

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL CONSULTORIO
ODONTOLÓGICO CLINSALUD DEL MUNICIPIO DE PIENDAMÓ DURANTE EL
ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2008**

VIVIANA ISDITH CASTRO

MÓNICA MABEL GARCÍA ZÚÑIGA

UNIVERSIDAD EAN – UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD DE POSTGRADOS

POPAYÁN

2009

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL CONSULTORIO
ODONTOLÓGICO CLINSALUD DEL MUNICIPIO DE PIENDAMÓ DURANTE EL
ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2008**

VIVIANA ISDITH CASTRO

MÓNICA MABEL GARCÍA ZÚÑIGA

**Trabajo Final para optar por el título de Especialista en Auditoría y Garantía
de la Calidad en Salud con Énfasis en Epidemiología**

Asesora

Dora Zamora V.

Docente Facultad de Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD EAN – UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD DE POSTGRADOS

POPAYÁN

2009

NOTA DE ACEPTACIÓN

JURADO

DOCTOR: AUGUSTO MUÑOZ

Ciudad y Fecha

A nuestras familias por su
apoyo y comprensión
durante el tiempo de
nuestra especialización

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Asesora del trabajo de grado: Dora Zamora V. Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca, por sus oportunas y valiosas orientaciones, su constante colaboración y espíritu de aliento.

Doctor Néstor Raúl Landínez Espitia, Gerente consultorio odontológico Clinsalud de Piendamó – Cauca, por su solicitud, amabilidad y colaboración.

Al personal profesional y auxiliar que labora en Clinsalud.

CONTENIDO

| | Pág. |
|---|-------------|
| LISTA DE TABLAS..... | ix |
| LISTA DE GRAFICAS..... | x |
| LISTA DE ANEXOS..... | xi |
| RESUMEN..... | xii |
| 1. JUSTIFICACIÓN..... | 2 |
| 2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA..... | 3 |
| 3. OBJETIVOS..... | 4 |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL..... | 4 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 4 |
| 4. MARCO CONCEPTUAL..... | 5 |
| 4.1 RESEÑA HISTÓRICA DE CLINSALUD..... | 5 |
| 4.2 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD..... | 6 |
| 4.3 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO..... | 23 |
| 4.4 GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CALIDAD EN LOS TRABAJADORES..... | 27 |
| 5. METODOLOGÍA..... | 29 |
| 5.1 TIPO DE ESTUDIO..... | 29 |

| | |
|---|----|
| 5.2 POBLACIÓN..... | 29 |
| 5.3 UNIVERSO Y MUESTRA..... | 29 |
| 5.4 VARIABLES..... | 29 |
| 5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... | 30 |
| 5.6 RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA..... | 30 |
| 5.7 RESULTADOS..... | 32 |
| 5.8 ANÁLISIS DE RESULTADOS..... | 32 |
| 5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS..... | 32 |
| 6. RESULTADOS..... | 34 |
| 6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO..... | 34 |
| 6.1.1 EDAD Y SEXO..... | 34 |
| 6.1.2 PROCEDENCIA..... | 35 |
| 6.1.3 TIPO DE USUARIO..... | 36 |
| 6.1.4 MOTIVO DE CONSULTA..... | 38 |
| 6.2 ESTÁNDARES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA CIENTÍFICA..... | 43 |
| 6.2.1 RECURSO HUMANO..... | 43 |
| 6.2.2 INFRAESTRUCTURA..... | 45 |
| 6.2.3 DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO..... | 47 |
| 6.2.4 MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS..... | 49 |

| | |
|---|----|
| 6.2.5 PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES..... | 50 |
| 6.2.6 HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES..... | 52 |
| 6.2.7 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA..... | 54 |
| 6.2.8 SEGUIMIENTO A RIESGOS..... | 54 |
| 6.3 GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES..... | 55 |
| 6.4 EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO..... | 55 |
| 7. DISCUSIÓN..... | 57 |
| 8. CONCLUSIONES..... | 62 |
| 9. RECOMENDACIONES..... | 65 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 67 |
| ANEXOS..... | 69 |

LISTA DE TABLAS

| | Pág. |
|--|-------------|
| Tabla 1. Distribución porcentual de la población demandante según motivo de consulta..... | 38 |
| Tabla 2. Distribución porcentual de la población demandante según morbilidad y escolaridad..... | 39 |
| Tabla 3. Distribución porcentual de la población demandante según morbilidad y edad..... | 40 |
| Tabla 4. Distribución porcentual de la población demandante según morbilidad y domicilio..... | 42 |
| Tabla 5. Recurso humano..... | 43 |
| Tabla 6. Infraestructura, instalaciones físicas y mantenimiento..... | 45 |
| Tabla 7. Dotación y mantenimiento..... | 47 |
| Tabla 8. Medicamentos y dispositivos médicos..... | 49 |
| Tabla 9. Procesos prioritarios asistenciales..... | 50 |
| Tabla 10. Historia clínica y registros asistenciales..... | 52 |
| Tabla 11. Referencia y contrarreferencia..... | 54 |
| Tabla 12. Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios..... | 54 |
| Tabla 13. Evaluación de la calidad Clinsalud..... | 56 |

