pearson, 3ª Edición, 2002

El proceso se inicia con el equipo de trabajo describiendo el cambio o mejora a lograr y definiendo los resultados y soluciones deseadas. Una vez preparado el diagrama de campo de fuerzas básico, se identifican las fuerzas favorables / positivas / impulsoras y las desfavorables / negativas / retardadoras, mediante la tormenta de ideas. Luego se colocan estas fuerzas sobre el diagrama, las positivas de un lado y las negativas del otro (en oposición), y si es posible, se clasifican en relación con la posibilidad de actuar sobre las mismas. Luego el equipo evalúa los resultados. Finalmente se procede a preparar un plan de acción para superar las fuerzas negativas y propiciar las positivas.

6.3.1.11. **Diagrama de Relaciones:** es una herramienta que ayuda a percibir la relación lógica que existe entre una serie de problemas, actividades o departamentos encadenados como causas y efectos. En los diagramas de las relaciones existe la posibilidad de que se represente más de un efecto, y de que una causa pueda ser al mismo tiempo efecto de otra causa. Esto es, expresa libremente las relaciones entre causas y efectos, y ayuda a descubrir la causa principal que afecta a la situación en su totalidad.

**Gráfica 10. Diagrama de Relaciones**



Fuente: HELLRIEGEL, Don y SLOCUM, John W. Jr. Administración. México, Thomson, 7ª Edición, 2000.

El diagrama de relaciones se construye indicando las relaciones lógicas que existen entre los factores causales. Algunos de los usos que a nivel institucional se le da a un diagrama de relaciones son: el desarrollo de políticas de calidad, la introducción y promoción del control total de calidad, mejoras a diseños con base en quejas de los clientes / usuarios, mejoras al proceso de manufactura, promoción de actividades en grupo, cambios administrativos, etc.

## 6.4. Marco Conceptual

### 6.4.1. De la salud oral

Cuando leemos de salud oral pensamos automáticamente en la boca y en los dientes; pero salud oral no sólo incluye los dientes, también debemos pensar en la salud de nuestras encías, de los tejidos blandos que sostienen los dientes, de las mucosas, la lengua y de otros órganos que completan la cavidad bucal.

Todos en conjunto, nos permiten hablar, sonreír, masticar, tragar, besar y expresar un mundo de sensaciones y emociones a través de las expresiones faciales. Pensemos también que “no estamos completamente sanos y saludables si no tenemos salud en nuestra boca”.

Por eso es tan importante que consultar al odontólogo periódicamente, pero no sólo para que “nos cure las caries”, sino también para que nos enseñe a prevenir todas las enfermedades que podemos tener en la boca.

#### 6.4.1.1. **De las especialidades en salud oral**

**Cirujano bucomaxilofacial:** Los cirujanos bucomaxilofaciales son cirujanos ortopédico-faciales responsables del tratamiento de una gran variedad de problemas dentarios, incluyendo la extracción de dientes retenidos (cirugía ortognática) y la cirugía facial reconstructiva. Esta especialidad de la odontología también incluye el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, lesiones y defectos relacionados con los aspectos funcionales y estéticos de los tejidos duros y blandos de la región bucomaxilofacial.

**Endodoncista:** también conocidos como especialistas de la pulpa, los endodoncistas han recibido capacitación especializada para realizar tratamientos de conducto radicular. Esta rama de la odontología se ocupa de la morfología, la

fisiología y la patología de la pulpa dental humana (el tejido blando entre el esmalte y la dentina del diente) y los tejidos perirradiculares, además de la prevención y el tratamiento de las enfermedades y las lesiones pulpares y los trastornos perirradiculares asociados.

**Odontopediatra:** es un especialista en el campo de la odontología que se ocupa del cuidado de la salud oral del niño desde la infancia hasta la adolescencia. Al guiar a los niños y adolescentes durante su desarrollo y crecimiento de las piezas dentarias, los odontopediatras a menudo trabajan estrechamente con los médicos pediatras, los médicos de cabecera y otros especialistas odontológicos, para ofrecer una atención odontológica y médica completa.

**Ortodoncista:** los ortodoncistas son dentistas especialmente capacitados en el desarrollo, la prevención y la corrección de las irregularidades de los dientes, la mordida y los maxilares superior e inferior. Los ortodoncistas también reciben capacitación especializada en las anomalías faciales y los trastornos de la mandíbula. A menudo, un paciente consulta a un ortodoncista después de que su odontólogo general lo deriva.

**Periodoncista:** los periodoncistas son responsables del cuidado y la prevención de las enfermedades de las encías, la regeneración guiada del hueso y los implantes dentales. La periodoncia es la especialidad de la odontología que incluye la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de los tejidos adyacentes y de soporte de los dientes o sus sustitutos, y el mantenimiento de la salud, la función y la estética de estas estructuras y tejidos.

**Prostodoncista:** los prostodoncistas son especialistas odontológicos que han recibido capacitación adicional y título habilitante en la restauración y el reemplazo de los dientes fracturados con coronas, puentes o prótesis removibles (dientes postizos). La prostodoncia es la rama de la odontología que también se

especializa en comprender la dinámica de la sonrisa, la conservación de una boca saludable y la creación de reemplazos de piezas dentarias. Los prostodoncistas generalmente trabajan en colaboración con otros miembros del equipo de la salud oral y de los dientes, en la restauración de dientes naturales, reemplazo de piezas dentarias ausentes y/o el desarrollo de sustitutos artificiales para los tejidos bucomaxilofaciales dañados; además, los prostodoncistas han recibido capacitación especializada en:

- Reconstrucción posterior a un cáncer de boca
  
- Problemas con la articulación de los maxilares (por ejemplo, el trastorno de la articulación temporomandibular).

#### **6.4.2. De los principios de Calidad**

Jesús Alberto Viveros Pérez, nos dice que la calidad se establece principalmente por 13 principios básicos:

1. Hacer bien las cosas desde la primera vez
2. Satisfacer las necesidades del cliente (tanto externo como interno)
3. Buscar soluciones y no estar justificando errores
4. Ser optimista a ultranza
5. Tener buen trato con los demás
6. Ser oportuno en el cumplimiento de las tareas
7. Ser puntual
8. Colaborar con amabilidad con sus compañeros de equipo de trabajo
9. Aprender a reconocer nuestros errores y procurar enmendarlos
10. Ser humilde para aprender y enseñar a otros
11. Ser ordenado y organizado con las herramientas y equipo de trabajo
12. Ser responsable y generar confianza en los demás

13. Simplificar lo complicado, desburocratizando procesos,

Todo lo anterior nos lleva a un producto o servicio con calidad, al tener más calidad se puede vender más y se tiene un mejor servicio, por lo consiguiente, se genera más utilidad, que es uno de los objetivos principales de todas las empresas.

#### 6.4.3. De los criterios de Calidad

W. Edwards Deming. "Calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles, solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará; la calidad puede estar definida solamente en términos del agente".

Joseph M. Juran. "La palabra calidad tiene múltiples significados. Dos de ellos son los más representativos:

1. La calidad consiste en aquellas características del producto que se basan en las necesidades del cliente y que por eso brindan satisfacción del producto.
2. Calidad consiste en libertad después de las deficiencias".

Kaoru Ishikawa. "De manera somera calidad significa calidad del producto. Más específico, calidad es calidad del trabajo, calidad del servicio, calidad de la información, calidad de proceso, calidad de la gente, calidad del sistema, calidad de la compañía, calidad de los objetivos, etc."

Philip B. Crosby. "Calidad es conformidad con los requerimientos. Los requerimientos tienen que estar claramente establecidos para que no haya malos entendidos; las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar la conformidad con dichos requerimientos; la no conformidad detectada es una ausencia de calidad".

De acuerdo con Carlos Colunga Dávila: “La importancia de la calidad se traduce como los beneficios obtenidos a partir de una mejor manera de hacer las cosas y buscar la satisfacción de los clientes, como puede ser: reducción de costos, presencia y permanencia en el mercado y generación de nuevos y mejores empleos”.

“La calidad puede ser vista desde diferentes ángulos: por una parte, busca la completa satisfacción del cliente para diferentes fines; por otra, puede lograr la máxima productividad por parte de los miembros de la empresa que genere mayores utilidades. También se puede ver como un grado de excelencia, o bien puede ser parte de un requisito para permanecer en el mercado, aunque no se esté plenamente convencido de los alcances de la calidad; sin embargo, el objetivo fundamental y el motivo por el cual la calidad existe, es el cumplimiento de las expectativas y necesidades de los clientes”.

Y resume Colunga Dávila de la siguiente manera: "Calidad es satisfacer al cliente. ¿Cómo?: cumpliendo con los requerimientos y prestando un buen servicio. ¿Hasta dónde?: hasta donde la acción tomada ayude a la permanencia de la empresa en el mercado. Ese es el límite".

Entonces podemos concebir que: calidad es el logro de los mayores beneficios posibles en la atención, con los menores riesgos para el proveedor y los usuarios.

#### **6.4.3.1. De los requisitos para lograr la Calidad**

Cuauhtémoc Anda Gutiérrez nos manifiesta que en todo proceso de calidad se deben tomar en cuenta los siguientes requisitos para lograrla:

1. Se debe ser constante en el propósito de mejorar el servicio y el producto. Al estar en una nueva era económica, estamos obligados a ser más competentes.

2. El servicio o producto desde su inicio debe hacerse con calidad. El precio de los productos debe estar en relación con la calidad de los mismos.
3. Se debe mejorar constantemente el sistema de producción y de servicio, para mejorar la calidad y la productividad para abatir así los costos.
4. Hay que establecer métodos modernos de capacitación y entrenamiento.
5. Se debe procurar administrar con una gran dosis de liderazgo, a fin de ayudar al personal a mejorar su propio desempeño.
6. Se debe crear un ambiente que propicie la seguridad en el desempeño personal, eliminando las barreras interdepartamentales.
7. A los trabajadores en lugar de metas numéricas se les debe trazar una ruta a seguir para mejorar la calidad y la productividad.
8. El trabajador debe sentirse orgulloso del trabajo que realiza
9. Se debe impulsar la educación de todo el personal y su autodesarrollo.
10. Se deben establecer todas las acciones necesarias para transformar la empresa hacia un fin de calidad.

Estos requisitos hay que tomarlos en cuenta para implantar la calidad tanto en los productos que se ofrecen como en los servicios que se brindan; esto sólo se puede alcanzar, siendo perseverantes en aplicar los pasos antes mencionados, con el fin de hacer de la calidad un compromiso para todos y cada uno de los miembros de la institución.

En resumen, se puede decir que calidad es: cumplir con los requerimientos que necesita el cliente con un mínimo de errores y defectos. Si calidad es satisfacer las necesidades de los clientes, esto trae como consecuencia que surja en las organizaciones y profesiones la importancia de tener calidad en todas ellas.

#### **6.4.4. De las características del Servicio**

Idelfonso Grande Esteban, considera que los servicios poseen las siguientes características:

1. *Intangibilidad*. Significa que los servicios no se pueden ver, saborear, sentir ni oler antes de comprarlo. Por ejemplo las personas que se someten a una cirugía plástica no pueden ver el resultado antes de la compra, o los pasajeros de una línea aérea sólo tienen un boleto y la promesa que serán llevados a su destino en forma segura.
2. *Inseparabilidad*. Significa que la creación de un servicio puede tener lugar mientras se consume, examen de la vista, un viaje, un masaje, un corte de cabello, entre otros.
3. *Variabilidad*. Significa que la calidad de los servicios dependen de quienes los proporcionan, así como de cuándo, en dónde y cómo se proporcionan. Por ejemplo, algunas tiendas departamentales tienen la reputación de proporcionar un servicio mejor que otros. A pesar de esto, dentro de una tienda determinada, un empleado de mostrador puede ser jovial y eficiente mientras que otro que está a poca distancia puede ser desagradable y lento, esto trae como consecuencia, que la calidad de servicio de un solo empleado de la tienda, varíe de acuerdo a su energía y a su estado de ánimo en el momento en que atiende al cliente.
4. *Carácter perecedero*. Significa que los servicios no se pueden almacenar para su venta o su utilización posterior. Por ejemplo, en un concierto no se pueden guardar lugares para el concierto de otra fecha, ya que estas plazas se perderían y el servicio no prestado se pierde.
5. Ausencia de propiedad. Los compradores de un servicio adquieren un derecho, pero no la propiedad del soporte tangible del servicio, es decir, el consumidor paga por un servicio más no por la propiedad.

