

¿Cómo lograr la Calidad en la Clínica Dental?

MsC. Dra. Maritza de la Caridad Sosa Rosales
Dirección Nacional de Estomatología del Ministerio de Salud Pública de Cuba
Profesora Adjunta de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba

Resumen

La calidad de la atención Odontológica y Estomatológica brindada en las Clínicas Dentales y en los Servicios de Salud se ha convertido actualmente en una necesidad para todo profesional de la Salud, ya sea de práctica privada, o salubrista. El concepto de calidad en salud hay que enmarcarlo en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción y el impacto final que tiene en la salud. No es posible reducir a uno o algunos de estos elementos la calidad en salud, pues necesariamente implica la integración de estos elementos de carácter técnico y también de procesos, objetivos y subjetivos, pero que todos unidos tienen como resultante la satisfacción del usuario y la eficiencia de la Institución Sanitaria. Son numerosos los enfoques que se le han dado al estudio de la calidad y las denominaciones que se han realizado de la misma, siendo el enfoque sistémico de la calidad propuesto por Donavedian el cual considera tres componentes para su estudio: la estructura, el proceso y el resultado, el que en nuestra experiencia nos posibilita conocer de manera más acertada la situación de la atención y establecer a partir de ello un monitoreo para su evaluación, el que identifique las desviaciones de lo deseado para su modificación. En la estructura conocemos y evaluamos el ¿con qué? estamos trabajando, desde los recursos hasta la instalación; en el proceso identificamos el ¿cómo? estamos haciendo las acciones; y por último, los resultados nos proporcionan el conocimiento de los objetivos y propósitos logrados, es el ¿qué? hicimos con los recursos que teníamos en nuestras acciones. En este artículo expondremos algunos conceptos de calidad, un método de evaluación de la misma, y algunos criterios que se pueden utilizar en las Clínicas Dentales para evaluar la calidad y poder entonces mejorar la atención de los pacientes y su satisfacción.

Palabras clave: calidad de la atención, salud bucodental, evaluación, gestión de la calidad.

Hacia una definición de Calidad

Son pocos los estudios que se refieren concretamente a la calidad de la atención odontológica y menos aún a su evaluación, asumiendo que al hablar de atención médica, la odontológica queda implícita. No obstante es necesario el abordaje de la calidad en la odontología por cuanto esta disciplina, considerada para algunos como una especialidad dentro de la medicina, tiene sus características y particularidades propias.

Las definiciones de ¿qué es la calidad? son numerosas, pero todas de una manera u otra relacionan dos aspectos fundamentales: lo que se espera recibir y lo que se recibe, por el cliente y el prestador, en una relación donde ambos tienen expectativas y conocimientos sobre el proceder, los que en la medida que se acercan, coinciden, expresarán más calidad. La calidad no es precisamente sinónimo de más tecnología, de mejor trato, de menor costo, de más cantidad de tratamientos realizados, de rapidez, de solución de los problemas del cliente, de capacidad técnica y ética del profesional; es la sumatoria de todos estos elementos y muchos otros.

Es posible que el odontólogo considere que no tiene problemas de calidad, o que el paciente este satisfecho aparentemente con la atención recibida, pero podemos afirmar por ello de que ha existido realmente calidad en la atención, consideramos que no. En algunas ocasiones conocemos que han existido algunas fallas en nuestro proceso de atención y no sabemos identificar cuales han sido las causas puesto que no son el resultado de inadecuados diagnósticos o tratamientos y entonces debemos respondernos algunas preguntas: ¿El paciente espera demasiado por recibir la atención?, ¿El paciente tiene muchas citas para terminar su tratamiento?, ¿Se le pierden pruebas diagnósticas?, ¿El paciente no cumple las indicaciones que usted le explica?, ¿El paciente no ha modificado su comportamiento hacia su higiene bucal?, ¿Fracasan tratamientos realizados?, ¿Su asistente es impuntual y no se entusiasma con el trabajo?, ¿Se pierde alguna información que usted necesita?, ¿No están a tiempo los trabajos indicados a Laboratorios?. Las respuestas a estas preguntas le indicarán que en su trabajo existen dificultades con la planificación del trabajo, con su organización, con el clima organizacional creado entre usted y su personal, con la comunicación con los pacientes, con su asistente, entre otros.

Como la salud ocupa un lugar tan crítico en la definición de calidad, la manera en que aquella se conceptualiza y evalúa tiene una profunda influencia en los juicios que se emitan sobre la calidad de un servicio o institución (Donabedian, 1992).

La complejidad y variabilidad de las variadas definiciones sobre la calidad de la atención médica, pueden confundir incluso a los expertos y con mucha más razón a los médicos que no están versados en los tecnicismos del debate sobre calidad

(Blumenthal, 1996). Donabedian ha sugerido que varias formulaciones son posibles y legítimas, dependiente del lugar donde se esté ubicado en el sistema de atención o cual sea la naturaleza y extensión de nuestras responsabilidades. Diferentes perspectivas sobre la calidad y su definición lógicamente llevarán a diferentes aproximaciones de su medición y gerencia”.

Los profesionales de la salud tienden a definir la calidad en términos de atributos y resultados de la atención suministrada por los médicos y recibida por los pacientes. Enfatizan la excelencia técnica con la que se suministra la atención y las características de la interacción entre el usuario y el prestador.