LISTA DE GRÁFICAS

| | Pág. |
|--|-------------|
| Gráfica 1. Modelo de mejoramiento continuo..... | 15 |
| Gráfica 2. Distribución porcentual de la población demandante según edad y sexo..... | 34 |
| Gráfica 3. . Distribución porcentual de la población demandante según procedencia urbana y rural..... | 35 |
| Gráfica 4. Distribución porcentual de la población demandante según tipo de usuario | 36 |
| Gráfica 5. Distribución porcentual de la población demandante según escolaridad y sexo..... | 37 |

LISTA DE ANEXOS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Anexo 1. Registros individuales de prestación de servicios..... | 70 |
| Anexo 2. Cuestionario de evaluación sobre grado de conocimiento de calidad en salud..... | 71 |
| Anexo 3. Solicitud previa a la verificación de Clinisalud..... | 74 |
| Anexo 4. Operacionalización de las variables..... | 75 |

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo evaluar la calidad del servicio odontológico prestado en Clinsalud en el último trimestre del 2008 en el municipio de Piendamó. Es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, que analizó las variables: Perfil Sociodemográfico, cumplimiento de estándares de capacidad tecnológico - científica, y grado de conocimiento de los odontólogos que laboran en Clinsalud sobre calidad de la atención en salud, en una muestra de 252 usuarios. La información se recolectó de los RIPS de la entidad, la verificación de estándares se realizó aplicando la resolución 1043 de 2006 y se hizo una encuesta a los profesionales para identificar el grado de conocimiento.

Los resultados mostraron que la mayor población demandante en Clinsalud pertenecía al sexo femenino, rango de edad 15 – 44 años, nivel de escolaridad secundaria y procedencia urbana; no existieron diferencias significativas según régimen de afiliación. La patología más representativa fue la caries, seguida por las enfermedades de tipo periodontal.

Al verificar los estándares se encontró cumplimiento total de las categorías: Recurso humano, Infraestructura, Dotación y mantenimiento, Historias Clínicas, Referencia y contrarreferencia y cumplimiento parcial en Medicamentos y dispositivos médicos, procesos prioritarios asistenciales y Seguimiento a riesgos.

El nivel de conocimiento encontrado en los profesionales fue bueno.

Este trabajo constituye un aporte para los profesionales e IPS, dado que motiva el desarrollo e implementación de programas de mejoramiento continuo de los servicios, en la búsqueda de la satisfacción del usuario.

INTRODUCCIÓN

La garantía de la calidad en salud es una de las preocupaciones de quienes tienen la responsabilidad de la prestación de servicios de salud a la población y una necesidad de quienes requieren los servicios. Con los avances en la legislación que regula la prestación de dichos servicios se ha evidenciado la imperiosa necesidad de planear y ejecutar programas de garantía de la calidad y de evaluarla periódicamente con el fin de mejorar continuamente.

El consultorio Odontológico CLINSALUD del Municipio de Piendamó - Cauca, es una institución que desde hace doce años ofrece sus servicios con gran aceptación y reconocimiento de la población de este municipio y zonas vecinas. Desde su inicio en el año de 1996, el grupo de trabajadores del servicio ha estado conformado por personal debidamente calificado, quienes se han preocupado por brindar a los usuarios un servicio amable, eficiente, oportuno, cumpliendo con las normas vigentes y contando para esto con los equipos, instrumental y materiales que permitan garantizar una atención adecuada.

A continuación se presenta un trabajo de investigación que tiene como objetivo evaluar la calidad del servicio odontológico prestado en Clinsalud en el período comprendido de Octubre a Diciembre de 2008 donde se tuvieron en cuenta las variables: perfil sociodemográfico, verificación de los estándares de habilitación basados en el anexo técnico # 1 de la Resolución 1043 y el grado de conocimiento de los profesionales.

1. JUSTIFICACIÓN

La idea de la creación del centro odontológico Clinsalud, en Piendamó, nace por la necesidad de la comunidad de tener acceso a los servicios profesionales de odontología general, de manera oportuna, ya que en 1996 año en que inició, los habitantes contaban únicamente con los servicios profesionales en odontología que brindaba el hospital local y gran parte de la población que no se sentía a gusto con el servicio, o no conseguía ser atendido, se veía obligada a acudir a los llamados “Dentistas prácticos”, recibiendo entonces, una atención altamente riesgosa para su salud.

Teniendo en cuenta los actuales cambios en la legislación con relación a la salud y conociendo que toda atención en salud debe brindarse buscando la satisfacción del usuario mediante la cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y la implementación de un plan de mejoramiento continuo de la calidad, este trabajo busca evaluar el grado de satisfacción de los usuarios del consultorio odontológico Clinsalud del Municipio de Piendamó Cauca, para desarrollar y ejecutar acciones encaminadas a lograr servicios odontológicos con calidad.

2. PROBLEMA

¿Existe un sistema de control de calidad en el consultorio odontológico Clinsalud del Municipio de Piendamó Cauca?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad del servicio odontológico prestado en Clinsalud en el período comprendido de Octubre a Diciembre de 2008 en el Municipio de Piendamó Cauca.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Conocer el perfil socio demográfico de los usuarios que asisten a la consulta odontológica en Clinsalud.
- 3.2.2 Verificar los Estándares de Habilitación del consultorio odontológico Clinsalud.
- 3.2.3 Establecer el grado de conocimiento de la calidad de los trabajadores de Clinsalud.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 RESEÑA HISTÓRICA DE CLINSALUD

El Centro Odontológico CLINSALUD del Municipio de Piendamó - Cauca, es una empresa que brinda los servicios de odontología general a los habitantes del Municipio de Piendamó y de otras áreas rurales y municipios aledaños, desde hace aproximadamente doce años, con gran aceptación y reconocimiento dentro de la comunidad.