#### 6.4.4.1. **De la opinión del Servicio**

Jacques Horovitz. "Es el conjunto de prestaciones que el cliente espera; además del producto o del servicio básico, como consecuencia del precio, la imagen y la reputación del mismo".

Carlos Colunga Dávila. "Es el trabajo realizado para otras personas".

Laura Fisher de la Vega. "Es el conjunto de actividades, beneficios o satisfactores que se ofrecen para su venta o que se suministran en relación con las ventas".

Philip Kotler. "Es cualquier actividad o beneficio que una parte ofrece a otra, son esencialmente intangibles y no dan lugar a la propiedad de ninguna cosa. Su producción puede estar vinculada o no con un producto físico".

De acuerdo con las anteriores opiniones, se puede decir del servicio: que es una actividad realizada para brindar un beneficio o satisfacer una necesidad.

#### **6.4.4.2. De las consideraciones a cerca de la Calidad en el Servicio**

Enrique Muller de la Lama. "Consiste en cumplir expectativas del cliente".

Rubén Helouani. "Son los requerimientos que satisfacen las necesidades y deseos del cliente en la contratación y en el uso".

Pedro Larrea Angulo. "Es la percepción que tiene un cliente acerca de la correspondencia entre el desempeño y las expectativas, relacionados con el conjunto de elementos cuantitativos y cualitativos del servicio".

Malcom Peel. "Las actividades secundarias que realice una empresa para optimizar la satisfacción que reciba el cliente en sus actividades primarias o principales".

De las anteriores consideraciones se deduce entonces que calidad en el servicio: es cumplir con las expectativas que tiene el cliente sobre la manera cómo un servicio satisface o no sus necesidades.

#### 6.4.4.3. **De los componentes de la Calidad del Servicio**

Según Idelfonso Grande Esteban, los clientes califican la calidad del servicio por medio de los siguientes componentes:

- *Confiabilidad*: la capacidad de ofrecer el servicio de manera segura, exacta y consistente. La confiabilidad significa realizar bien el servicio desde la primera vez. Los consumidores pueden preguntarse si sus proveedores son confiables, por ejemplo; si la factura del teléfono, gas o la electricidad refleja fielmente los consumos efectuados.
- *Accesibilidad*: las empresas, especialmente de servicios, deben facilitar que los clientes contacten con ellas y puedan recibir un servicio rápido. Un negocio que responde a las llamadas por teléfono de los clientes, por ejemplo, cumple dicha expectativa.
- *Respuesta*: se entiende por tal la disposición atender y dar un servicio rápido. Los consumidores cada vez somos más exigentes en éste sentido. Queremos que se nos atienda sin tener que esperar. Los ejemplos de respuesta incluyen devolver rápidamente las llamadas al cliente o servir un almuerzo rápido a quien tiene prisa.
- *Seguridad*: los consumidores deben percibir que los servicios que se le prestan carecen de riesgos, que no existen peligros ni dudas sobre la bondad de las prestaciones; por ejemplo, un cliente no debería dudar de lo acertado de la reparación de su automóvil.

- *Empatía*: quiere decir ponerse en la situación del cliente, para saber como se siente. Es ocupar el lugar del cliente en cuanto a tiempo, el cual es valioso para él, en cuanto a conocer a fondo sus necesidades personales.
- *Tangibles*: las instalaciones físicas y el equipo de la organización deben ser lo mejor posible y limpias, así como los empleados, estar bien presentados, de acuerdo con las posibilidades de cada organización y de su gente.

Una de las formas principales para que la empresa o persona se pueda distinguir, consiste en ofrecer calidad en el servicio, en forma consistente, la cual dará una fuerte ventaja competitiva, que conduce a un mejor desempeño en la productividad y en las utilidades de la organización.

Muchas empresas de servicios han tratado de asegurarse que los clientes reciban, en forma constante, servicios de gran calidad en todos sus encuentros con los servicios.

Por eso, el prestador de servicios tiene que identificar las expectativas de los clientes que tiene en mira en cuando a la calidad de servicios. Infortunadamente, la calidad de los servicios es más difícil definir y juzgar en comparación a la calidad en los productos.

Por dicha causa, es importante que el prestador de servicios defina y comunique con claridad las necesidades de los clientes, ya que esa persona esta en contacto directo con las personas que adquieren nuestros servicios.

Cabe señalar que la calidad de los servicios siempre variará, dependiendo de las circunstancias del problema y sobre todo, de que la interacción entre el empleado y el cliente sea buena.

Sin embargo, los errores no se pueden evitar, porque estamos trabajando con personas, que piensan, hablan y actúan, y con factores externos que no está en nuestras posibilidades mejorarlos, por ejemplo, manifestaciones, accidentes, el proveedor no llegó a tiempo con el material, etc.; la mayoría de estos accidentes ocurren en presencia de los clientes, dando por resultado que su servicio se demore más de la cuenta.

Como podemos observar, la calidad del servicio juega un papel muy importante dentro en toda actividad, porque no sólo nos estamos jugando la venta hecha, sino la imagen y la confianza que depositó ese cliente en nuestro producto y/o servicio; por consiguiente, un cliente insatisfecho representa una pérdida, tanto en utilidad como en imagen; y si pasa lo contrario, obtenemos un cliente satisfecho y leal a nuestro producto o servicio y además de la publicidad gratis por sus recomendaciones, obtendremos mayores ingresos para la empresa.

#### **6.4.5. De la percepción del Cliente**

El cliente para Carlos Dávila Colunga es: "Quien recibe un servicio o producto".

James G. Shaw nos dice que: "El cliente es el receptor de uno o más de los resultados especificados de un proceso".

Para Bob E. Hayes: "Es un término genérico que se refiere a cualquier persona que reciba un servicio o producto de alguna otra persona o grupo de personas".

Karl Albrecht. "Es una persona con necesidades y preocupaciones, que seguramente no siempre tiene la razón, pero que tiene que estar siempre en primer lugar, si un negocio quiere distinguirse por la calidad de su servicio".

De las anteriores definiciones puede deducirse que: el cliente es una persona o una organización que requiere satisfacer una necesidad, adquiriendo un producto o servicio.

Para comprender la importancia del cliente, debemos tener en cuenta los principios que Karl Albert nos presenta a continuación:

- El cliente es la persona más importante en cualquier negocio
- El cliente no depende de nosotros. Nosotros dependemos de él
- El cliente no es una interrupción de nuestro trabajo. Es el objetivo
- El cliente nos hace un favor cuando llega. Le estamos haciendo un favor atendiéndolo.
- El cliente es una parte esencial de nuestro negocio; no es ningún extraño
- El cliente no es sólo dinero en la registradora. Es un ser humano con sentimientos y merece un tratamiento respetuoso.
- El cliente merece la atención más comedida que podamos darle. Es el alma de todo negocio.

#### 6.4.5.1. De los tipos de Cliente

Robert L. Desatnick nos habla de dos tipos de clientes: internos y externos.

1. *El cliente interno:* es aquél que pertenece a la organización, y por estar en ella no deja de requerir la prestación del servicio por parte de los demás empleados.
2. *El cliente externo:* es aquella persona que no pertenece a la empresa, más sin embargo, es a quienes está dirigida la atención, ofreciéndoles un producto y/o servicio.

Como podemos observar, al tener dos tipos de clientes debemos estar atentos a satisfacer las necesidades que cada uno tenga, sin descuidar uno u otro.

#### 6.4.5.2. De las necesidades del Cliente

William B. Martín nos indica que para poder servir a nuestro cliente, debemos conocer sus necesidades, como son la necesidad de ser comprendido, necesidad de ser bien recibido, necesidad de sentirse importante y necesidad de comodidad:

- *Necesidad de ser comprendido:* aquéllos que eligen un servicio necesitan sentir que se están comunicando en forma efectiva. Esto nos dice que sé está interpretando en forma correcta los mensajes que envían las emociones y tratar de impedir una comprensión inadecuada del beneficio que puede obtener nuestro cliente.
- *Necesidad de ser bien recibido:* ninguna persona que esté tratando con usted y se sienta como una extraña, regresará. El cliente también necesita sentir que usted se alegra de verlo y que es importante para usted.
- *Necesidad de sentirse importante:* el ego y la autoestima son poderosas necesidades humanas. A todos nos gusta sentirnos importantes, cualquier cosa que hagamos para hacer que el invitado se sienta especial, será un paso en la dirección correcta.
- *Necesidad de comodidad:* los clientes necesitan comodidad física: un lugar donde esperar, descansar, hablar o hacer negocios; también necesitan tener la seguridad de que se les atenderá en forma adecuada y la confianza en que le podremos satisfacer sus necesidades.

Conocer las necesidades del cliente es parte fundamental en nuestra empresa, debemos llevar a cabo todos los puntos anteriores para mejorar las necesidades reales que requieren los usuarios, todo esto con el único fin de brindar un buen servicio y satisfacer al cliente.

Se deduce entonces que el cliente es pieza clave para cualquier organización, porque de él depende la existencia del negocio, y por ende, de todas aquellas personas que laboran en la empresa.

#### **6.4.6. De la Auditoria**

El término auditoría significa inspeccionar, revisar, verificar, investigar. En los países de cultura latina, de los que es originario este concepto, hasta comienzos del siglo XX su uso estaba relegado al derecho militar y canónico. Este término pasó de los países latinos al mundo anglosajón; y de Inglaterra y Estados Unidos regresó al mundo latino ya bien avanzado el siglo XX, para designar lo que en diferentes países se venía denominando: “censura jurada de cuentas o revisión de contabilidades”.

Sin embargo, esta nueva acepción del término auditoría fue siendo gradualmente ampliada durante las últimas décadas, y hoy en día este concepto se utiliza no sólo para referirse a la censura de cuentas o revisión de contabilidades en sentido estricto; sino también, para designar toda actividad de control ex-post o a posteriori de la actividad económica-financiera, administrativa, operativa o de otra índole, de los procesos, procedimientos y operaciones de cualquier institución pública o privada.

##### **6.4.6.1. De la Auditoría en Salud**

La auditoría en salud se puede definir como la confrontación de toda acción con pautas o normas que se consideran apropiadas, para que el ejercicio de la actividad se acepte como adecuada y eficiente, de acuerdo con los principios y prácticas que se enseñan en las respectivas facultades. En salud adopta el término “auditor” para darle la función de contralor de la “calidad en la atención y

prestación de servicios de salud” a un miembro de la profesión, para de esta forma asegurar a los pacientes o usuarios la correcta prestación de los servicios.

La auditoría en salud ejerce un conjunto de acciones destinadas a la evaluación en la prestación de los servicios, analizando políticas, planes, programas, contenidos, procesos, procedimientos y resultados, siempre orientados a mejorar la calidad y el rendimiento de la actuación de los funcionarios, estimulando la educación, actualización y capacitación continua.

#### **6.4.6.2. Del Trabajo de Auditoría**

En la realización del trabajo de auditoría se busca obtener material de prueba denominado <<evidencia>> que debe ser relevante, competente, suficiente y adecuado, logrado a través de técnicas de auditoría verbales, oculares, físicas, escritas, documentales, etc., utilizando procedimientos idóneos de inspección, observación, investigación, indagación, confirmación y análisis de datos, que puedan sustentar en forma amplia y segura las conclusiones y recomendaciones. Esta evidencia puede ser física, documental, testimonial y analítica.