Algunas definiciones de mayor aceptación mundial son:

- **La Calidad** es el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren aptitud para satisfacer necesidades”. En esta definición podemos diferenciar el objeto de la calidad del instrumento de medición que se utilice. La estadística en el control de la calidad, pasa a ser una herramienta auxiliar en la producción de la calidad total. La calidad total de un producto o servicio no se puede alcanzar por medio de la aplicación de controles que se efectúen sobre el mismo para medirla. La calidad debe ser introducida en el servicio como un valor agregado. En definitiva la calidad SE PRODUCE (Passarello E, 1996).

Esta reformulación conceptual de la calidad implica, facilitar y promover la posibilidad de que las personas desarrollen sus potencialidades realizando su trabajo cada vez mejor y de manera más simple. Buscando al mismo tiempo el desarrollo de los recursos humanos como un activo principal de la institución a la que pertenecen y el bienestar de la sociedad en general. La calidad no se crea con una decisión, se la enseña y se la produce en cada área de la organización con la participación activa de todos sus integrantes –del portero al director.

La calidad total plantea la necesidad de una nueva manera de pensar, que parte del siguiente principio: “la calidad es un problema de todos”. No es privativo de un departamento, por más que se llame de calidad, o de un especialista.

- **La Calidad Total** es un sistema estratégico integrado para lograr la satisfacción del paciente que abarca a todos los gerentes y empleados y utiliza métodos cuanti-tativos para mejorar continuamente los procesos de una organización. (Gilmore CM, Moraes Novaes H, 1996).
- **Calidad** en su esencia significa conformidad con normas que no son absolutas, sino que varían de una sociedad a otra. (Donabedian, 1990)

- **Calidad de la asistencia al paciente:** Grado en que los servicios de asistencia sanitaria, dado el estado actual de los conocimientos, aumentan la probabilidad de lograr los resultados que se buscan en la salud de los pacientes y reducen la probabilidad de obtener efectos no deseados (Gilmore CM, Moraes Novaes H, 1996).
- **Calidad de la atención:** La calidad de la atención ofrecida al paciente está relacionado con cuatro aspectos: (a) el sistema de salud; (b) la atención profesional y técnica; (c) las relaciones interpersonales entre el equipo profesional y el paciente y, (d) el costo de la atención (Raquel Fleishman, 1992)
- **Calidad de la atención adecuada:** Se puede calificar la calidad de la atención como adecuada cuando los riesgos y molestias derivados del tratamiento de un problema determinado son menores que los beneficios obtenidos por dicho tratamiento, y cuando su costo relativo es menor que el de tratamientos alternativos con iguales resultados. (Raquel Fleishman, 1992)
- **Calidad de la atención de salud:** Consiste en el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y la población incrementa la promesa de los servicios de salud deseados y se relacionan con el grado de conocimiento profesional actual. (Instituto de Medicina en los Estados Unidos, 1990)
- **Calidad de la atención a la salud:** Debe definirse como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que se juzga son las expectativas de resultado que se podrían atribuir a la atención del paciente. (Donabedian, 1992)
- **La Calidad** consiste en satisfacer o superar las expectativas de los pacientes de manera congruente. Es el enjuiciamiento de una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un indicador para verificar si este estándar fue cumplido o no. (Gilmore CM, Moraes Novaes H, 1996)
- **Servicio de alta calidad:**
 - ...el compromiso por elevar los niveles de salud de la población es, inseparablemente, un compromiso por asegurar la calidad de la atención.. (Julio Frenk, 1984).
 - ... la nueva teoría sobre calidad, mantiene que asegurar la calidad de los bienes y servicios en cualquier sector de la economía - incluyendo en el sector salud - requiere participación activa y liderazgo de la gente que hace este trabajo día a día y es productor de estos bienes y servicios --- (Blumenthal, 1996).
 - En 1984, la Asociación Médica Americana definió la atención de alta calidad como atención “que consistentemente contribuye al mantenimiento

o mejoramiento de la calidad y/o duración de la vida”. La Asociación identificó los atributos específicos de la atención que debían ser examinados al determinar su calidad, haciendo énfasis en la promoción de salud y la prevención de enfermedades, los servicios efectuados sin pérdida de tiempo, la participación informada de los pacientes, la atención a las bases científicas de la Medicina y el uso eficiente de los recursos.

- El Instituto Norteamericano de Medicina, 1990, sostiene que la calidad consiste en el “grado en el cual los servicios de salud para los individuos y la población incrementan la probabilidad de resultados deseables de salud y son consistentes con un conocimiento profesional actualizado”.
- La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** considera que en el concepto de Calidad en los Servicios de Salud deben estar presentes los siguientes atributos:
 - Alto nivel de excelencia profesional
 - Uso eficiente de los recursos
 - Mínimo de riesgos para el paciente
 - Alto grado de satisfacción por parte del paciente
 - Impacto final en la salud.

En el concepto calidad de la atención médica según **Donabedian** (1989) puede diferenciar de modo muy general **tres dimensiones** principales

1. El componente técnico de la atención.
2. El componente determinado por el desarrollo de la interacción personal consustancial a la atención.
3. El componente del entorno o ambiente físico donde se desarrolla dicha gestión.

◇ En la **dimensión técnica** se expresa la aplicación de la ciencia y tecnología de la Odontología a un problema concreto de salud.

La calidad de la atención en su dimensión técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología odontológica de modo que reporte el máximo de beneficio a la salud del paciente minimizando sus riesgos.

◇ En la **dimensión interpersonal** se expresan las características cualitativas de las relaciones humanas que se establecen entre los profesionales de la salud, conjuntamente con el resto de su equipo y el paciente.