El Municipio de Piendamó se encuentra ubicado en la sub región centro norte del departamento del Cauca, dentro del área de la meseta de Popayán, limita al norte con Caldon y Morales, al sur con Cajibío, al oriente con Silvia, al occidente con Morales y Cajibío. Tiene una extensión de 18.866 hectáreas aproximadamente y es considerado un puerto terrestre donde confluye la población de varios municipios.

Desde sus inicios en el año 1996, el grupo de trabajadores del servicio ha estado conformado por personal debidamente calificado: dos odontólogos y una auxiliar de consultorio odontológico, quienes se han preocupado siempre por brindar un servicio amable, eficiente y oportuno a los usuarios, contando para esto con los equipos, instrumental y materiales que permitan garantizar una atención adecuada.

Actualmente el Municipio de Piendamó cuenta con una población de 38.700 habitantes, en cuanto a la consulta odontológica cuenta con el hospital y otros consultorios que brindan su servicio de manera independiente.

4.2 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

El doctor Arredondo Pérez en el libro Auditoría en salud para una gestión eficiente, se refiere a la calidad de la atención en salud como una preocupación permanente tanto de los entes administrativos, como de quienes tienen la responsabilidad de prestar los servicios de salud y una necesidad imperiosa de los usuarios y realiza un pequeño recorrido teórico sobre el desarrollo de la calidad en la atención en los servicios de salud.

Desde 1912 en los Estados Unidos la asociación de cirujanos (American College of Surgeons) desarrollo cinco reglas que dieron inicio al programa de estandarización de los hospitales para una atención con calidad, estas se resumían en:

- Cualificación del personal
- Calidad de la documentación clínica
- Tratamiento que recibía el enfermo

El alcance que tuvo este programa hizo que en 1951 el American College of Surgeons se fusionara con el American College of Physicians, la American

Hospital Association, la American Medical Association y la Canadá Medical Association creando Joint Comission on Accreditation of Hospital (JCAH). Años más tarde la Canadá Medical Association se separa para crear junto con otras asociaciones canadienses el Canadá Council on Hospital Accreditation difundiendo la acreditación en los hospitales de Canadá.

En 1966 Avedis Donavedian formula la estrategia de la evaluación de la calidad asistencial, basada en el análisis de la estructura, el proceso y los resultados.

En 1974 en Australia se crea la asociación Gubernamental Australian Council on Hospital Standars para la acreditación de sus hospitales.

En 1979 se crea en Holanda la CBO, para la asesoría de los hospitales en temas de calidad y educación.

En 1980 la OMS determina la creación de comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el ámbito de los sistemas de atención sanitaria.

En Colombia la ley 100 de Seguridad Social de 1993, ordena en su título II, desarrollar los Sistemas de Calidad en todos los establecimientos de salud definidos en el decreto 2174 de 1996 como “el conjunto de funciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables para garantizar a los usuarios de los

servicios el mayor beneficio a un costo razonable y con el menor riesgo posible...”¹

Posteriormente, el Ministerio de salud a través de decreto 2309 de octubre del 2002, define el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, este decreto fue derogado por el decreto 1011 de abril del 2006, mediante el cual se establece el mencionado sistema.

Para hablar de evaluación de la calidad de la atención en salud, es importante conocer acerca de varios conceptos que se manejan a lo largo del proceso de evaluación, como son: calidad, atención en salud y calidad de la atención en salud.

Acerca de calidad se encuentran múltiples conceptos y definiciones:

El diccionario de la real academia española de la lengua define el concepto de calidad como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”, definición que hace pensar que la calidad no es una cualidad absoluta que se posee o no, sino un atributo relativo que se tiene en mayor o menor cantidad.

¹ MALAGON, Gustavo, GALAN, Ricardo, PONTON, Gabriel. Auditoría en salud para una gestión eficiente, p. 379 y 380. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, 1998.

Kaoru Ishikawa afirma que “la verdadera Calidad es la que cumple con los requisitos de los consumidores”.

Edward Deming sostiene que “Calidad es superar las necesidades y expectativas del consumidor a lo largo de la vida del producto”.

Según E. Bolio “Calidad se puede entender como el conjunto de cualidades de una persona o cosa que la acercan a la excelencia o superioridad”.

Joseph Juran afirma que “Calidad es la adecuación al uso”.²

William Rodríguez Uribe define calidad como: “una serie de características que la entidad debe garantizar en la prestación de servicios en salud” por lo tanto está relacionado con el nivel de desarrollo y operatividad que garanticen al usuario los mayores beneficios con el menor riesgo posible según los recursos disponibles de acuerdo a su nivel de complejidad y con valores éticos y sociales. La calidad posee tres elementos nucleares: beneficios, costos, riesgos³.

Galán Morera, en su libro sostiene que “la calidad en salud globaliza la gran complejidad que caracteriza a los Servicios de Salud, incluyendo diferentes

² TARAZONA, Henry. Conferencia sobre MECI. Universidad EAN, Popayán, Junio 2008.