#### **6.4.6.3. De la Auditoría de la Calidad**

La auditoría de la calidad es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad. De acuerdo con la norma del sistema de garantía de calidad, los procesos de auditoría son obligatorios en todas las empresas e instituciones promotoras, administradoras, aseguradoras y prestadoras de servicios de salud.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud demanda:

- La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a parámetros previamente establecidos.

#### **6.4.6.4. Del Aseguramiento de la Calidad**

El aseguramiento de la calidad exige actividades planificadas y sistemáticas implementadas dentro del sistema de calidad y evidenciadas como necesarias para dar adecuada confianza de que se está cumpliendo con los parámetros de calidad.

La normatividad ayuda a obtener un desarrollo eficiente de los procesos en cualquier tipo de organización, concluyendo en los siguientes beneficios:

- Eliminación de actividades innecesarias
- Reinicio del proceso, independiente de la etapa desde la cual se de

- Mejor control, al disminuir el número de fallas se logra incrementar el rendimiento de los procesos y de las personas que en ellos participan.
- Documentación concreta de las etapas, conservando de esta forma la memoria de los resultados y de los pasos o actividades desarrolladas.
- Reducción de costos y de esfuerzos, al contar con una gestión adecuada y compatible a unas etapas organizadas.
- Reducción de controles externos, hasta llegar al autocontrol.

#### **6.4.7. Del proceso de cambio**

El proceso de cambio abarca todas las actividades dirigidas a ayudar a la organización para que adopte con éxito nuevas actitudes, nuevas ideas y nuevas formas del desempeño laboral.

Cuando se quiere llevar adelante un proceso de cambio, se debe tener en cuenta que las personas buscan que la nueva situación les permita disfrutar de la misma seguridad que traían. Mientras el proceso avanza sin mayores dificultades, el cambio sigue adelante, pero también se producen inconvenientes, pues las personas tienden a volver rápidamente a la situación anterior, por lo que muchos procesos de cambio terminan fracasando al poco tiempo de ser implementados.

##### **6.4.7.1. De la resistencia al Cambio**

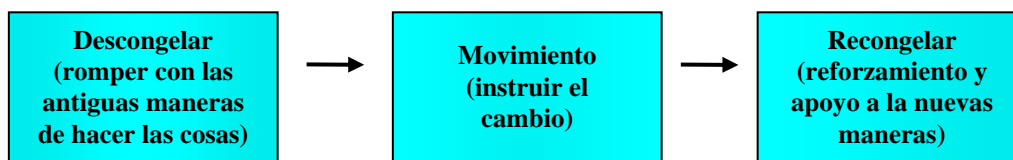
Un aspecto importante a considerar es la tendencia natural de las personas a resistirse al cambio. Hay que crear y desarrollar una actitud y mentalidad abierta al cambio; generando una cultura que permita acoger las buenas iniciativas, aprovecharlas y desechar las malas.

Lo más normal del mundo y de la sociedad en que vivimos es que los individuos se sientan temor al cambio y muestren resistencia a éste. Los seres humanos tienden a huir de todo aquello que no conocen, más aún cuando eso que no conocen significa un cambio drástico en su estilo de vida y forma de trabajo.

La resistencia al cambio puede ser una fuente de conflicto funcional; por ejemplo, la resistencia de un plan de reorganización o a un cambio en una línea de producto puede estimular un debate saludable sobre los méritos de la idea y dar como resultado una mejor decisión. Pero la mayor desventaja de la resistencia al cambio es que obstaculiza la adaptación y el progreso (Robbins 1999, p 632).

La resistencia al cambio generalmente necesita por lo menos tres etapas básicas para motivar a la gente:

### Gráfica 11. Etapas de motivación para el cambio



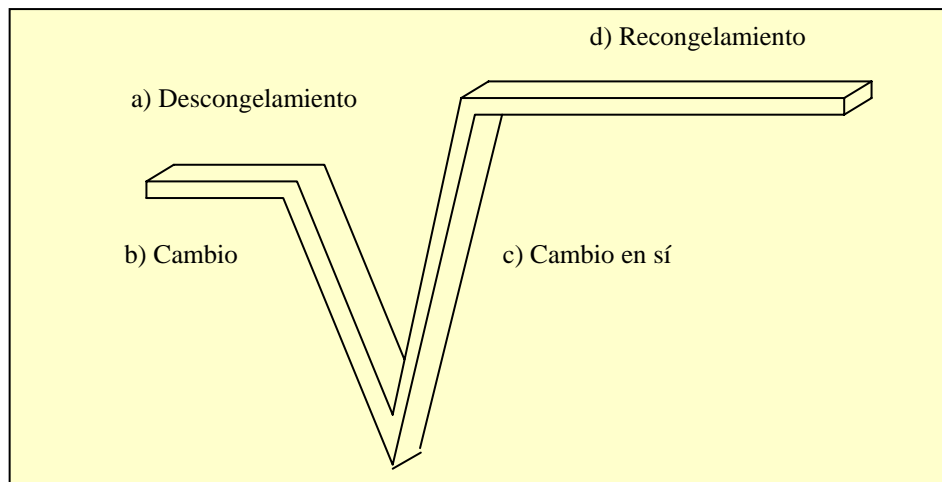
Fuente: GUIZARD, Rafael. Desarrollo Organizacional: Principios y aplicaciones p. 27-31.

- **Descongelamiento:** Para salir de su molde actual, a través de acciones distintas, la gente debe reconocer que algunas de las formas pasadas de pensar, sentir y hacer las cosas son obsoletas; la alta dirección debe tomar las medidas necesarias para descongelar la antigua cultura de la organización.
- **Movimiento:** Para instituir el cambio comienza con el establecimiento de una visión compartida de hacia donde se dirige la compañía. Esta puede llevarse a cabo a través de cambios estratégicos, culturales e individuales.
- **Recongelamiento:** Significa reforzar los nuevos comportamientos que apoyan el cambio. Los cambios deben difundirse y estabilizarse en toda la empresa,

sin que este recongelamiento implique crear nuevas conductas que se vuelvan disfuncionales. Los comportamientos que se deben recongelar son los que promueven en forma permanente adaptabilidad, flexibilidad, experimentación, *evaluación de resultados y mejora continua*. En otras palabras, se centran en valores clave, capacidades y misión estratégica, pero no necesariamente en prácticas y procedimientos administrativos específicos.<sup>11</sup>

La perspectiva de Kurt Lewin<sup>12</sup> se puede ampliar, si se representa el modelo de cambio de tres fases (Descongelamiento, Cambio y Recongelamiento) mediante el llamado “esquema de la raíz cuadrada”, dado que efectivamente este procedimiento es muy similar a esa operación aritmética.

### Gráfica 12. Modelo de cambio planteado por Kurt Lewin



Fuente: GUIZARD, Rafael. Desarrollo Organizacional: Principios y aplicaciones p. 27-31.

- a) Como se aprecia en gráfica, en la etapa de **descongelamiento** imperaba una situación determinada, en ésta la posibilidad de cometer errores es muy alta.
- b) Se presenta el proceso de **cambio**.

<sup>11</sup> En: BATEMAN, Thomas S. y SNELL, Scott A. Administración: Una ventaja competitiva. México, D.F., McGraw-Hill, 4ª. Edición, 2000, p. 650-651.

<sup>12</sup> Kurt Lewin psicólogo alemán que describió la teoría de resistencia al cambio.

- c) Luego, dentro del mismo proceso de cambio se pueden apreciar las variaciones.
- d) Por último, se procede al **recongelamiento** etapa en la cual, el nuevo método se integra como parte de la actividad normal de trabajo.<sup>13</sup>

#### 6.4.8. De los Métodos de Evaluación y Medición

De los métodos de evaluación y medición que se adopten, se requiere únicamente que tengan fiabilidad y validez. En desarrollo de este principio, un método de evaluación es fiable, en la medida en que bajo condiciones controladas, permita obtener los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición; es decir, establecer un procedimiento de medición depurado, de tal manera que en situaciones similares dos evaluadores diferentes puedan obtener resultados similares; de la misma forma, se dice que un método de evaluación es válido, en la medida en que el resultado obtenido, represente fielmente todo aquello que se quiera medir.

#### 6.5. Marco Legal

En este marco han sido consultados en orden cronológico las siguientes normas:

- ❖ La Ley 10 de 1990 que reestructura el Sistema Nacional de Salud, elevando la salud al rango de Servicio Público.
- ❖ La Ley 100 de 1993 y el Decreto Reglamentario 2174 de 1996, que organiza el Sistema de Garantía de la Calidad y ordena su implantación en todas las entidades de salud del país.
- ❖ La creación de la Sociedad Colombiana de Auditores Odontológicos (S.C.A.O.), efectuada el 23 de Septiembre de 1999.

---

<sup>13</sup> Citado por: GUIZARD M., Rafael. En: Desarrollo Organizacional: principios y aplicaciones. México, 1ª Ed., 1998, p.27-31.

- ❖ El acto protocolario mediante el cual la Federación Odontológica Colombiana (F.O.C) ratifica a la SCAO como entidad adscrita en calidad de Sociedad Científica Adherente, realizado el 6 de Marzo del 2000.

En Colombia la Auditoría en Salud tiene sus inicios entre 1983 y 1987, cuando el ISS elaboró los primeros marcos teóricos sobre calidad en los servicios de salud, sirviendo el Manual de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud como documento base. Posteriormente, la Ley 10 de 1990 reestructura el Sistema Nacional de Salud, elevando la salud al rango de Servicio Público. Seguidamente la Constitución de 1991, en sus Artículos 209 y 269, estableció para la administración pública el deber de diseñar y aplicar los métodos y procedimientos de control cuya calidad y eficiencia deberá ser evaluada por la Contraloría General de la República.

Este proceso se ve fortalecido con la Ley 87 de 1993, que implementa desarrolla y consolida las auditorías internas en el sector estatal, cuya filosofía fue la de retomar del sector privado la practica de la auditoria, el control interno y otras herramientas de tipo gerencial. Luego sería la Ley 100 de 1993 y el Decreto Reglamentario 2174 de 1996, que organizó el Sistema de Garantía de la Calidad y ordenó su implantación en todas las entidades de salud del país.

Para esta temática se recomienda la lectura de las siguientes normas: Ley 100/93, Título 4º. Artículo 227; Decretos 1486/94, 1570/94, 2174/96, 2309/02; y Resoluciones Nos. 3905/94, 0320/97, 4252/97, 0238/99, 1438/02, 1439/02, 1474/02. Sin embargo, el ejercicio de la Auditoría en Salud como especialidad, aún no ha sido reglamentada por el Estado.

Con el fin de exponer algunas características de la Auditoría en salud, de acuerdo con la legislación vigente, resulta pertinente transcribir algunos apartes de circulares expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud y remitidas por la

Dirección General de Control del Sistema de Seguridad Social del Ministerio de Salud.

Las normas establecen inicialmente que en cumplimiento de las actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud, y hasta tanto se reglamente el ejercicio de la Auditoría Médica, los profesionales que ejerzan esta disciplina podrán aplicar las técnicas de auditoría de aceptación común.<sup>14</sup>

En el mismo sentido, establece que los papeles de trabajo generados durante las labores de auditoría deberán hacer parte de los informes de calidad y estar disponibles para ser presentados cuando las autoridades competentes así lo dispongan en el curso de investigaciones y acciones de vigilancia y control.<sup>15</sup>

Al respecto la Superintendencia Nacional de Salud ha considerado que las entidades administradoras podrán elaborar y seguir procedimientos y técnicas de auditoría generalmente aceptadas, pero que estas deberán hacerse siempre con el fin de evaluar la atención brindada a los pacientes y desarrollar procesos de mejoramiento.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Ministerio de Salud, República de Colombia. Artículo 14 del Decreto No. 2174 de 1996, sobre las Técnicas de Auditoría Médica.

<sup>15</sup> Íbid. Parágrafo 1.