La calidad de la atención en su dimensión interpersonal se expresa en el cumplimiento, por el odontólogo, de los modos de actuación definidos por la ética médica y la ética general de la sociedad.

El odontólogo debe satisfacer las expectativas de los pacientes en cuanto a esta relación personal. No es raro la contradicción entre lo que cree el odontólogo que debe brindar y lo que espera el paciente de él y en lo que puede deberse a errores en la formación de este profesional, o a expectativas inadecuadas del paciente. Si las expectativas de un paciente no pueden ser satisfechas por la práctica odontológica o son impropias a la moral vigente

debe, por la vía de la labor educativa inherente a toda práctica odontológica, transformarse dichas expectativas.

La dirección de la relación entre el profesional y el paciente debe estar siempre en manos del odontólogo y éste debe dirigir sus esfuerzos al logro de una participación cada vez más activa del paciente en aras de resolver su situación de salud, por lo que en la misma medida que se logre este objetivo se estará mejorando la calidad de la atención.

En la medida en que se profundice en la investigación de los factores que determinan el desarrollo de la dimensión interpersonal de la atención y se aplique el conocimiento adquirido en la práctica odontológica y en la formación y perfeccionamiento de los recursos humanos de salud, la frontera entre la denominada dimensión técnica y la dimensión interpersonal de la atención se irá borrando y podremos hablar entonces de una práctica odontológica a la que le es inherente un alto nivel científico y técnico integral, pues el profesional de la salud estará cada vez más capacitado para actuar científicamente al acercarse a la dimensión humana de sus pacientes.

- ◇ La **tercera dimensión** de la calidad de la atención odontológica incide notablemente en la satisfacción del paciente. Nos referimos al entorno donde se desarrolla la atención, a las comodidades y facilidades que disfruta el paciente en el proceso de atención. Características tales como una consulta agradable con condiciones de privacidad; tiempo de espera breve; eficiencia y rapidez en la admisión, en los laboratorios, entre otros, así como una total accesibilidad al servicio y en especial a los recursos diagnósticos y terapéuticos necesarios, constituyen elementos que influyen de modo importante en la calidad de la atención, pues contribuyen en el paciente a crear un clima de satisfacción y tranquilidad, ya que percibe que todo el entorno material y social que lo rodea está en función de satisfacer sus necesidades.

No obstante la obtención de una exitosa relación interpersonal por parte del odontólogo con su paciente no puede estar condicionada por las comodidades o facilidades del medio ambiente. El profesional y su equipo son los responsables por el éxito de la relación odontólogo-paciente y estos deben poner todos sus conocimientos, habilidades y dedicación personal en función de desarrollar una relación agradable, que promueva satisfacción y confianza aún en las situaciones más difíciles de la práctica odontológica.

Blumenthal (1996) piensa que la calidad técnica de la atención **tiene dos dimensiones**: lo apropiado de los servicios prestados y la habilidad con la que la atención apropiada es desempeñada. La técnica de alta calidad consiste en “hacer lo correcto correctamente”. Hacer lo correcto requiere que el profesional tome las decisiones correctas sobre la atención para cada paciente (toma de decisión de alta calidad), y para hacerlo bien se requiere habilidad, juicio y ejecución expedita (desempeño de alta calidad).

Además considera que, la calidad de la interacción entre médicos y pacientes depende de varios elementos en su relación: la calidad de su comunicación, la

capacidad del médico de mantener la confianza del paciente, y la capacidad de tratar al paciente con “preocupación, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad”.

Premisas de un Programa de Calidad

- Nunca será posible producir una medición de la calidad de la atención de salud exenta de error. Como estas mediciones pueden perjudicar a las instituciones y los odontólogos en una forma injusta, debe hacerse todo esfuerzo para usar mediciones que indiquen el “estado del arte”, aún cuando implique gastos extras.
- El aseguramiento de la calidad requiere del trabajo colaborativo de todos los que trabajan en la institución de mejorar la calidad.
- Lograr un profundo conocimiento de las necesidades de los pacientes mediante un adecuado sistema de monitoreo, que permita que éstas sean incorporadas al programa de cada institución.
- Confeccionar un programa dinámico de mejoría permanente de la calidad de la atención, encaminado a la satisfacción de aquellas necesidades identificadas. Un sistema que permita medir tales mejoras.
- Brindar una atención especial al proceso de prevención de los errores que conducen a la insatisfacción, y no a la corrección de los mismos.
- Establecer en cada institución un convenio que involucre a todo el colectivo para lograr la excelencia en el desempeño institucional, basado no sólo en compromisos colectivos, sino también en los individuales y que se acompañe de un sistema de premios y estímulos. El sentido de pertenencia es requisito indispensable.
- Disponer de una “estructura formal” que sustente y gobierne las actuaciones relacionadas con calidad-satisfacción. Una gestión eficaz depende en gran medida de la disponibilidad de toda la información requerida.
- La no calidad de la atención en salud y la insatisfacción de los pacientes por los servicios recibidos, tiene un costo económico, social y político.

Evaluación de la calidad de la atención odontológica

El enfoque en sistema, planteado desde hace años por Donabedian, es aceptado en forma generalizada. De acuerdo con ese enfoque la calidad se estudia y se mide teniendo en cuenta tres componentes esenciales: **estructura**, **proceso** y **resultados**.