³ MALAGON, Gustavo, GALAN, Ricardo, PONTON, Gabriel. Auditoría en salud, segunda edición. Editorial Panamericana. Bogotá, 2004.

variables endógenas y exógenas”; hace referencia además al concepto de calidad hecho por la doctora Palmer de la Universidad de Harvard como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, ofrecidos con un nivel profesional óptimo y teniendo en cuenta los recursos disponibles, que logran la satisfacción del usuario”, e igualmente al planteamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la salud (OPS) acerca que “la Calidad en Salud, conlleva un compromiso interinstitucional que relaciona tres entes: el estado, los proveedores y los usuarios de los servicios”⁴.

El sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud del sistema de seguridad social de nuestro país define la atención en salud como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”. De la misma manera define la calidad de la atención como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”⁵.

Los últimos avances científicos y en materia de legislación que regula la prestación de los servicios de salud en los diferentes países, ha puesto en evidencia la gran necesidad de planear y ejecutar programas de garantía de

⁴ MALAGON, Gustavo, GALAN, Ricardo, PONTON, Gabriel. Garantía de calidad en salud, p. 62. Editorial Panamericana. Bogotá, 2006.

⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011, título I, artículo 2°. Abril 2006.

calidad y evaluarlos periódicamente, con el fin de realizar los ajustes requeridos para brindar a la población una atención con calidad.

En Colombia, el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, es definido en el decreto 1011 del 2006 como: “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”⁶.

Este sistema desarrollará acciones orientadas a mejorar la atención en salud, teniendo como premisa el usuario, que irán más allá de la comprobación de la existencia de la estructura o de la documentación de los procesos, los cuales constituyen solo un prerrequisito para alcanzar los resultados mencionados.

Con el objeto de realizar la evaluación y mejorar la calidad de la atención en salud, el SOGCS debe cumplir las siguientes características:

1. Accesibilidad: es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Oportunidad: es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011, título I, artículo 2°. Abril 2006.

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

4. Pertinencia: es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad: es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico⁷.

Respecto al tema de la evaluación de la calidad de la atención, el doctor Galán Morera define otros atributos importantes, que caracterizan una buena atención de la salud:

- Oportunidad: es la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características de cada caso.
- Continuidad: es la aplicación en secuencia lógica, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención.
- Suficiencia e Integralidad: provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación asistencia y rehabilitación.
- Racionalidad Lógico-Científica: utilización del saber medico y la tecnología disponible para entender los problemas de salud.

⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011, título II, artículo 3°. Abril 2006.

- Satisfacción del Usuario y del Proveedor: complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores del servicio y los resultados de la atención. Asimismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en que se desempeñan.
- Efectividad: es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.
- Eficiencia: capacidad de reducir al máximo los costos de la atención, sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud.
- Optimización: balance entre costos y beneficios de la atención en salud.
- Aceptabilidad: es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares.
- Legitimidad: es la conformidad con los principios éticos, valores, normas regulaciones y leyes que rigen la comunidad.
- Equidad: es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población⁸.

Teniendo en cuenta estas características y el concepto de calidad de la atención en salud, podemos entender que el objetivo de nuestra atención es el usuario del servicio y que hacia la consecución de su satisfacción deben estar encaminados todos nuestros esfuerzos, así mismo lo analiza el Ministerio de la protección social y afirma que el concepto de Calidad de la atención en salud en el SOGCS,

⁸ MALAGON, Gustavo, GALAN, Ricardo, PONTON, Gabriel. Auditoría en salud para una gestión eficiente, p. 78 y 79. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, 1998.

incorpora como elemento transversal: “la perspectiva de una atención en salud centrada en el usuario, como la racionalidad que debe orientar el desarrollo de todas las acciones enmarcadas en el concepto de Garantía de calidad. De acuerdo con la definición, se considera que la adhesión y satisfacción del usuario son los resultados esperados de la atención en salud”⁹.

Es un hecho que actualmente toda institución prestadora de servicios de salud debe pensar en implementar un programa de auditoría que le permita revisar su funcionamiento y desarrollar estrategias o planes de mejoramiento continuo.

El Ministerio de la Protección Social define el mejoramiento continuo de la calidad, como: “un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección”.

Este debe ser visto como un proceso de autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

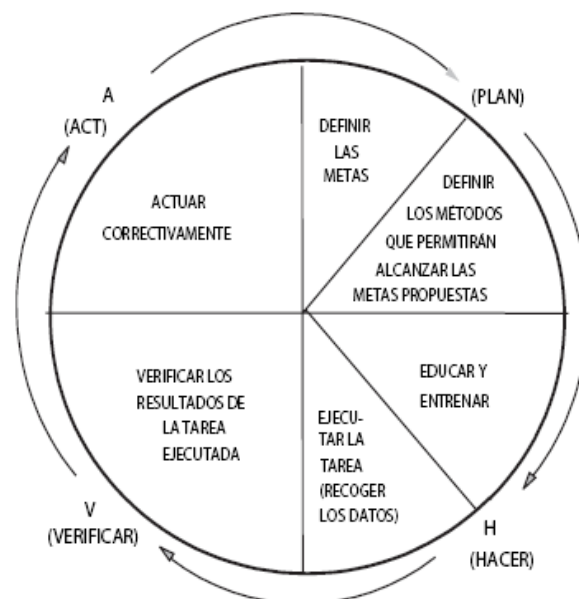
Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas en la organización.