<sup>16</sup> Superintendencia Nacional de Salud, República de Colombia. Circular

## 7. METODOLOGÍA

La presente monografía ha sido realizada, siguiendo el enfoque de Marco Lógico recomendado por la OMS para trabajos y proyectos de investigación de tipo exploratorio y descriptivo. El enfoque de Marco Lógico nos permite diseñar y mejorar procesos y procedimientos, corregir posibles desviaciones que se puedan estar presentando en su ejecución; puede utilizarse para establecer las bases de evaluación inicial y diseño de procesos de evaluación interna o externa.

En este proyecto se han seguido los siguientes pasos:

1. Revisión de la literatura y textos disponibles de auditoría y administración.
2. Consulta de diferentes fuentes, revisando la normatividad vigente sobre auditoría en salud y el Sistema de Garantía de Calidad establecido en el país.
3. Análisis de los procesos y procedimientos que hacen parte de nuestro quehacer cotidiano, para contrastarlos con los referentes teóricos que han permitido la elaboración del marco normativo y conceptual.
4. Establecimiento de estándares e indicadores para la evaluación de la eficiencia, eficacia y economía en las funciones y actividades que se realizan en los procesos y procedimientos de la atención en salud oral.
5. Cumplidas estas fases, se procede al diseño del Modelo Básico de evaluación y auditoría de la calidad en la atención y prestación de servicios odontológicos.

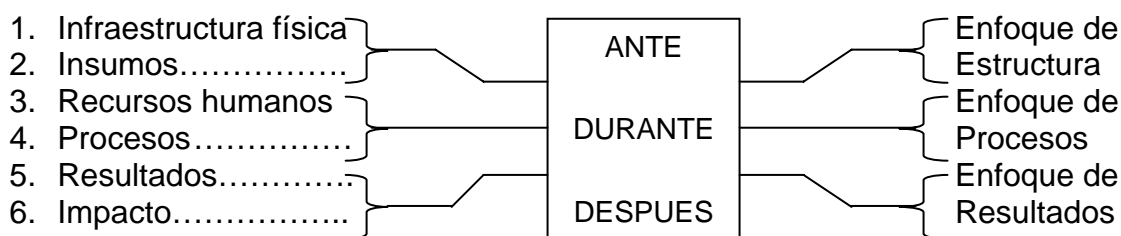
## 8. PROPUESTA

### MODELO BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN Y AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

#### I. MISIÓN DE AUDITORÍA ODONTOLÓGICA

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población, mediante la evaluación sistemática e imparcial de los procedimientos, métodos, condiciones de ejecución, procesos, productos y servicios con el fin de orientar en la toma de decisiones y asegurar la calidad en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.

#### II. COMPONENTES A EVALUAR Y AUDITAR



#### III. DESCRIPCIÓN DEL MODELO BÁSICO DE EVALUACIÓN Y AUDITORÍA

##### 1. OBJETIVOS GENERALES DEL MODELO

Facilitar la realización de la auditoría odontológica en todo el territorio nacional, de acuerdo con los parámetros de oportunidad, eficiencia y efectividad.

Implementar una auditoría odontológica integral, con base en los parámetros del Sistema de Garantía de Calidad, realizado con alta tecnología y nivel profesional.

##### 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL MODELO

- ④ Evaluar cuidadosamente la calidad de los procesos de atención odontológica que se ofrecen actual al paciente o usuario.
- ④ Realizar los respectivos informes que permitan establecer los correctivos necesarios para mejorar la atención en salud oral.
- ④ Evitar a futuro problemas y reclamaciones que se puedan presentar por fallas o deficiencias en la prestación de los servicios.

### **3. SERVICIOS A EVALUAR Y AUDITAR**

- Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación en salud oral
- Consulta programada general y especializada
- Urgencias las 24 horas
- Exámenes diagnósticos (Radiografías, Laboratorio Clínico).
- Cirugía

Procurando una atención integral del paciente, con materiales programados de alta calidad que garanticen la efectividad y duración de los tratamientos, evitando la recurrencia de patologías y posibles secuelas.

### **4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA**

Dirigida a.

- Consultorios y Clínicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención
- Odontólogos y especialistas establecidos de acuerdo con los requerimientos profesionales y técnicos legalmente exigidos.

### **5. ASPECTOS A TENER EN CUENTA**

Sobre una base de datos y la información sistematizada se lleva a cabo la planeación, de manera tal que se pueda establecer con suficiente anticipación:

- Cuantos pacientes están citados el día de la evaluación
- Que odontólogos se van evaluar y auditar
- Cuantos pacientes hay confirmados
- Cuales consultorios están asignados
- Con historias clínicas organizadas y distribuidas

## **IV. EVALUACIÓN**

### **¿QUE EVALUAR?**

#### **1.1. EN ASIGNACIÓN DE CITAS:**

- Accesibilidad al servicio
- Puntualidad en la atención
- Relaciones interpersonales
- Satisfacción del usuario

#### **1.2. EN EL MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS:**

- Elaboración completa y clara de la historia clínica odontológica
- Identificación
- Anamnesis

- Examen físico
- Odontograma
- Diagnóstico y Pronóstico
- Plan de tratamiento
- Evolución del plan de tratamiento
- Nombre(s) apellidos y registro del odontólogo que realiza la historia clínica
- Nombre(s) apellidos y registro del odontólogo que realiza el procedimiento

### 1.3. PROCEDIMIENTOS EN ODONTOLOGÍA GENERAL

#### 1.3.1. PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

- Cumplimiento del programa en salud oral
- Educación en salud oral
- Accesibilidad al servicio
- Control de calidad de materiales
- Control de calidad de mano de obra
- Control de citas de control

#### 1.3.2. EN CITAS PROGRAMADAS

- Cumplimiento en la atención
- Relaciones interpersonales
- Control de calidad de materiales
- Control de calidad en mano de obra
- Control de resultados

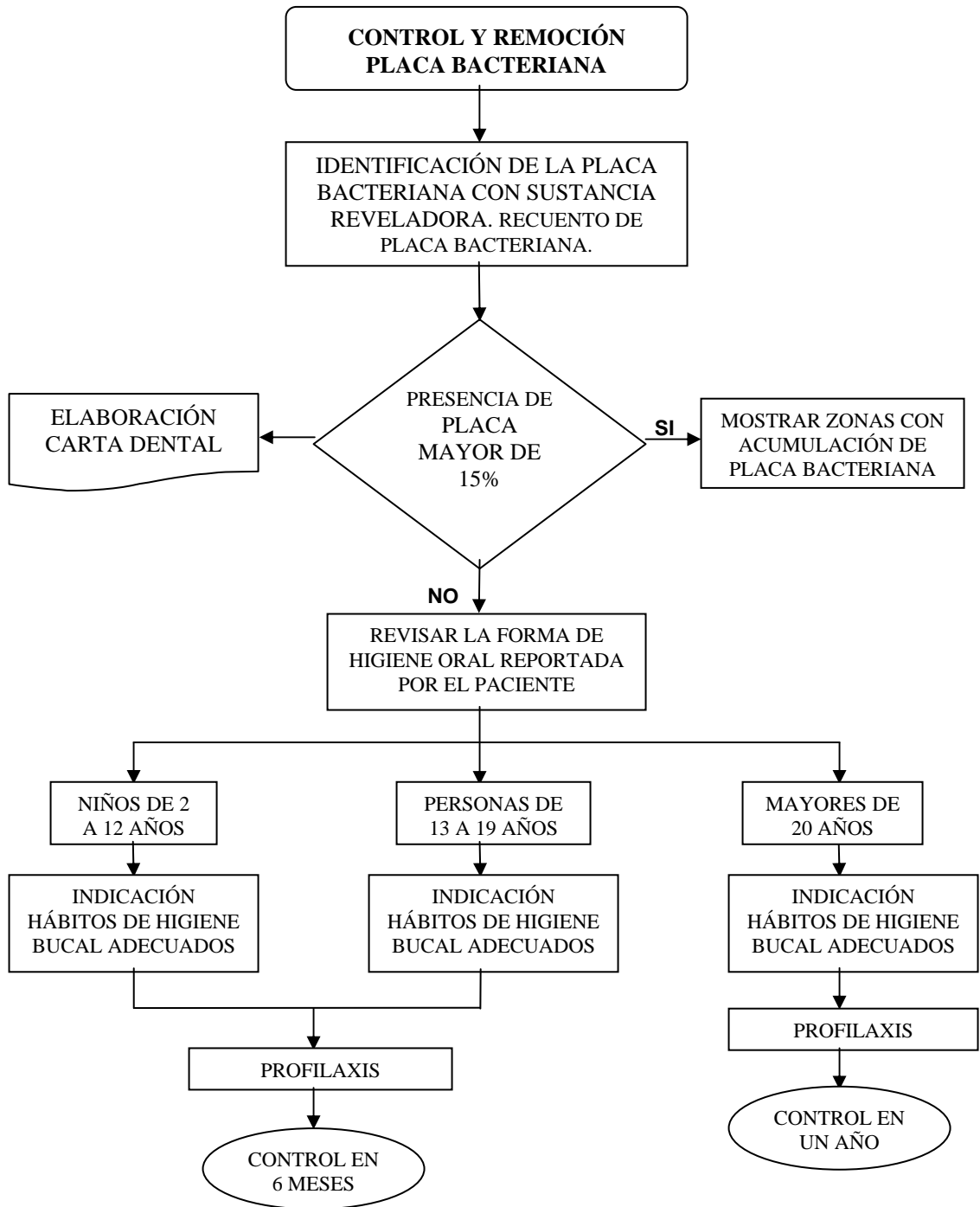
#### 1.3.3. EN CITA DE ESPECIALISTAS

- Cumplimiento en la atención
- Relaciones interpersonales
- Control de calidad en materiales
- Control de calidad en mano de obra
- Control de resultados

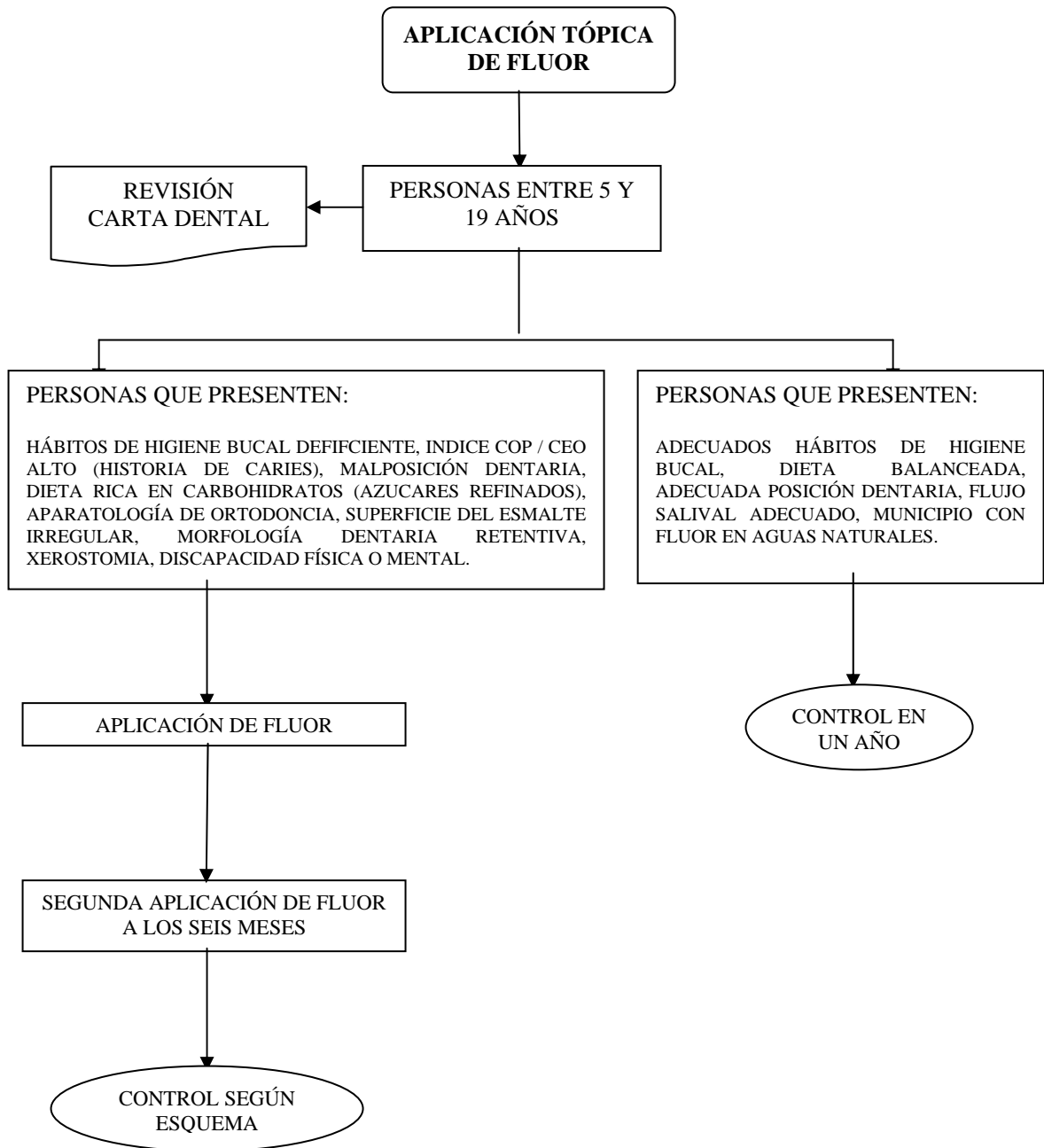
### 1.4. INFORACIÓN ESTADISTICA

- Registro diario de consulta odontológica
- Registro diario de tratamientos odontológicos
- Consolidado mensual