- **Estructura:** Este componente se refiere a la cantidad y calificación del personal, los equipos e instrumentos disponibles, los recursos financieros, las instalaciones y otros recursos materiales, las normas y reglamentos existentes, así como la organización establecida. A un nivel más general incluye la voluntad política y el liderazgo comprometido, así como la formulación de políticas y estrategias y la aplicación de técnicas de dirección por objetivos y de planificación estratégica. Constituye lo que en sistema se llama insumos o

entrada. En otras palabras, se refiere al conjunto de características o atributos de índole organizativa o material que se mantienen con relativa estabilidad temporal.

- **Proceso:** Se refiere al conjunto de actividades que se realizan en la atención y aquéllas que se desarrollan para asegurar la ejecución del propio proceso. Dentro de este componente se incluye no sólo las acciones ejecutadas por el personal de salud – con el nivel de destreza y habilidad de que dispongan --, sino también las que pueden desplegar los propios pacientes.
- **Resultado:** En última instancia es la consecuencia que tiene el proceso de atención con el subsiguiente cambio en el estado de salud. Por otra parte, incluye el análisis del nivel de impacto; el cumplimiento de indicadores y de los gastos efectuados; la satisfacción de los usuarios, prestadores y decisores; la certificación y acreditación institucional con la subsiguiente estimulación de la calidad técnica y gerencial basada en el desempeño, así como la identificación de nuevos problemas que llevan a un perfeccionamiento continuo.

Los componentes en que los distintos autores fundamentan la medición de la calidad para su mejoramiento se pueden analizar a partir de las definiciones que se han dado sobre la calidad de la atención, por los métodos que recomiendan y por los datos que emplean.

Actualmente se utilizan más los métodos que toman datos de procesos y resultados, o de los tres componentes, toda vez que se ha visto claramente que una buena estructura no asegura un buen proceso, ni que un buen proceso asegura un buen resultado, ni que un buen resultado puede asegurar las bondades de la estructura o del proceso. De ahí la importancia que se da hoy día al enfoque sistémico y la tendencia a no considerar aisladamente un componente. La evaluación de la calidad debe, entonces, construirse a partir de un cuerpo de conocimientos sobre las relaciones que existen entre estructura, proceso y resultados.

Debe estudiarse el flujo de los procesos, sobre todo aquellos relacionados con insatisfacciones de los clientes o de los propios trabajadores y podrá encontrarse en qué partes hay repeticiones, obstáculos al buen flujo, retrocesos innecesarios, trámites o documentación superflua y a partir de esta información rediseñar el proceso para eliminar esos defectos.

Se necesita liderazgo, motivar, reconocer, pero además saber negociar, concertar, resolver conflictos, analizar el clima organizacional. Se requiere atender la comunicación e integrar estrategias y acciones.

Para la evaluación de la calidad de la atención odontológica, ya sea en un consultorio dental, en una clínica en que trabajan varios profesionales o en algún otro servicio, es necesario tener en cuenta todos los elementos antes expuestos, y

siguiendo el esquema de Donabedian les proponemos algunas variables, con sus criterios de medida y la periodicidad de evaluación, los que enunciaremos en el **Anexo 1**.

Un aspecto importante que se debe tener en cuenta al evaluar la calidad es la satisfacción de los clientes y de los propios prestadores de la atención, pues sólo cuando seamos capaces de devolver al paciente sus funciones fisiológicas y estéticas y teniendo en cuenta sus criterios sobre estos aspectos, es que este se sentirá totalmente satisfecho con nuestro trabajo.

La valoración que hace cada individuo del grado en que se satisface su necesidad de salud en cada momento está influida en primer lugar por su propia experiencia como usuario del servicio, y esta experiencia valora fundamentalmente la calidad de la relación que se establece con el odontólogo, como paciente o como familiar de paciente. Esta relación puede tener como marco la clínica y la satisfacción generada en su integralidad cumple varias funciones:

1. Una función social: para el ciudadano la salud pública es una institución priorizada, responsabilizada con el mantenimiento, conservación y mejoramiento de su salud y sus experiencias en estas instituciones influyen decisivamente en su opinión sobre el sistema social.
2. Una función profiláctica y dinamizadora de las conductas generadoras de salud: el ciudadano que tiene experiencias positivas de la salud pública y alto nivel de satisfacción con la atención mantiene una actitud activa en cuanto a la solicitud de ayuda y a la transformación de su modo de vida en aras de incrementar su salud.
3. Una función terapéutica: un paciente satisfecho con la atención de salud presenta un mayor grado de cumplimiento de las indicaciones del odontólogo y se muestra muy cooperativo, dado lo cual traduce la existencia de una real confianza en el criterio y actividad del profesional. Como ya hemos expresado, el paciente tiende a enjuiciar la competencia técnica del odontólogo por el grado de apoyo sociopsicológico y emocional que recibe de él. Por esta razón, el profesional que se gana la confianza en su paciente está engendrando una respuesta socioemotiva en el mismo que beneficia por muy variadas vías el resultado de la atención. Esta relación se ha comprobado empíricamente en varias investigaciones internacionales.

La satisfacción del paciente representa la evaluación que hace el paciente acerca de la calidad de la atención y está determinada por la percepción que el mismo haga de la medida en que se satisfagan sus expectativas de una atención de buena calidad.

De modo general las expectativas de los clientes (pacientes) pueden agruparse en cuatro amplias categorías pertenecientes a:

- 1) Los aspectos referidos al proceso de interacción personal que se establece entre el equipo odontológico y el paciente.