El Mejoramiento Continuo de la Calidad procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos: hace esfuerzos para trabajar en las personas, en

⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, p. 19. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, D. C., 2007.

su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso.

Un modelo de mejoramiento continuo es el ciclo de mejoramiento o PHVA, que podemos ver representado en la gráfica 1.



Gráfica 1

El ciclo es continuo en el tiempo; a continuación se explica cada uno de los cuadrantes:

- Planear (P): Esta fase se compone de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.
- Hacer (H): Es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas o “cómos” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.
- Verificar (V): Es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido o de la aplicación de los métodos de evaluación de la calidad, se valida la ejecución de la etapa anterior conforme a los hechos y datos recogidos.
- Actuar (A): En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso de que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

Las acciones de auditoría se desarrollan identificando las oportunidades de mejora, priorizando, haciendo análisis causal, implantando las acciones de mejora y reevaluando, lo cual quiere decir que las acciones de auditoría deben responder a un plan de mejora en el cual la fase de verificar se transforma en actuar en un continuo que repite cuantas veces sea necesario el ciclo de mejora hasta

garantizar al usuario la prestación de servicios con calidad. Esta es su relación con el ciclo PHVA¹⁰.

El artículo 4 del decreto 1011 del 2006, define cuatro componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad:

- El Sistema Único de Habilitación.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad¹¹.

El Ministerio de la Protección Social define el Sistema Único de Habilitación como: “el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB”.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica

Son los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social para los Prestadores de Servicios de Salud. “Los profesionales

¹⁰ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, p. 20 - 22. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, D. C., 2007.

¹¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011, título II, artículo 4°. Abril del 2006.

independientes que prestan servicios de salud, solo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica”¹².

Dichos estándares de habilitación se consideran suficientes y necesarios para disminuir los principales riesgos que amenazan la vida o salud de los usuarios.

Los estándares básicos de estructura y procesos se agrupan en nueve categorías:

- Recurso humano

El procedimiento de selección del recurso humano asistencial incluye la verificación de los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación. Cada prestador debe definir y documentar el número de profesionales que requiere cada servicio de acuerdo a la demanda y capacidad instalada. El personal auxiliar debe estar ajustado al decreto 3616 de 2005.

Los cursos de protección radiológica deben ser avalados por la Secretaria de Salud, los consultorios odontológicos con servicio de Rx periapical, deben contar con dosimetría personal. Todo personal expuesto a radiación debe tener carnet de radioprotección expedido por la autoridad competente.

El procedimiento de identificación del personal que ingresa a la institución, incluye: la clasificación en personal autorizado para el ejercicio de la profesión u oficio, personal en entrenamiento y visitantes, también el

¹² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011, título III, artículos 6° y 7°. Abril del 2006.

seguimiento a los servicios de vigilancia para que cumplan con el procedimiento de identificación.

- Infraestructura, instalaciones físicas y mantenimiento, incluye:

Condiciones especiales de pisos y paredes para determinados servicios. Los pisos, paredes, muros y cielos rasos en los servicios citados en los criterios, debe estar bien conservados y deben ser de fácil limpieza y asepsia para evitar infecciones intrahospitalarias.

No se permiten construcciones en terrenos con riesgo inminente de inundación, deslizamiento, avalancha, erupción volcánica u otros similares, y que no se encuentra próxima a zonas de alto riesgo biológico, industrial o de otra índole, que generen riesgos incorregibles de contaminación para sus instalaciones.

Debe existir un Manual de Bioseguridad que incluya lo relacionado con el manejo de residuos al igual que tanques de almacenamiento de agua para abastecimiento de 24 horas para servicios hospitalarios y de urgencias, mecanismos de limpieza y su registro.

- Dotación y mantenimiento

Se debe contar con inventario de la totalidad de equipos, hoja de vida de todos los equipos, con recomendaciones del fabricante y/o las definidas por la misma institución sobre mantenimiento y condiciones ambientales, así como un programa de mantenimiento y control de calidad interno y externo

de que se han realizado las actividades de mantenimiento correctivo y preventivo recomendadas.

- Dispositivos médicos para uso humano y su gestión

Definir procesos para la adquisición, almacenamiento, transporte y entrega de los principales medicamentos y dispositivos médicos para uso humano que utilice, directamente relacionados con riesgos. El proceso de adquisición debe incluir verificación del registro INVIMA.

Identificar las condiciones de conservación generales y particulares de medicamentos, reactivos y dispositivos médicos que deben cumplirse incluyendo el control de fechas de vencimiento, así como también las condiciones especiales de transporte (ejemplo redes de frío) y si se tienen definidas las actividades para garantizar el cumplimiento de esas condiciones. Las áreas de almacenamiento deben contar con condiciones de conservación general y particular de medicamentos, reactivos y dispositivos médicos. Deben existir instrumentos de medición de la temperatura y registros para su seguimiento y control.

Definir normas institucionales que garanticen que no se reutilicen dispositivos médicos que el INVIMA o el fabricante así definan.

- Procesos prioritarios asistenciales

Deben existir mecanismos de divulgación, capacitación, evaluación y retroalimentación basados en la evidencia, de las guías clínicas o protocolos de manejo. Para IPS procesos prioritarios de las diez primeras

causas y para profesionales independientes de las cinco primeras causas de morbilidad.

Identifique y documente riesgos asociados a radiaciones, en síntesis todo documentado, divulgado, registrado, actualizado y coherente con la realidad.