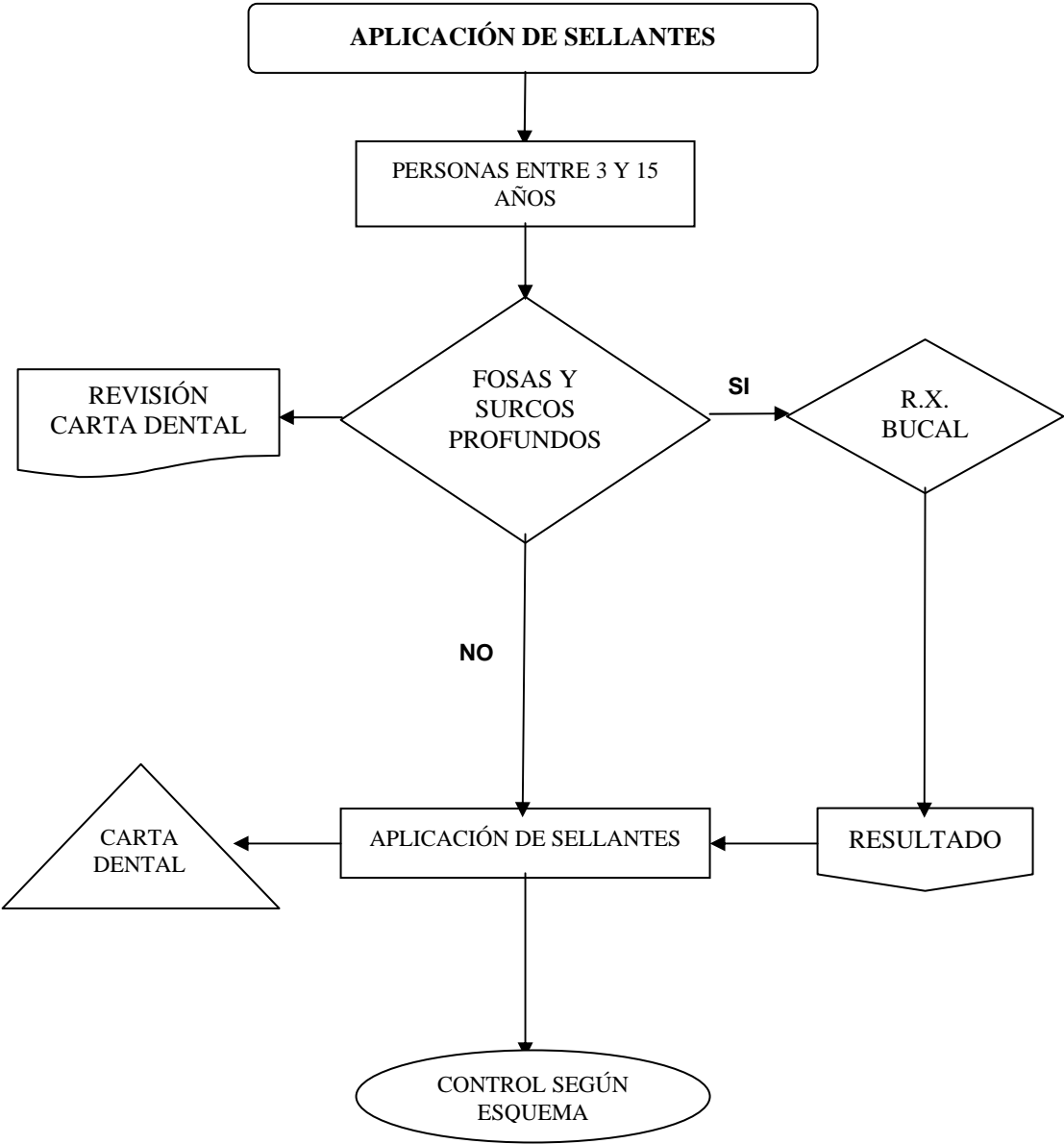
# FLUJOGRAMA 1 CONTROL DE PLACA BACTERIANA



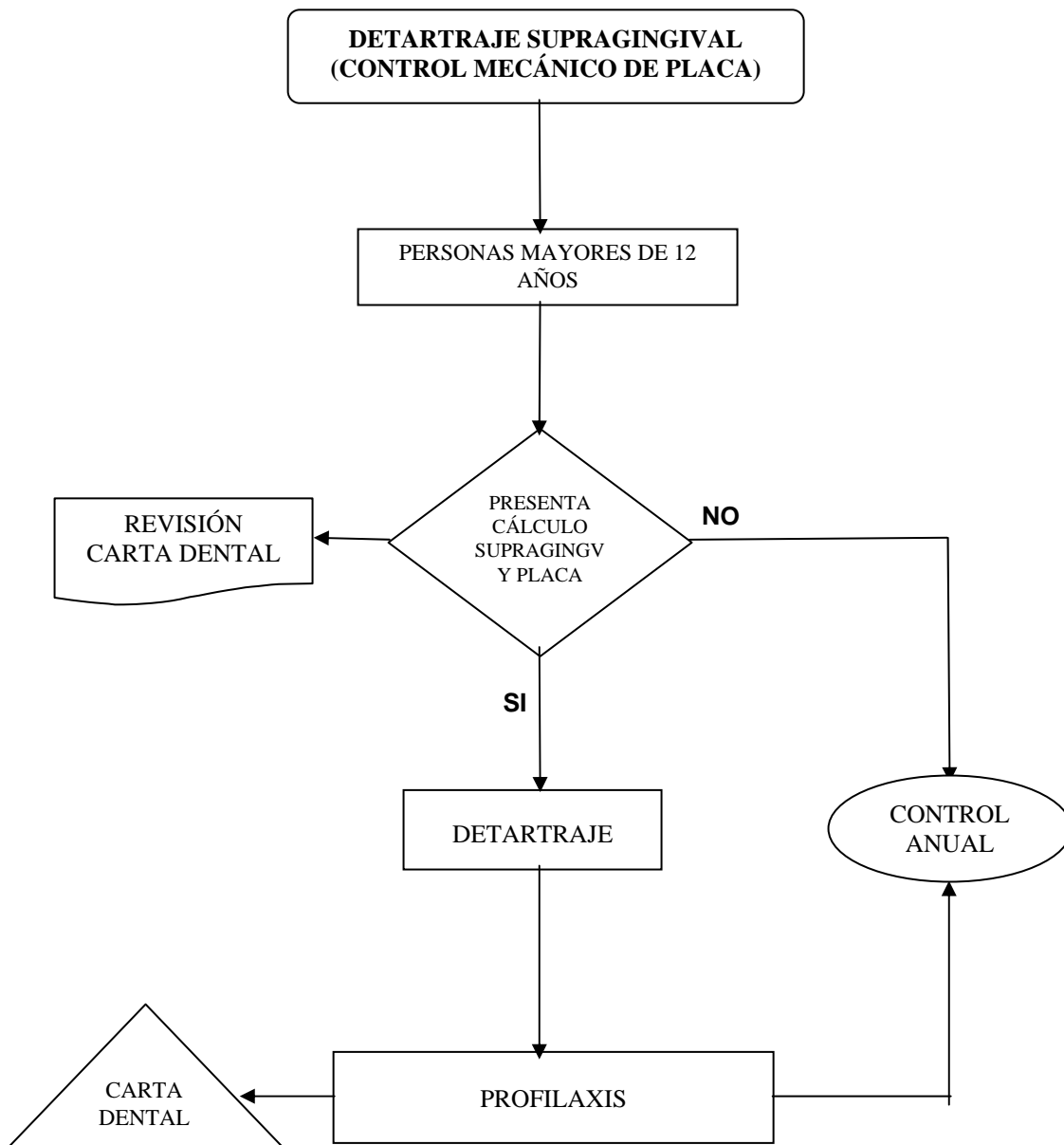
## FLUJOGRAMA 2 FLUORIZACIÓN



**FLUJOGRAMA 3  
APLICACIÓN DE SELLANTES**



## FLUJOGRAMA 4 DETARTRAJE



## V. INDICADORES

### 1. DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD

#### 1.1. DISPONIBILIDAD

1.1.1. **Definición:** Se define como la relación entre los recursos existentes y la población asignada. La disponibilidad nos permite evaluar equidad (a mayor necesidad, mayor recurso), pues se refiere a la existencia de recursos (humanos, físicos o financieros) con que se cuenta para atender la población asignada.

1.1.2. **Indicadores:** Se calcula dividiendo la cantidad de un determinado recurso por la población correspondiente:

- Número de pacientes atendidos por el área de complejidad sobre el número total de usuarios asignados.
- Número de pacientes en el nivel X sobre número total de usuarios asignados
- Número de odontólogos por nivel de atención sobre población asignada
- Número de higienistas orales sobre el número total de usuarios asignados
- Número de auxiliares sobre el número total de usuarios asignados.
- Número de horas odontólogo sobre el número total de usuarios asignados por área de especialidad.
- Encuesta de satisfacción del usuario
- Cuadro de asignación de citas

| PACIENTE | No. CÉDULA | EDAD | CÓDIGO ENTIDAD | FECHA SOLICITUD | FECHA ASIGNACIÓN |
|----------|------------|------|----------------|-----------------|------------------|
|          |            |      |                |                 |                  |
|          |            |      |                |                 |                  |
|          |            |      |                |                 |                  |

- Financiero: ingresos anuales sobre el número total de usuarios asignados
- Instalaciones físicas:
  - Número de consultorio sobre el número total de usuarios asignados
  - Metros cuadrados de área consultorio por paciente
  - Metros cuadrados de área de espera y de acceso por paciente.

1.1.3. **Análisis:** En el análisis de disponibilidad se deben tener en cuenta los insumos necesarios para poder prestar el servicio.

La disponibilidad debe relacionarse con las variaciones previsibles de la demanda del servicio odontológico. En la evaluación se debe dar especial atención a la disponibilidad en los picos de demanda, porque la falta de disponibilidad en estos momentos puede ocasionar la no atención o la atención inoportuna; igualmente, debe evaluarse la disponibilidad en las bajas de demanda, porque la falta de

disponibilidad excesiva ocasiona ineficiencia en los servicios y costos excesivos.

La variación de la disponibilidad de recursos a lo largo del tiempo nos permite evaluar el cumplimiento de las metas en este servicio.