- 2) Los aspectos referidos a la percepción de la competencia técnica del profesional y su equipo que tengan los pacientes.
- 3) Las condiciones de los lugares en que se brinda la atención, así como el grado de accesibilidad de la misma.
- 4) Los aspectos referidos a los valores morales del profesional de la salud que se manifiestan en el cumplimiento de la ética médica y la ética general de la sociedad.

La satisfacción del paciente tiene también **limitaciones** como medida de la calidad. Los pacientes por lo general tienen un conocimiento incompleto de las bases científico-técnicas de la atención odontológica por lo que sus juicios en relación con estos aspectos pueden no ser válidos; en algunos casos esperan y exigen cosas que sería incorrecto que el profesional proporcionara; no obstante, estas limitaciones no necesariamente restan validez a la satisfacción del paciente como una medida de la calidad de la atención. Por ejemplo, si el paciente está insatisfecho porque sus altas expectativas sobre la eficacia de la atención no se han cumplido, es evidente que el profesional falló en la educación de su paciente y no supo transformar las expectativas del mismo en función de sus reales necesidades de salud.

Generalmente, el paciente no puede valorar con justeza si el aspecto técnico científico funcionó adecuadamente en la atención recibida; él no sabe si una intervención quirúrgica o un examen complementario se realizó con la calidad requerida o si el diagnóstico es acertado o no, pero él sí sabe qué tipo de asistencia recibió, qué grado de calor humano sintió en la relación que estableció con el profesional y el resto del personal del equipo de salud; él sabe si fue tratado como una persona o no. De modo general el criterio que se forma el paciente de la competencia técnica de la asistencia recibida está correlacionada positivamente con el grado de satisfacción general que el mismo sienta en la relación interpersonal que establece con el odontólogo.

La comunicación que se establece entre el paciente, por una parte, y el profesional por otra, en el marco de los servicios, no es espontánea; está predeterminada por los respectivos papeles que asumen ambos interlocutores en esa singular relación. Es responsabilidad del odontólogo dirigir el proceso de comunicación, en su relación con el hombre, objeto de su trabajo, dado que su preparación técnica debe capacitarlo para esta tarea primordial.

Bibliografía Consultada

- Ashton CM, Kuykendall DH, Johnson ML, Wray NP. An empirical assessment of the validity of explicit and implicit process-of-care criteria for quality assessment. *Med Care* 1999 Aug;37(8):798-808
- Black C, Peterson S, Mansfield J, Thliveris M. Using population-based data to enhance clinical practice guideline development. *Med Care* 1999 Jun;37(6 Suppl):JS254-63
- Blumenthal D. The future of quality measurement and management in a transforming health care system. *JAMA* 1997;278:1622-1625.
- Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2 Measuring quality of care. *New England Journal of Medicine* 1996;335:966-70.
- Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Ediciones Científicas, La Prensa Mexicana, S.A., México, 1984.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem. Fund Quart.* 444, 166-206. 1967
- Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. *Perspectivas en Salud Pública* 10. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1992.
- Donabedian A. Institutional and professional responsibilities in quality assurance. *Qual-Assur-Health-Care*; 1989; 1 (1) pp 3-11.
- Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública Mex.* 1990; 32:113-117.
- Donabedian A. Mensuración y evaluación de la atención médica y hospitalaria. *Bull.N.Y. Acad.Med.* 52(1):51-59, ene. 1976.
- Dranove D, Reynolds KS, Gillies RR, Shortell SS, Rademaker AW, Huang CF. The cost of efforts to improve quality. *Med Care* 1999 Oct;37(10):1084-7
- Espallargues M, Valderas JM, Alonso J. Provision of feedback on perceived health status to health care professionals: a systematic review of its impact. *Med Care* 2000 Feb;38(2):175-86
- Franks P, Mooney C, Sorbero M. Physician referral rates: style without much substance? *Med Care* 2000 Aug;38(8):836-46
- Garcia S, Dolan S. La dirección por Valores. Mc Graw-Hill, Madrid, 1997.
- Giesler RB, Ashton CM, Brody B, Byrne MM, Cook K, Geraci JM, Hanita M, Soucek J, Wray NP. Assessing the performance of utility techniques in the absence of a gold standard. *Med Care* 1999 Jun;37(6):580-8
- Gilmore CM, Moraes Novaes H. Manual de gerencia de la calidad. Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX, Volumen III. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1996.