- Historia Clínica y Registro asistencial

Haga seguimiento a su implementación, correcto diligenciamiento, conservación sistemática y confidencial, elabore el procedimiento para la apertura y el archivo de las historias clínicas.

Todo paciente atendido debe tener Historia Clínica. La Historia Clínica y los registros asistenciales deben servirle para identificar posibles riesgos

- Referencia de pacientes

Definir y aplicar el proceso de remisión de pacientes, todos los procesos deben estar divulgados y de ello debe haber registro.

- Interdependencia de servicios

Es la posibilidad de tener o contratar un servicio, que puede funcionar o no por fuera de la IPS.

- Seguimiento a riesgos

Deben existir y ser funcionales los comités técnico científicos, o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios o de control interno definidos por el prestador para realizar los procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos. De cada comité deben generarse evaluaciones realizadas por el prestador: diseño e implementación de indicadores y de planes de mejoramiento¹³.

Condiciones de capacidad técnico administrativa

El Ministerio de Protección Social define para las Instituciones prestadoras de servicios de salud, las siguientes condiciones de capacidad técnico administrativa:

- El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
- El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera

¹³ MEDINA, Eduardo. Conferencia Decreto 1011/2006. Universidad EAN. Popayán. Marzo 2008.

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

El Ministerio de la Protección Social establecerá los requisitos y los procedimientos para que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud puedan valorar la suficiencia patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Los estados financieros deben estar dictaminados por el revisor fiscal o el representante legal y el contador público¹⁴.

4.3 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

El estado de salud de una región está condicionado por diferentes factores como son la edad, la raza, el nivel socio-económico el estilo de vida, el desarrollo de los servicios públicos que recibe y los hábitos culturales entre otros. De la misma forma sostienen que factores como: “la desinformación, falta de motivación, e insuficiente cobertura de los programas de promoción y prevención y los malos hábitos orales conlleva a que se presenten en un porcentaje elevado patologías orales que en la actualidad deberían ser de poca prevalencia.

A través de la historia patologías como la caries y la enfermedad periodontal representan los problemas bucales más frecuentes y las naciones del mundo invierten recursos en el tratamiento de sus secuelas, en investigación de sus factores asociados y actividades de control.

¹⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011, título III, artículo 8º y 9º. Abril del 2006.

En los últimos años se ha observado una tendencia descendente en la prevalencia de caries de acuerdo a los dos últimos estudios nacionales de morbilidad oral.

En el año 1977 Moncada mostró un índice de prevalencia de caries de 91%, conformados así: 5.0 en niños de 12 años, de 14.0 en edades de 20 a 34, de 15.0 para los 35 a 45 años y 19.6 de 55 años y más.

En el año de 1998 Franco encontró una prevalencia de caries del 65%, en este estudio el índice COP se redujo para niños de 12 años a 2.0, en adultos de 20-34 a 10.0 y se presentó un ligero incremento en el grupo de 35-45 y 55 y más con un 17.1 y 20.7 respectivamente. Estos resultados indicaron una notable mejoría en algunas edades y en otras se mantuvo constante, lo cual demuestra que se deben reforzar las actividades de promoción y prevención para esta patología en los grupos de edades mayores. En el aspecto periodontal los resultados indicaron disminución en la pérdida de inserción y en el número de dientes afectados.

La importancia de evaluar el conocimiento y las prácticas en salud oral de la población tiene que ver con la multiculturalidad que se presenta en nuestro país en los diferentes municipios, lo que lleva a sus habitantes a visualizar el proceso salud-enfermedad de diversas maneras, saliéndose del contexto institucional homogéneo que se establece en todas las empresas prestadoras de servicios de salud oral. Estos resultados sirven de base para interpretar los hallazgos obtenidos sobre las condiciones de salud oral de un municipio y planear estrategias efectivas que logren erradicar las diferentes patologías a través de un cambio de conducta de la población.

En el estudio de los doctores González, Abdala y Montoya realizado en una comunidad de Bocachica-Cartagena de Indias, en el año 2001, se obtuvieron los siguientes resultados: una alta prevalencia de caries en la población, con un aumento gradual del COP por edades, con mayores promedios en hombres que

en mujeres, porcentajes elevados de placa bacteriana con relación al último estudio nacional de salud bucal, alta prevalencia de enfermedad periodontal. El resultado de las encuestas determinó poco conocimiento de la población sobre temas referentes a salud oral debido a la falta de coherencia entre las respuestas y el estado de higiene oral. Se concluyó que en el corregimiento de Bocachica no existen programas de salud oral que se encarguen de la educación y motivación de los habitantes, esto es corroborado por los altos índices de morbilidad oral, algunos de estos superiores a los promedios nacionales y el desconocimiento del proceso salud-enfermedad en la mayoría de los individuos evaluados¹⁵.

Otro estudio realizado en el año 2005, en la universidad Autónoma de Manizales, por la doctora Patricia López Soto, en una muestra de 130 pacientes dentados, concluye que teniendo en cuenta el género, en promedio por cada diente cariado que registró el género femenino, el masculino registró tres. La pérdida de dientes aumentaba al aumentar el rango de edad.