**1.1.4. Disponibilidad entre instituciones:** La disponibilidad de los recursos entre diferentes regiones en un mismo período da una idea de la equidad o inequidad de los mismos, asumiendo condiciones de salud oral semejantes.

**1.1.5. Disponibilidad por especialidades:** El análisis de la disponibilidad de los recursos discriminados por especialidad, nos da una base para establecer las políticas con la entidad o persona contratada.

## 1.2. ACCESIBILIDAD

**1.2.1. Definición:** Es la condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de odontología. No sólo es necesario que el servicio exista para poder prestarlo, sino que es necesario que la población a la cual van dirigidos conozcan los servicios y pueda llegar a ellos.

**1.2.2. Indicadores:**

- Relación por mapeo (de acuerdo con los niveles de complejidad).
- Encuesta.

## 2. USO

En muchas ocasiones las personas que más necesitan los servicios no los usan, mientras que quienes más los usan no los necesitan tanto; además, muchos de los servicios que usan no siempre son los más adecuados.

### 2.1. EXTENSIÓN DE USO

**2.1.1. Definición:** Es la proporción de la población que usa el servicio odontológico en un periodo de tiempo determinado.

**2.1.2. Indicadores de extensión de uso:**

- Número de consultas de primera vez sobre el número total de la población asignada por mil.
- Número de consultas de beneficiarios sobre el número total de la población asignada por mil, discriminado por grupos de edad, sexo y procedimiento.
- Número de consultas de afilados sobre el número total de la población asignada por mil, discriminado por grupos de edad, sexo y procedimiento.
- Número de consultas de pensionados sobre el número total de la población asignada, discriminando por grupos de edad, sexo y procedimiento.

2.1.3. **Análisis:** La información que suministra el estudio de extensión de uso se refiere a la proporción de la población asignada a la que el contratista logra prestar atención en un periodo de tiempo determinado. Las tasas altas de la extensión de uso no necesariamente indican buen desempeño; sin embargo, la extensión de uso es un buen indicador para empezar la evaluación, porque las tasas bajas definitivamente indican problemas.

2.1.4. **Posibles acciones:** Como se mencionó antes, este es un indicador más bien crudo de problemas de salud, en caso de que la tasa de extensión por uso sea alta o baja nos indica la posibilidad de problemas, pero no nos dicen nada sobre la naturaleza de estos.

## 2.2. INTENSIDAD DE USO:

2.2.1. **Definición:** Es el número promedio de servicios recibidos por cada usuario durante cierto período de tiempo.

### 2.2.2. **Indicadores de intensidad de uso:**

- Número de consultas de primera vez sobre al número total de consultas, discriminado por procedimientos.
- Número de consultas por procedimientos sobre el número total de consultas.

## 2.3. EVALUACIÓN CON LOS DOS INDICADORES:

Cuando usamos los dos indicadores, uno de los primeros problemas que se enfrenta es determinar cual es la situación deseable. Con una plenitud de recurso se puede tener la situación que ambos sean altos, considerándose deseable, o en caso contrario, con carencia de recurso, los dos tendrían que ser bajos, considerándose no deseable.

En muchos casos vamos a encontrar situaciones intermedias, en las cuales se debe decidir si un cambio en los indicadores es deseable y en que dirección y dimensión se debe hacer el cambio; cuando los recursos y su productividad son constantes, el alza de una necesariamente va a cambiar la disminución de la otra; si la intensidad aumenta, la extensión necesariamente tiene que bajar; lo ideal sería encontrar el punto de equilibrio que se refiere a la intermedia intensidad con la intermedia extensión.

| POP INSTITUCIÓN | A POBLACIÓN ASIGNADA | B No. CITAS 1ª. VEZ | C No. TOTAL CONSULTAS | C/A x 1000 EXT. DE USO | B/C x 1000 INT. DE USO |
|-----------------|----------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
|                 |                      |                     |                       |                        |                        |
|                 |                      |                     |                       |                        |                        |

## 2.4. POSIBLES ACCIONES:

La extensión de uso no es más que una aproximación de la cobertura, porque el denominador de su tasa se refiere a la población asignada y no al segmento de la población con necesidad; aunque en odontología esta tasa tiende a ser muy cercana a la realidad, por el índice tan alto y en la tasa general de extensión el denominador tampoco se refiere a los usuarios con necesidad, sino que incluye todos los usuarios. Así, tasas altas de extensión de uso no garantizan que todo va bien, pero tasas bajas sí indican problemas, sobre todo cuando es apenas razonable suponer que las necesidades en la población son muchas.

## 2.5. ESTRATEGIAS

| CAMBIO DESEADO        | ESTRATEGIAS   |
|-----------------------|---|
| Aumentar la extensión | Penetración de la comunidad para detectar las necesidades. Reducir barreras a los servicios, información sobre los servicios y mejorar la imagen del prestador.   |
| Bajar la extensión    | Objetivo inadmisibles   |
| Mejorar la intensidad | Promover, educar y motivar al contratista sobre el nivel de intensidad que es más efectivo y eficiente. Servicios demasiado intensivos, son ineficientes por que representan un gasto innecesario de recursos. Servicios deficientes en intensidad, carecen de eficacia porque los pacientes no reciben lo que deben recibir. |

## 3. UTILIZACIÓN

**3.1. Definición:** Se define como la relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad o servicio por unidad de tiempo. Es la fracción del recurso disponible que se utiliza realmente.

### 3.2. Indicadores:

- Número horas odontólogo trabajadas sobre número de horas contratadas en un determinado tiempo.
- Numero de horas equipo odontológico utilizadas sobre el número de horas equipo odontológico disponible.

3.3. **Análisis:** En la utilización influyen factores como:

- Accesibilidad de la población a los servicios; un recurso puede estar desocupado por falta de demanda que resulta de una localización inadecuada.
- Factores de orden administrativo del servicio como: horario de trabajo, programación, control de actividades y recursos.

3.4. Utilización cualitativa del recurso humano

| ESPECIALIDAD<br>INDICADOR                      | ODONTOLOG<br>O GENERAL | ENDODON<br>CISTA | PERIODO<br>CISTA | ORTODON<br>CISTA | CX.<br>MAXILO<br>FACIAL | HIGIENE<br>ORAL |
|--|------------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------------|-----------------|
| TIEMPO<br>PROMEDIO<br>ESPERA CITAS             |                        |                  |                  |                  |                         |                 |
| % Px 1ª. VEZ x<br>Dx Rep.                      |                        |                  |                  |                  |                         |                 |
| % 2 PRIMERAS<br>CAUSAS<br>% RESTO DE<br>CAUSAS |                        |                  |                  |                  |                         |                 |
| % CASOS<br>ESPECIALISTA                        |                        |                  |                  |                  |                         |                 |
| % Px<br>REMITIDOS                              |                        |                  |                  |                  |                         |                 |

3.5. **Posibles acciones:**

- Ajustes de disponibilidad.
- El porcentaje de utilización varía al modificar el tiempo disponible del recurso
- Modificación de horario
- Ajustes en utilización adecuada del recurso en los casos de subutilización cualitativa, la estrategia básica es la orientación de los recursos.

$$\text{Rendimiento} = \frac{P}{RU}$$

$$\text{Productividad} = \frac{P}{RD}$$

$$RU \geq RU \frac{P}{RD} \geq \frac{P}{RD}$$

Donde el rendimiento es mayor o igual que la productividad. La implicación práctica de esta relación matemática es que se debe siempre empezar la evaluación con la tasa de productividad, si se le encuentra en un nivel aceptable,

el rendimiento debe ser igual o superior. Si al contrario, la productividad no es satisfactoria, se debe entonces calcular la tasa de rendimiento para saber si el problema radica en ella o en la utilización:

| INDICADOR   | CONSULTA |
|---|----------|
| 1. Número de horas contratadas por especialidad.<br>2. No. de pacientes atendidos.<br>3. Productividad 2:1<br>4. No. Horas trabajadas<br>5. Rendimiento 2:4 |          |

#### 4. PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO

##### 4.1. PRODUCTIVIDAD

4.1.1. **Definición:** Se define productividad como el número de actividades producidas por unidad de recursos disponible por unidad de tiempo; su evaluación sirve para saber si el contratista necesita más recursos ó si por el contrario puede funcionar bien aumentando la productividad y el rendimiento con los mismos recursos.

##### 4.1.2. Indicadores:

| RECURSO HUMANO           | PRODUCTIVIDAD  | RENDIMIENTO   | DISCRIMINADO POR   |
|--------------------------|--|---|--|
| Consultorio odontológico | - No. de consultas sobre horas contratadas.<br>- No. de actividades sobre horas contratadas. | - No. de consultas sobre horas trabajadas.<br>- No. de actividades sobre horas trabajadas | - Período de tiempo.<br>- Sitio de trabajo.<br>- Especialidad<br>- Clase de consulta (1ª. vez, Rep). |

4.1.3. **Análisis:** tres conceptos de evaluación tienen que ver con los servicios: productividad, rendimiento y utilización. Primero se analiza la productividad y después rendimiento y utilización.

$$\text{Utilización} \times \text{Rendimiento} = \text{Productividad}$$

Una propiedad de la tasa de utilización es que su valor es siempre igual o menor que 1

P = Servicio o actividad producida

RU = Recurso utilizado

RD = Recurso disponible

#### 4.2.1. Indicador:

- Número de actividades sobre consultas realizadas

#### 4.3. Posibles causas y acciones:

| CASAS  | ACCIONES   |
|--|--|
| 1. Baja motivación del el personal que resulta en el incumplimiento con el horario y el ausentismo.<br>2. Baja demanda para el servicio que se manifiesta con el bajo rendimiento.<br>3. Disponibilidad excesiva de los recursos cuya manifestación es muy parecida a la baja demanda.<br>4. Fallas administrativas que entorpecen el servicio con el sistema de citas, suministros, mantenimiento de equipos. | 1. Buscar estímulos para el personal.<br>2. Promover los servicios en la comunidad. Buscar mecanismos para captar las personas que realmente necesitan el servicio.<br>3. Se toman acciones correspondientes a la baja demanda.<br>4. Modificación de los modelos existentes |

### 5. EFICIENCIA

5.1. **Definición:** Nos muestra la relación entre los efectos de un programa y los gastos correspondientes de recurso e insumos.

#### 5.2. Indicadores:

De funcionamiento:

- Gastos en el servicio de odontología sobre el número de pacientes tratados
- Costo del programa de prevención el costo total del servicio de odontología.

Organizacional:

- Costo del servicio de odontología sobre presupuesto total x 100.
- Materiales: (global)

| MATERIAL | COMPRAS POR PERÍODO | GASTOS EN EL MISMO PERÍODO | STOCK |
|----------|---------------------|----------------------------|-------|
|          |                     |                            |       |

- Por odontólogos:

| MATERIAL | No. TRATAMIENTOS REALIZADOS | CONSUMO/MES |
|----------|-----------------------------|-------------|
|          |                             |             |

## 6. EFICACIA

6.1. **Definición:** se define la eficacia como el logro del objetivo del servicio sobre los usuarios del mismo. Tanto los usuarios como el contratista esperan resultados inmediatos, teniendo en cuenta que existen factores que coadyuvan o impiden tomar los resultados deseados.

### 6.2. Indicadores:

- Número de pacientes tratados sobre número de pacientes atendidos, específicamente por procedimiento.
- Número de pacientes incapacitados sobre el número de pacientes atendidos.

6.3. **Análisis Básico:** estos indicadores nos pueden ayudar a definir el tipo de servicio que se presta al usuario (preventivo, curativo o de rehabilitación).

| VULNERABILIDAD   | NIVELES DE COMPLEJIDAD |         |         |
|--|------------------------|---------|---------|
|  | NIVEL 1                | NIVEL 2 | NIVEL 3 |
| Enfermedades prevenibles por programa de prevención.   |                        |         |         |
| Enfermedades prevenibles por programa de mantenimiento |                        |         |         |
| Patologías no prevenibles                              |                        |         |         |

## 7. EFECTIVIDAD

7.1. **Definición:** Es el resultado de las acciones de salud sobre la población objeto de los mismos. Partimos de la identificación de las necesidades de salud de la población total asignada, para los cuales se diseñan y ejecutan estrategias para tratar o resolverlos.