- Gotler RS, Flocke SA, Goodwin MA, Zyzanski SJ, Murray TH, Stange KC. Facilitating participatory decision-making: what happens in real-world community practice? *Med Care* 2000 Dec;38(12):1200-9
- Hall JA, Stein TS, Roter DL, Rieser N. Inaccuracies in physicians' perceptions of their patients. *Med Care* 1999 Nov;37(11):1164-8
- Harris LE, Swindle RW, Mungai SM, Weinberger M, Tierney WM. Measuring patient satisfaction for quality improvement. *Med Care* 1999 Dec;37(12):1207-13
- Hendriks AA, Vrielink MR, Smets EM, van Es SQ, De Haes JC. Improving the assessment of (in)patients' satisfaction with hospital care. *Med Care* 2001 Mar;39(3):270-83
- Karon SL, Sainfort F, Zimmerman DR. Stability of nursing home quality indicators over time. *Med Care* 1999 Jun;37(6):570-9
- Keeler EB, Robalino DA, Frank JC, Hirsch SH, Maly RC, Reuben DB. Cost-effectiveness of outpatient geriatric assessment with an intervention to increase adherence. *Med Care* 1999 Dec;37(12):1199-206
- Konrad TR, Williams ES, Linzer M, McMurray J, Pathman DE, Gerrity M, Schwartz MD, Scheckler WE, Van Kirk J, Rhodes E, Douglas J. Measuring physician job satisfaction in a changing workplace and a challenging environment. SGIM Career Satisfaction Study Group. Society of General Internal Medicine. *Med Care* 1999 Nov;37(11):1174-82
- Kressin NR, Spiro A, Skinner KM. Negative affectivity and health-related quality of life. *Med Care* 2000 Aug;38(8):858-67
- Laffel G, Blumenthal D. The case for using industrial quality management science in health care organizations. *JAMA* 1989;262:2869-73.
- Lenert L, Kaplan RM. Validity and interpretation of preference-based measures of health-related quality of life. *Med Care* 2000 Sep;38(9 Suppl):II138-50
- Liang MH. Longitudinal construct validity: establishment of clinical meaning in patient evaluative instruments. *Med Care* 2000 Sep;38(9 Suppl):II84-90
- Macran S, Kind P. "Death" and the valuation of health-related quality of life. *Med Care* 2001 Mar;39(3):217-27
- Mathiowetz NA, Dipko SM. A comparison of response error by adolescents and adults: findings from a health care study. *Med Care* 2000 Apr;38(4):374-82
- Miller TR, Levy DT. Cost-outcome analysis in injury prevention and control: eighty-four recent estimates for the United States. *Med Care* 2000 Jun;38(6):562-82
- Motta PR. Manual sobre tendencias contemporáneas en la gestión de la salud. HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX, Volumen 1, No. 1, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1996.

- Mukamel DB, Spector WD. Nursing home costs and risk-adjusted outcome measures of quality. *Med Care* 2000 Jan;38(1):78-89
- Passarello E. Calidad total y auditoría en servicios de salud. Capítulo 27. Fundación Favoloro, 1996, 1175-1203.
- Patrick DL, Chiang YP. Measurement of health outcomes in treatment effectiveness evaluations: conceptual and methodological challenges. *Med Care* 2000 Sep;38(9 Suppl):II14-25
- Pearson ML, Lee JL, Chang BL, Elliott M, Kahn KL, Rubenstein LV. Structured implicit review: a new method for monitoring nursing care quality. *Med Care* 2000 Nov;38(11):1074-91
- Peck BM, Asch DA, Goold SD, Roter DL, Ubel PA, McIntyre LM, Abbott KH, Hoff JA, Koropchak CM, Tulsy JA. Measuring patient expectations: does the instrument affect satisfaction or expectations? *Med Care* 2001 Jan;39(1):100-8
- Pérez Lovelle R. La psiquis en la determinación de la salud. Edit. Ciencia y Técnica. La Habana, 1989.
- Report of a World Health Organization Pre-ISQUA Joint Review Meeting. Improving health care in developing countries using quality assurance. Budapest, Octubre 5-6, 1998.
- Reschovsky J, Reed M, Blumenthal D, Landon B. Physicians' assessments of their ability to provide high-quality care in a changing health care system. *Med Care* 2001 Mar;39(3):254-69
- Rosen A, Wu J, Chang BH, Berlowitz D, Ash A, Moskowitz M. Does diagnostic information contribute to predicting functional decline in long-term care? *Med Care* 2000 Jun;38(6):647-59
- Rubenstein LV, Mittman BS, Yano EM, Mulrow CD. From understanding health care provider behavior to improving health care: the QUERI framework for quality improvement. Quality Enhancement Research Initiative. *Med Care* 2000 Jun;38(6 Suppl 1):I129-41
- Schnelle JF, Ouslander JG, Buchanan J, Zellman G, Farley D, Hirsch SH, Reuben DB. Objective and subjective measures of the quality of managed care in nursing homes. *Med Care* 1999 Apr;37(4):375-83
- Solomon DH, Schaffer JL, Katz JN, Horsky J, Burdick E, Nadler E, Bates DW. Can history and physical examination be used as markers of quality? An analysis of the initial visit note in musculoskeletal care. *Med Care* 2000 Apr;38(4):383-91
- Stacey M. "Medical ethics and medical practice: a social science view". *J. Med. Ethics* 1985 Mar; 11 (1): pp 14-18.
- Testa MA. Interpretation of quality-of-life outcomes: issues that affect magnitude and meaning. *Med Care* 2000 Sep;38(9 Suppl):II166-74

- Vanormalingen, Pineda y Otros, *La Gerencia de Calidad en Salud* OPS OMS, Washington 1996
- Veatch R. "DRGs and the ethical reallocation of resources". *Hastings Cent. Rep.* 1986 Jun; 16 (3): pp 32-40.
- Zaslavsky AM, Beaulieu ND, Landon BE, Cleary PD. Dimensions of consumer-assessed quality of Medicare managed-care health plans. *Med Care* 2000 Feb;38(2):162-74

ANEXO 1: Variables a tener en cuenta en la Evaluación de la Calidad de la Atención Odontológica

De la Estructura:

Variable	Criterio de Evaluación	Criterio de Medida	Propuesta Periodicidad
Equipos: incluye todos los equipos existentes en la Unidad.	Estado Técnico (según criterio de Electromedicina y los fabricantes)	Para un Equipo: Bueno: cuando funciona totalmente Regular: cuando sólo cumple el 50% de sus funciones Malo: cuando es baja técnica Para la Unidad: Bueno: más del 80% de sus equipos evalúan de Bueno Regular: 60–79% de los equipos funcionando como Bueno Malo: Menos del 60% funcionando como Bueno	Mensual.
	Mantenimiento por Electromedicina según indicaciones del fabricante	Cumplido el cronograma No cumplido el cronograma	Mensual
Recursos Humanos	Disponibilidad de Recursos	Cantidad de Estomatólogos Generales Técnico/Profesional según actividad Personal de admisión según horario Personal auxiliar según actividad	Annual.
	Nivel Científico Técnico	No. de eventos en que ha participado	Al menos 1 al año
		No. de cursos recibidos o impartidos	Al menos 2 al año
		Realización de Investigaciones	Al menos 1 en 5 años
Rendimiento del personal	Aprovechamiento de la Jornada en términos cualitativos y cuantitativos.	Mensual	
	Disciplina Laboral: Ausencias, impuntualidad, quejas de pacientes Bien: sin ausencias, llegadas tardes, y quejas. Regular: incumplido alguno de los criterios. Mal: incumplido dos o más criterios	Mensual	
Medicamentos e Instrumental	Medicamentos y materiales dentales e insumos	Cumplimiento de las indicaciones de los fabricantes en su almacenamiento y manipulación.	Mensual

		Abastecimiento de los medicamentos, materiales e insumos: Adecuado: existe disponibilidad para el proceso de atención. Inadecuado: cuando no se puede realizar el proceso por falta de estos	Mensual
	Instrumental	Cumplimiento de las indicaciones de fabricantes y normas técnicas sobre su mantenimiento, esterilización y manipulación	Mensual
Equipamiento y Mobiliario no Médico	Equipos: aires acondicionados, bebederos, ventiladores, cocinas, refrigeradores, entre otros.	Estado técnico: Bueno: cuando funciona adecuadamente el equipo. Regular cuando funciona con alguna dificultad. Malo: cuando están rotos	Semestral
		Mantenimiento: según indicaciones del fabricante Cumplido el Cronograma. No cumplido	Mensual
	Mobiliario no Médico	Estado del mobiliario: Bueno: cuando cumple los requisitos estéticos y funcionales. Regular: cuando no cumple alguno de los requisitos anteriores. Malo: cuando no cumple ninguno de los dos requisitos.	Trimestral
Recursos Financieros	Comportamiento de los Costos según actividad	El costo de las acciones se cubre y hay ganancias Hay ganancias No hay ganancias	Trimestral
		Consumo de Medicamentos y Materiales: se cumplen las indicaciones de los fabricantes y las normas en las cantidades establecidas Se cumplen No se cumplen	Mensual
		Uso de medios diagnósticos: según las Guías Prácticas Clínicas, a través de las Historias Clínicas. Adecuado No adecuado	Mensual

		Repetición de tratamientos: De prótesis: 1% del total de casos De obturaciones: menos del 3%	Mensual
Planta física	Estado de la construcción civil	Bueno: cumple los requisitos estéticos y funcionales. Regular: no cumple alguno de los anteriores Malo: no cumple ninguno	Semestral
	Ubicación geográfica de la clínica	Adecuada: hay vías fáciles de comunicación y existen pocos especialistas en el área. Inadecuada: no se cumple lo anterior	Anual
	Condiciones físicas de trabajo	Iluminación, estado higiénico de las áreas contaminación ambiental, ventilación, privacidad, seguridad, acústica, abastecimiento de agua, disposición de los residuales líquidos y sólidos, entre otras. Buenas : cumple todos los requisitos. Regular: si no cumple 2 de ellos. Mala: cuando no cumple más de dos.	Semestral
Atención al trabajador	Existencia de baños, taquillas, bebederos, entre otros.	Adecuado: cumple todos los requisitos Inadecuado: cuando no cumple alguno	Semestral
	Reconocimiento moral y material	Adecuada: cuando se cumplen sistemáticamente. Inadecuada: cuando no se cumple	Mensual
Criterios organizacionales	Sistema de turnos implementado	Bueno: cuando satisface la demanda y los tiempos de espera son inferiores a 15 minutos. Regular: cuando satisface la demanda pero los tiempos de espera son superiores Malo: cuando no satisface la demanda	Mensual
	Sistema de referencia hacia otros especialistas	Adecuado: si está establecido Inadecuado: no se cumple lo anterior	Mensual
	Organización de la atención de urgencia	Adecuado: Está establecida las 24 horas Inadecuado: No se cumple o sólo durante el tiempo de trabajo de la clínica	Mensual
	Cumplimiento de las Indicaciones y documentos, legales y administrativos vigentes.	Adecuado: se cumplen todas las indicaciones establecidas. Inadecuado: cuando no se cumple alguno de ellos	Mensual

Del Proceso:

Variable	Criterio de Evaluación	Criterio de Medida	Propuesta Periodicidad
Gerenciales	Desempeño de profesionales y técnicos	Cumplimiento de todas las indicaciones clínicas y organizativas establecidas en el Sistema para los procesos de atención. Adecuado: cuando se cumple todo lo establecido Inadecuado: cuando se viola alguna de ellas	Diario
Recepción de pacientes en admisión.	Información, Llenado adecuado de modelos establecidos, Trato al paciente.	Adecuado: cuando se cumplen todos los requisitos. Inadecuado: cuando no se cumple alguno.	Diario
De la atención directa al paciente	De la Promoción y la Prevención	Acciones educativas y preventivas por el profesional y su asistente en el proceso de atención Adecuado: se realizan según indicaciones de las Guías Prácticas Clínicas (Historias Clínicas y por observación) Inadecuado: no se realiza	Diario
		Realización de enjuagatorios, aplicaciones flúor y otros métodos preventivos: según indicaciones establecidas las Guías Prácticas Clínicas, por observación. Adecuado: se realiza según indicaciones Inadecuado: no se realiza	Mensual
	De la Curación y la Rehabilitación	Cumplimiento de las Guías Prácticas Clínicas, según diagnóstico del paciente: por observación, discusión diagnóstica y revisión de Historias Clínicas. Adecuado: se cumple lo establecido Inadecuado: no se cumple	Diario
	De la Atención de Urgencia brindada por los Estomatólogos en sus Consultas	Prioridad: si se atiende de forma priorizada, por su estomatólogo y con la Historia Clínica. Adecuado: si se cumplen todos Inadecuado: cuando no se cumplen	Diario
		Cumplimiento de las Guías Prácticas Clínicas: Adecuado: si se cumplen Inadecuado: si no se cumplen	Semanal

	De la utilización de los medios diagnósticos	Indicaciones realizadas según diagnóstico y Guías Prácticas Clínicas: (a través de observación y la Historia Clínica) Adecuado: cuando se cumple lo establecido Inadecuado: cuando no se cumple	Mensual
Historia Clínica	Confección y utilización	Cumplir lo establecido en las Guías Prácticas y en los documentos legales Adecuado: cuando se cumple lo establecido Inadecuado: cuando no se cumple	Semanal
Esterilización	Proceso de esterilización	Cumplir lo establecido por las normas de bioseguridad en lo referente a la desinfección y a la esterilización. Adecuado: si se cumple todo lo establecido Inadecuado: si no se cumple alguna de las indicaciones	Diario
Bioseguridad	De los trabajadores	Uso de guantes, mascarilla, espejuelos protectores y batas sanitarias. Adecuado: Se cumplen todas las indicaciones Inadecuado: No se cumple alguna de ellas	Diaria
	De los pacientes	Utilización de protectores, jeringas, agujas y fresas desechables, guantes e instrumental esterilizado, entre otras. Adecuado: Se cumplen todas las indicaciones Inadecuado: No se cumple alguna de ellas	Diaria

De los Resultados:

Variable	Criterio de Evaluación	Criterio de Medida	Propuesta Periodicidad
Nivel de Servicios	Actividades realizadas en el servicio	Consultas realizadas y tratamientos según tipos Aceptables: superior a los de la etapa anterior No aceptables: cuando son iguales o menores	Mensual
Satisfacción	Pacientes	Pacientes que continúan la atención, traen a sus familiares o recomiendan la atención a amigos. Satisfecho: regresa y nos recomienda Medianamente satisfecho: regresa solo él Insatisfecha: no regresa	Semestral
		Quejas y planteamientos de los pacientes Adecuado: no existen negativos Inadecuado: existe algún aspecto negativo	Trimestral
	Proveedores: todos los trabajadores del servicio	Los trabajadores no De acuerdo a los criterios de la UATS, expresados en las encuestas realizadas Satisfecha Medianamente satisfecho Insatisfecha	Trimestral
Eficiencia	Costo – Beneficio: teniendo en cuenta los costos empleados y las acciones realizadas	Adecuado: sí los beneficios son superiores a los costos Inadecuado: si los beneficios son inferiores o iguales a los costos	Mensual
Estado de Salud Bucal	Pacientes sanos y saneados (curados)	Bueno: si los pacientes se incrementan Malo: si se mantienen igual o disminuyen	Trimestral

ANEXO 2: Mejoramiento Continuo de la Calidad

ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADOS
VOLUNTAD	MEJORAMIENTO DE LA SALUD	CUMPLIMIENTO INDICADORES
FORMULACIÓN DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS	CULTURA DE	COMPARACIÓN DEL DESEMPEÑO Y COMPETENCIAS
IGUALDAD ACCESIBILIDAD	CAPACITACIÓN	CALIDAD TÉCNICA Y GERENCIAL
LIDERAZGO COMPROMETIDO	INVESTIGACIONES	NIVEL DEL
TECNOLOGÍAS Y METODOLOGÍAS	TRABAJO EN	SATISFACCIÓN DE LOS PRESTADORES
DIRECCIÓN POR OBJETIVOS	GERENCIA PARTICIPATIVA	SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	USO DE HERRAMIENTAS	SATISFACCIÓN DE LOS DECISORES
MOTIVACIÓN	INFORMACIONES Y REGISTRO DE DATOS	COSTO/BENEFICIO GESTION Y EVALUACIÓN TECNOLÓGICA
ORGANIZACIÓN DE SISTEMAS DE TRABAJO	MONITOREO DEL PROGRESO Y DESEMPEÑO ALCANZADO	CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN
ESTÁNDARES DESEMPEÑO	EVALUACIÓN INTERNA Y EXTERNA	ESTIMULACIÓN BASADA EN EL
COMPETENCIAS RECURSOS HUMANOS	EVALUACIÓN INTERNA Y EXTERNA	IDENTIFICACIÓN DE NUEVOS
EQUIPAMIENTO	RETROALIMENTACIÓN	DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS
PLANTA FÍSICA	RETROALIMENTACIÓN	PERFECCIONAMIENTO CONTINUO