Los adultos mayores con ingresos iguales o menores a un salario mínimo legal vigente (SMLV) registraron un promedio de 3 dientes obturados frente a 7 en los participantes que tenían ingresos superiores a tres SMLV. El promedio de dientes perdidos para las personas con los ingresos más bajos fue mayor comparado con el promedio de dientes perdidos en los participantes de ingresos económicos más altos. Los datos registrados en la variable nivel educativo, indicaron que a medida que aumentaba el nivel de educación aumentaba el promedio de dientes obturados y disminuía el promedio de dientes perdidos.

¹⁵ GONZALEZ F, ABDALA A, MONTOYA G. Evaluación de las condiciones de salud oral y los programas de promoción y prevención instaurados en el corregimiento de Bocachica. Revista Científica Facultad de Odontología Universidad el Bosque. Volumen 9 #2. 2001

Aproximadamente por cada diente perdido en las personas de nivel educativo superior, había dos dientes ausentes en las personas sin ningún nivel de educación.

La prevalencia de caries (lesiones no tratadas en el momento del examen) fue mayor en los hombres que en las mujeres, lo que coincide con el último estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III).

La edad ha sido considerada un factor de riesgo para la pérdida de dientes. La edad significó en este estudio una tendencia a presentar mayor número de dientes ausentes¹⁶.

Al analizar los datos del Tercer Estudio Nacional de Morbilidad Oral, desde la óptica del acceso a servicios de salud bucodental en las cuatro ciudades más importantes (Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla), los resultados encontrados aportan datos interesantes acerca de variables sociodemográficas y su relación con la morbilidad oral.

Los resultados del último estudio Nacional de Morbilidad Oral permiten pensar que es mayor el acceso a servicios de salud en las ciudades de Medellín y Cali para casi todos los grupos de edad en 1998.

La diferencia de acceso en los diferentes regímenes es muy marcada y refleja que en el régimen contributivo y los regímenes especiales hay un mayor número de dientes obturados por cada 100 cariadados, que alcanzan más del doble al régimen subsidiado; se presenta de manera similar el acceso para el régimen subsidiado y los no afiliados a la seguridad social. La escolaridad es realmente, la variable que

¹⁶ LOPEZ S, Olga. CARDONA, Dora. PARRA, Hernán. Morbilidad oral y factores de riesgo en adultos mayores. Revista Digital de Salud. Universidad Autónoma de Manizales. 2005

mas influencia tiene para la búsqueda de la atención en salud oral, ya que duplica el número de dientes obturados entre quienes tienen secundaria completa y educación superior, frente a quienes solo tienen primaria completa y secundaria incompleta. Es casi nulo el número de dientes obturados en la población sin escolaridad y la diferencia entre hombres y mujeres no es muy marcada¹⁷.

4.4 GRADO DE CONOCIMIENTO DE CALIDAD EN LOS TRABAJADORES

La calidad de la atención odontológica y en otros servicios de salud se ha convertido actualmente en una necesidad para todo profesional de la salud, ya sea de práctica privada o pública.

El concepto de nivel profesional óptimo se entiende como la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado. Este concepto incluye también la eficacia, efectividad y pertinencia de las intervenciones en salud de acuerdo con guías de atención basadas en la mejor evidencia científica disponible. Es importante además tener los recursos necesarios, ya que no se justifica que el costo de mejorar la calidad resulte superior al costo de la mala calidad¹⁸.

¹⁷ TERNERA PULIDO, Jairo. Hacia un modelo de gestión de servicios de salud oral dentro del sistema de aseguramiento. Periódico el Pulso Año 5, #60. Medellín. Sept. 2003.

¹⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, p. 19. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, D. C., 2007.

Los prestadores de servicios deberán definir, desarrollar y evaluar los niveles de autocontrol y auditoría interna y las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales que permitan a la organización identificar sus principales problemas de calidad (procesos prioritarios), conocer su desempeño actual (calidad observada) e implementar planes de mejoramiento que les permitan disminuir la brecha con respecto a las metas de cumplimiento establecidas (calidad esperada).

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

5.2 POBLACIÓN

Todos los usuarios que asistieron al consultorio odontológico Clinsalud.

5.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Para este estudio, el universo y la muestra fueron los usuarios que consultaron en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2008.

5.4 VARIABLES DEL ESTUDIO

- El Perfil Sociodemográfico
- Cumplimiento de los estándares de capacidad tecnológica y científica.
- Grado de conocimiento de los odontólogos, que laboran en Clinsalud, acerca de calidad de la atención en salud.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Usuarios que asistieron a Clinsalud en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2008.
- Que requerían atención odontológica de primer nivel de complejidad.
- Que pertenecen al régimen contributivo especial del magisterio.
- Pacientes particulares.

5.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El estudio de la variable Perfil Sociodemográfico, se realizó por medio de la recolección de los datos, información obtenida de los Registros individuales de prestación de servicios (RIPS), formatos autorizados por Cosmitet (Anexo 1). En esta variable se estudiaron las siguientes categorías:

- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Domicilio
- Tipo de usuario
- Morbilidad oral

Para la categoría edad se utilizaron los siguientes rangos: menores de 4 años, 5 – 14 años, 15 - 44 años, 45 – 60 años y mayores de 60 años, rangos obtenidos de los RIPS.

Para la categoría escolaridad, los datos se agruparon teniendo en cuenta el nivel alcanzado completamente, excepto para el nivel Jardín en el cual se incluyó también los usuarios que tenían este nivel incompleto. Los datos se agruparon de la siguiente forma: Jardín, Primaria, Secundaria y Otros para los tecnólogos y universitarios.