### 7.2. Indicadores:

- Incidencia y prevalencia de caries dental por edad, índice COP e índice de placa bacteriana.
- Incidencia, prevalencia de enfermedad periodontal por edad.

## 8. COBERTURA

8.1. **Definición:** Es la proporción de personas con necesidad de servicio odontológico que recibe atención para tales necesidades. Se determina la tasa de cobertura dividiendo el número de personas que tienen estas necesidades.

Nos indica si el servicio de odontología está llegando a la población que realmente necesita. La cobertura depende de las necesidades y de los servicios, si son curativos, las necesidades son por morbilidad, si los servicios son preventivos, las personas necesitadas son aquellas que están sanas, pero con alto riesgo de

contraer; si los servicios son de rehabilitación, las personas con necesidad son aquellas afectadas por entidades cuyo tratamiento requiere este tipo de servicio.

#### **8.2. Indicadores:**

- Número de pacientes atendidos sobre número de pacientes con morbilidad oral. Especificado por rangos de edad.
- Número de pacientes terminados sobre el número de pacientes con morbilidad oral.
- Número de pacientes en el programa de prevención sobre el número total de población asignada.
- Número de pacientes en el programa de mantenimiento, sobre el número total de la población asignada

### **VI. ESTÁNDARES**

#### **1. ASIGNACIÓN DE CITAS**

- Tiempo de asignación de citas (aproximadamente cinco minutos)
- Asignación telefónica de citas (verificar)

#### **2. OPORTUNIDAD DEL SERVICIO**

- Tiempo para la atención por el odontólogo general (48 horas hábiles)
- Tiempo para la atención por el odontólogo especialista (8 días hábiles)
- Tiempo para la atención odontológica de urgencia (inmediatamente)

#### **3. REQUISITOS PARA UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO**

(Verificar en la Resolución 1439 de 2002)

##### **3.1. EQUIPOS Y UNIDADES ODONTOLÓGICAS**

##### **3.2. INSTRUMENTAL**

##### **3.3. MATERIALES**

##### **3.4. LOCATIVAS**

#### **4. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS POR NIVEL DE COMPLEJIDAD**

##### **4.1. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

###### **4.1.1. HIGIENE ORAL**

- **Fase 1.** Promoción de la salud. Educación en salud oral, control de placa bacteriana y profilaxis.
- **Fase 2.** Aplicación de sellantes y fluor

###### **4.1.2. TERAPÉUTICA**

- Operatoria: obturaciones con materiales definitivos
- Endodoncia: unirradiculares
- Periodoncia: curetaje y detartraje
- Cirugía: exodoncia simple

##### **4.2. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

- Endodoncia: birradiculares y multiradulares
- Periodoncia: cirugías a campo abierto, aislado, radicular

##### **4.3. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

- Cirugía maxilofacial
- Rehabilitación

#### **5. ACCESIBILIDAD**

- 5.1. Ubicación estratégica y equidistante de los consultorios, de acuerdo al sitio de vivienda o sitio de trabajo (Primer Nivel) en todos los municipios, incluyendo unidades móviles.
- 5.2. Ubicación de los consultorios de Segundo Nivel en cabeceras de provincia y ciudades intermedias, equidistantes y de fácil acceso, de acuerdo a la población asignada.
- 5.3. Ubicación de los consultorios de Tercer Nivel de atención en las capitales de departamento y en las principales ciudades del país.

## **6.DISPONIBILIDAD Y CALIDAD DE INSUMOS**

(Verificar Resolución 412 de 2000, en POS-c, POS-s).

6.1. Disponibilidad de insumos (stock)

6.2. Proceso para la adquisición de insumos

| <u>TIPO DE MATERIALES</u> | <u>PRESENTACIÓN</u> | <u>MARCAS RECOMENDADAS</u> |
|---------------------------|---------------------|----------------------------|
|---------------------------|---------------------|----------------------------|

6.3. Criterios utilizados de costo y calidad

## **7.MANEJO DE GRUPOS DE POBLACIÓN**

7.1. Clasificación por patologías

7.2. Clasificación por rangos de edad

7.3. Clasificación por sexo

## **8.FACTORES DE RIESGO EN ODONTOLOGÍA**

En odontología existe un grupo de pacientes que representan factores de riesgo, ya que los protocolos establecidos de atención de dichos pacientes deben cumplirse cabalmente para evitar cualquier tipo de complicación. Debe existir también una comunicación directa con el médico tratante.

Este grupo de riesgo esta compuesto por los pacientes que presentan las siguientes patologías:

- Hemofilia
- Diabetes
- Hipertensión Arterial
- Cardiopatías
- Sida

### **PROTOCOLOS DE ATENCIÓN**

- Pacientes con hemofilia a los que se realiza procedimientos quirúrgicos se deben hospitalizar bajo control médico.
- Pacientes con diabetes
- Pacientes con hipertensión arterial
- Pacientes con cardiopatías
- Pacientes con SIDA

| <b>HEMOFILIA</b>                  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
| Exámenes especializados (F 8 )    |           |           |
| Interconsulta con el médico       |           |           |
| Certificación paciente controlado |           |           |
| Esterilización con autoclave      |           |           |
| Guantes                           |           |           |
| Tapabocas                         |           |           |
| Gafas                             |           |           |

| <b>DIABETES</b>                    | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|------------------------------------|-----------|-----------|
| Exámenes especializados (Glicemia) |           |           |
| Interconsulta con el médico        |           |           |
| Certificación paciente controlado  |           |           |
| Profilaxis antibiótica             |           |           |
| Esterilización con autoclave       |           |           |
| Guantes                            |           |           |
| Tapabocas                          |           |           |
| Gafas                              |           |           |

| <b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>      | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
| Interconsulta con el médico       |           |           |
| Certificación paciente controlado |           |           |
| Anestesia sin epinefrina          |           |           |
| Esterilización con autoclave      |           |           |
| Guantes                           |           |           |
| Tapabocas                         |           |           |
| Gafas                             |           |           |

| <b>CARDIOPATÍAS</b>               | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
| Interconsulta con el médico       |           |           |
| Certificación paciente controlado |           |           |
| Anestesia sin epinefrina          |           |           |
| Profilaxis antibiótica            |           |           |
| Esterilización con autoclave      |           |           |
| Guantes                           |           |           |
| Tapabocas                         |           |           |
| Gafas                             |           |           |

| <b>SIDA</b>                  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|------------------------------|-----------|-----------|
| Interconsulta con el médico  |           |           |
| Paciente compensado          |           |           |
| Esterilización con autoclave |           |           |
| Profilaxis antibiótica       |           |           |
| Guantes                      |           |           |
| Tapabocas                    |           |           |
| Gafas                        |           |           |

## SEGUIMIENTO

Inicialmente se debe llevar un seguimiento de los grupos de riesgo en cuanto a la evolución de los pacientes después del tratamiento y establecer la incidencia y prevalencia de los mismos.

| EVOLUCIÓN |          |              |       |
|-----------|----------|--------------|-------|
| MEJORÍA   | RECIDIVA | COMPLICACIÓN | OTROS |
|           |          |              |       |

## REGISTRO

**Incidencia:** Número de pacientes con patología de riesgo sobre el número total de pacientes atendidos.

**Prevalencia:** Número de pacientes nuevos con patología de riesgo sobre número total de pacientes atendidos.

## 8. GUÍA DE CODIFICACIÓN PARA EVALUACIÓN Y AUDITORÍA ODONTOLÓGICA

Los puntos a revisar en cada historia clínica odontológica son los siguientes: identificación, anamnesis, examen físico estomatológico, odontograma, diagnóstico y pronóstico, plan de tratamiento y evolución del tratamiento.

- Identificación del paciente 10 puntos
- Anamnesis, motivo de consulta y datos básicos (10 C/U). 30 puntos
- Examen físico estomatológico 10 puntos
- Odontograma 20 puntos
- Diagnóstico y pronóstico 10 puntos
- Plan de tratamiento 10 puntos
- Evolución del tratamiento 10 puntos

---

100 puntos

## 10. INFORMACIÓN QUE SE DEBE MANEJAR Y REPORTAR

### 10.1. REGISTRO DIARIO DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

10.1.1. Llenar completa y claramente el encabezamiento:

- Nombre y Apellidos del odontólogo
- Especialidad del odontólogo

- Lugar de atención
- Determinar a que población corresponde la información (Afiliado, Beneficiario, Pensionado).
- Mes y año.

10.1.2.Registrar claramente:

- Nombre completo del paciente
- Número de documento de identidad
- Código de la entidad a la que pertenece y
- Edad.

10.1.3. Marcar con una X especificado:

- Sexo
- Sesión a la que asiste el paciente
- Especificar tratamiento llevado a cabo durante la sesión
- Firma y sello del odontólogo responsable de la información
- Observaciones, si es necesario aclarar cualquier procedimiento

10.2. REGISTRO DIARIO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA

10.2.1. Llenar completa y claramente el encabezamiento, tal como se indica en el punto anterior.

10.2.2. Registrar claramente:

- Día de la consulta
- Nombre del paciente
- Número del documento de identidad
- Código de la entidad a la que pertenece
- Sesión a la que asiste el paciente
- Diagnóstico con su código
- Determinar si el paciente ha sido incapacitado o no.

10.2.3. Determinar si el paciente ha sido remitido o no.

10.3. CONSOLIDADO ODONTOLÓGICO MENSUAL

Con base en la información obtenida del registro diario de tratamientos odontológicos, registrar los totales parciales por grupos de población:

- (A) Afiliados, (B) Beneficiarios, (P) Pensionados, (T) para obtener el total general
- Mes y año al que corresponde la información
  - Registrar el número de pacientes atendidos por sexo, en cada grupo de población.
  - Totales parciales del tipo de sesión por grupos de población, para obtener un total general.

- Registrar totales parciales de los tratamientos realizados durante el mes, por grupos de población, para la obtención de los totales generales.

## 11. RESULTADOS

Los siguientes estándares establecidos deben disminuir progresivamente y en inversa proporción al aumento de la rotación de pacientes.

Trimestralmente se espera una disminución del 10% en cada índice.

11.1 **Mortalidad:** En odontología, el índice de mortalidad se refiere al número de dientes perdidos. Este índice debe ser 0.

11.2. **Morbilidad específica:**

- Caries dental: < 90%
- Enfermedad periodontal: < 90%

11.3. **Resultados de programas de promoción y prevención:** disminución del 10% del índice de COP (Cariados, Obturados y Perdidos) por trimestre.

11.4. **Incidencia de patologías:**

- Caries dental: disminuir el 10% trimestral
- Enfermedad periodontal: disminuir 10% trimestral

11.5. **Prevalencia:**

- Disminución del 10% en enfermedades prevenibles
- En enfermedades incontrolables: inespecífico.

11.6. **Satisfacción del usuario:**

- Necesidades y expectativas: índices crecientes
- Relaciones interpersonales: óptimas
- Comunicación: se le debe informar al paciente sobre el tratamiento, complicaciones, pronóstico e incluso sobre la toma de decisiones.

11.7. **Secuelas y complicaciones**

## VII. CRONOGRAMA

## CONCLUSIONES

De esta forma, se concluye que existe ausencia de una cultura de la calidad en los servicios odontológicos, por lo que se requiere la implementación de un programa permanente de garantía de calidad en la atención, entendida esta como el conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los usuarios; todo esto realizado mediante cinco procedimientos indispensables: evaluación, monitoría, diseño, desarrollo y cambio de actitud.

La gestión del subsistema de salud oral ha sufrido en el Ministerio modificaciones que minimizan su papel, pasó de ser división a una jefatura a veces vacante, con una disposición de recursos humanos insuficientes, poco experimentados, preparados en el campo de la salud pública y con poca afinidad con el área de salud oral.

Los recursos humanos en salud oral son insuficientes y están prácticamente concentrados en las cabeceras municipales, los equipos, instrumental y materiales son insuficientes, deteriorados y de baja calidad, exponiendo a grave riesgo la población, debido a la pobreza técnica en materia de bioseguridad. A la vez, los escasos recursos destinados son subutilizados o despilfarrados, agudizando los problemas de cobertura.

No hay investigación institucional en salud oral, ni innovaciones en cuanto a modelos de atención, evaluación y auditoría.

No hay control de calidad en la prestación de los servicios odontológicos, los registros epidemiológicos son muy deficientes, siendo esto un problema serio si se

tiene en cuenta que hay más de 200 patologías graves que se manifiestan en muchos casos, por primera vez, en la cavidad oral, permitiendo la detección temprana de diversas enfermedades.

Los Promotores de Salud tienen una larga experiencia en el trabajo de organización de actividades con la comunidad, que permitirían involucrarlos no solo a las tareas sanitarias de promoción y prevención; sino a la planificación y organización de las acciones en salud oral. Sin embargo, su labor y la de los Auxiliares de Odontología e Higienistas Orales prácticamente fue desconocida por la resolución 412 de 2000, emanada por el Ministerio de Salud.

Y por último, aunque los problemas de salud oral continúan afectando a la mayor parte de la población, pesan muy poco en la carga de enfermedad. Además, su severidad ha disminuido, debido al éxito de las acciones de promoción y prevención, como el cepillado tres veces diarias, la seda dental, la fluorización del agua y la sal; sin embargo, son problemas que generan una demanda considerable de atención, ej. rehabilitación, ortodoncia, endodoncia, periodoncia, que repercute considerablemente en el gasto familiar

## RECOMENDACIONES

El proceso de evaluación de la calidad, debe ser una práctica que exprese un juicio analítico entre lo que se ha planteado como objetivos y lo que se ha alcanzado de ellos, presentando el grado de éxito o fracaso de la acción emprendida y de su impacto cualitativo y cuantitativo.

Se requiere mayor capacitación y sensibilización para el trabajo en equipo, con objetivos comunes, solidaridad, sinergia, respeto y valoración de las diferencias, funciones claras y horarios flexibles; altos estándares de logro y autocontrol que contribuyan al fortalecimiento gremial del sector.

Una cultura de "mejoramiento continuo de la calidad" para asegurar el logro de los objetivos propuestos y fomentar la disciplina de escribir para compartir los aciertos y desaciertos en el respectivo proceso aprendizaje. Pareciera que fuéramos buenos para controlar e inquisidores para "evaluar", muchas veces reactivamente, sin mirar el valor del aprendizaje.

Se requiere que desde las organizaciones se fomente la innovación, el cambio y el aprendizaje continuo, que promueva el pensamiento estratégico de todos, elimine rutinas, roles y complejidades innecesarias, más abiertas a la sociedad, orientadas al cliente y con una actitud de servicio.

## GLOSARIO

**Accesibilidad:** se habla de accesibilidad cuando es fácil de iniciarse y de mantenerse. Esta depende de los proveedores que la hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar, pero también depende de la habilidad de los clientes potenciales para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellos y la recepción de la atención.

**Autocontrol:** cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la entidad o persona contratante.

**Certificación:** proceso mediante el cual un cuerpo autorizado, ya sea un organismo gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce que una persona o institución cumple con unos criterios preestablecidos. La certificación se refiere por lo general a la acreditación profesional y de instituciones.

**Cliente:** cualquier individuo, familia, grupo y/o comunidad (interno o externo) que recibe cuidados y tratamientos o servicios. En el contexto de este Manual de Evaluación y Auditoría se homologa la palabra cliente externo al de paciente o usuario.

**Confiabilidad:** factor fundamental que hace referencia a que el cliente pueda estar seguro del buen desempeño y respuesta de un proveedor de productos o servicios para cumplir sus cometidos.

**Continuidad:** componente de la calidad de la asistencia al paciente que consiste en la coordinación de la asistencia misma, necesaria entre diferentes consultorios y centros de atención a lo largo del tiempo.

**Control:** conjunto de operaciones encaminadas a verificar y comprobar el funcionamiento, productividad, de algún proceso de acuerdo con unas directrices y planes establecidos.

**Eficacia:** es el resultado del cumplimiento de las metas, en términos de cantidad, calidad y oportunidad de los bienes y/o servicios producidos.

**Eficiencia:** indicadores y resultados que miden el nivel de recursos empleados en un proceso para atender los requisitos de los clientes. Relación entre los

resultados (resultados de la asistencia) y los recursos utilizados para prestar la asistencia al paciente.

**Efectividad:** el grado en que la asistencia se presta de manera correcta, según el estado actual y nivel de complejidad, para alcanzar el resultado proyectado o deseado por el paciente.

**Estándar:** nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual.

**Estrategia:** acción de largo y mediano plazo necesaria para alcanzar la visión. Camino que se ha de seguir para garantizar su supervivencia en el largo plazo. Medios o caminos escogidos (necesarios) para alcanzar posiciones futuras favorables (metas) con relación a otros competidores en determinado mercado.

**Insumos:** son los recursos humanos, financieros, de infraestructura, materiales, etc., que se utilizan para ofrecer productos o servicios.

**Integralidad:** coordinación para que un paciente use una serie de servicios cuyo trabajo sea complementario dentro de un mismo proceso de atención en un tiempo determinado.

**Meta:** Sumatoria de objetivos orientados dentro de un esquema de planeación. Permite precisar el alcance del objetivo. Son la expresión tangible de un objetivo en términos cuantitativos y cualitativos.

**Métodos:** Manera de desarrollar un proceso ordenadamente y bajo ciertos principios.

**Monitoreo:** se refiere a la observancia constante y medición sistemática de un fenómeno, se utiliza para detectar tempranamente cualquier alejamiento del buen manejo o estándar del proceso y su corrección inmediata. Se utilizan criterios explícitos para temas considerados como importantes, esenciales o básicos, manejados en condiciones específicas.

**Objetivo:** Resultado que una entidad, institución o persona aspira lograr a través del cabal discernimiento de su misión. Define lo que se pretende hacer. Debe ser un reto, claro y definido, en el corto, mediano y largo plazo y tener capacidad para ser priorizado. Es una descripción de resultados que deben ser alcanzados.

**Objeto:** Todo lo que puede ser materia de conocimiento o sensibilidad de parte del sujeto.

**Oportunidad:** dimensión de la actuación referente a la manera en que se presta la asistencia o se realiza una intervención en el paciente en el momento más beneficioso o necesario.

**Proceso:** Conjunto de actividades que recibe uno o más insumos o pasos y crea un producto de valor para otro usuario, formando una cadena orientada a obtener un resultado final. De su diseño y documentación depende el éxito de la gestión. Conjunto de las fases, momento o etapas sucesivas de un fenómeno, tarea u operación.

**Procedimiento:** Es la forma metódica de hacer operaciones repetitivas. Forma o manera de hacer o desarrollar las fases sucesivas de un proceso. Actuación por trámites judiciales o administrativos. Comprende el conjunto metódico de actividades y tareas necesarias para el logro de los objetivos o metas propuestas.

**Productividad:** es la relación entre la cantidad de un bien o servicio y la cantidad de factores que han servido para producirlo. La productividad se relaciona con la capacidad del recurso para producir o no los servicios necesarios.

**Seguridad:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencias científicamente probadas, que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**Selección:** elección del candidato adecuado para determinado cargo o más ampliamente entre los candidatos más idóneos para los cargos existentes, con miras a mantener o aumentar la eficiencia y desempeño laboral.

**Validez:** verificación de la corrección de los datos, refleja una situación verdadera. También se refiere a la característica de un instrumento de medir lo que se propone medir.

**Vinculación:** establecer una unión o un vínculo entre dos partes.

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros

GILMORE Carol, DE MORAES NOVAES, Humberto. Manual de Gerencia de la Calidad. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellog, 1996.

HERNÁNDEZ RUIZ, Alma Delia. ¿Un Marketing especial para los servicios? Universidad de La Habana, Santiago de Cuba, 2.002.

KATZ, Simón; MCDONALD, James L, STOOKEY, George K. Odontología preventiva en acción. México, Editorial Médica Panamericana, 3ª Edición, 1997.

MINSALUD. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117. Santa Fe de Bogotá, 1999.

MINSALUD. Recuento del Diseño y Trámite de la Reforma de Seguridad Social en Salud, Santa Fe de Bogotá D.C, 1998. Tomos I, II y III.

OTERO M. Jaime, OTERO I. Jaime I. Gerencia en Odontología. Tomo 2 Ética y Marketing. Lima, 2.002.

RUBIO CEBRIÁN, Santiago. Glosario de Economía de la Salud. Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. Madrid, 1995.

### Seriados

MONTES CAMPUZANO, Víctor Hugo. El neoliberalismo y la salud bucal en los países de América Latina. En: Revista Federación Odontológica Colombiana, Marzo de 1997.

Revista de la Asociación Civil Argentina de Auditoría Odontológica A.C.A.D.A.O. No. 1, 1993 y No. 2, 1995.

Seminario Internacional de fluoruración, Oficina Sanitaria Panamericana, O.M.S., Documento No. FDH/61. Sec. Odontología. División de Salud de la Familia, O.P.S. Washington, D.C., 1997.

## Sitios de interés en la Web

<http://www.aedentista.com>  
<http://www.ortodoncia.com.mx>  
<http://www.dentalangle.com>  
<http://www.dentalbytes.com>  
<http://www.dentalcare.com>  
<http://dentalcom.net>  
<http://www.dentalcontinuinged.com>  
<http://www.dentaldidactics.com>  
<http://www.dentalcourses.com>  
<http://www.dentalcourse.com>  
<http://www.dentaldux.com>  
<http://www.dentalia.com.uy>  
<http://www.dentalicon.com>  
<http://www.dentalnet.cl>  
<http://www.dentalnetuk.com>  
<http://www.dentaltown.com>  
<http://www.dentalweb.com.ar>  
<http://www.dentalxchange.com>  
<http://www.dentistlinx.com>  
<http://www.dentistry.com>  
<http://pro.dentistryonline.com>  
<http://www.dentistrytv.com>  
<http://www.e-dental.com>  
<http://www.godent.com>  
<http://www.infomed-dental.com/areadent.html>  
<http://www.maxilofacialonline.net>  
<http://www.odontologia-online.com>  
<http://www.odontored.cl>  
<http://www.odontovia.com>  
<http://www.rdental.com>  
<http://www.dentalsite.com>  
<http://www.tuboca.com>  
<http://www.dentalsite.com>  
<http://www.thescientificworld.com>  
<http://www.tuboca.com>  
<http://www.provet.com/pvdental.html>

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES ODONTOLÓGICOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Estimado Usuario;

Favor responder las siguientes preguntas sobre el grado de satisfacción de la atención recibida como paciente odontológico:

1. ¿Cómo lo atendieron?..... BIEN ( ) REGULAR ( ) MAL ( )
2. ¿Cómo lo recibió el Odontólogo?..... BIEN ( ) REGULAR ( ) MAL ( )
3. ¿Cómo le pareció el Consultorio?..... BIEN ( ) REGULAR ( ) MAL ( )
5. ¿Cómo se sintió durante la consulta?.. BIEN ( ) REGULAR ( ) MAL ( )
6. ¿Lo atendieron puntualmente?..... SI ( ) NO ( )
7. ¿El Odontólogo le explicó claramente su problema?..... SI ( ) NO ( )
8. ¿Conoce Ud. el tratamiento a seguir?..... SI ( ) NO ( )
9. ¿Se ha sentido mejor ANTES ( ) o DESPUES ( ) de esta Consulta?
10. ¿El consultorio le parecía mejor ANTES ( ) o DESPUES ( ) de venir?

Sugerencias:

Muchas gracias por su tiempo.