En este estudio se denominó urbano a todos los usuarios que vivan en el casco urbano de los Municipios: Piendamó, Silvia, Cajibío, Morales, Tunía y Pescador.

La variable Cumplimiento de los estándares técnico-científicos, se estudió verificando el cumplimiento de los requisitos de habilitación consignados por el Ministerio de la Protección Social en el Anexo técnico #1 de la resolución 1043 de abril del 2006. Solo se tuvieron en cuenta los que aplican para el área de Odontología. Los resultados del estudio se presentaron por medio de una tabla donde se especificaron los criterios y su grado de cumplimiento, para este trabajo se tuvo en cuenta las columnas de cumple, no cumple y no aplica y en ese orden se presentaron los resultados, también se consideró que cuando el criterio no aplica este dato no afecta el resultado cualitativo.

Para valorar la variable Grado de conocimiento de calidad en salud se diseñó un cuestionario estructurado (Anexo 2), para la validación de la información se realizó una prueba piloto, con el 10% de la muestra, lo cual equivale a 1, y se aplicó a una odontóloga de la Nueva EPS de la ciudad de Popayán - Cauca.

Además se solicitó el concepto sobre el cuestionario de un experto, que será una odontóloga de la IPS Odontoespecialistas.

Para la evaluación de la prestación del servicio se tendrá en cuenta la calificación sugerida por el Ministerio de la Protección Social en el proceso de acreditación, donde la calificación va de 1 a 5 teniendo como 1 cuando no cumple con ninguno de los criterios y 5 cuando los cumple absolutamente todos.

5.7 RESULTADOS

Se presentaron por medio de tablas, gráficos y cuadros, se aplicó la estadística de tendencia central como: la moda, mediana, rango y porcentaje. Todo se trabajó a través del programa Excel 2007.

5.8 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el análisis de resultados se tuvieron en cuenta otros estudios, en los cuales se describieron variables similares a las de este estudio y por medio de ellos se realizó el correspondiente análisis.

5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta para este trabajo fueron las siguientes:

- 5.9.1 Confiabilidad, los resultados se tendrán en cuenta solamente para la validez del trabajo.
- 5.9.2 El respeto, antes de recoger la información se solicitó en forma escrita la autorización para el acceso a los registros.(Anexo 3)
- 5.9.3 Beneficencia, los resultados de este trabajo podrán ser utilizados para la protección de usuarios en iguales condiciones poblacionales.

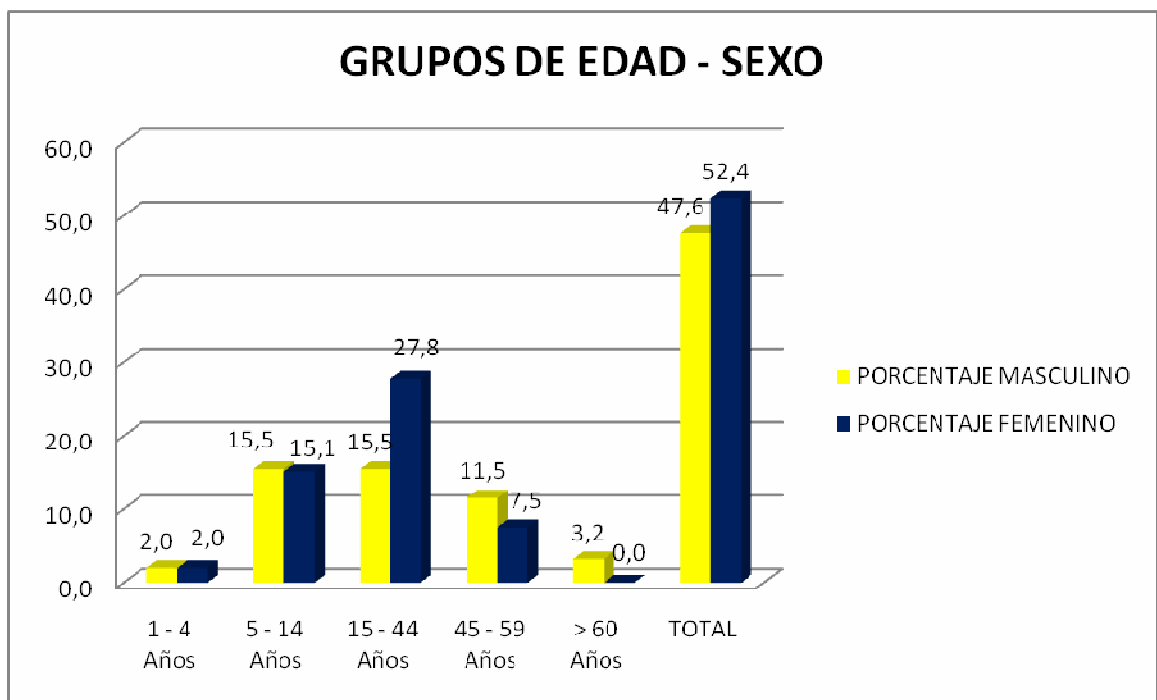
6. RESULTADOS

En el estudio evaluación de la calidad de la atención en el consultorio odontológico Clinsalud del Municipio de Piendamó durante el último trimestre del año 2008, se encontraron los siguientes resultados:

6.1 PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO

6.1.1 Edad y Sexo

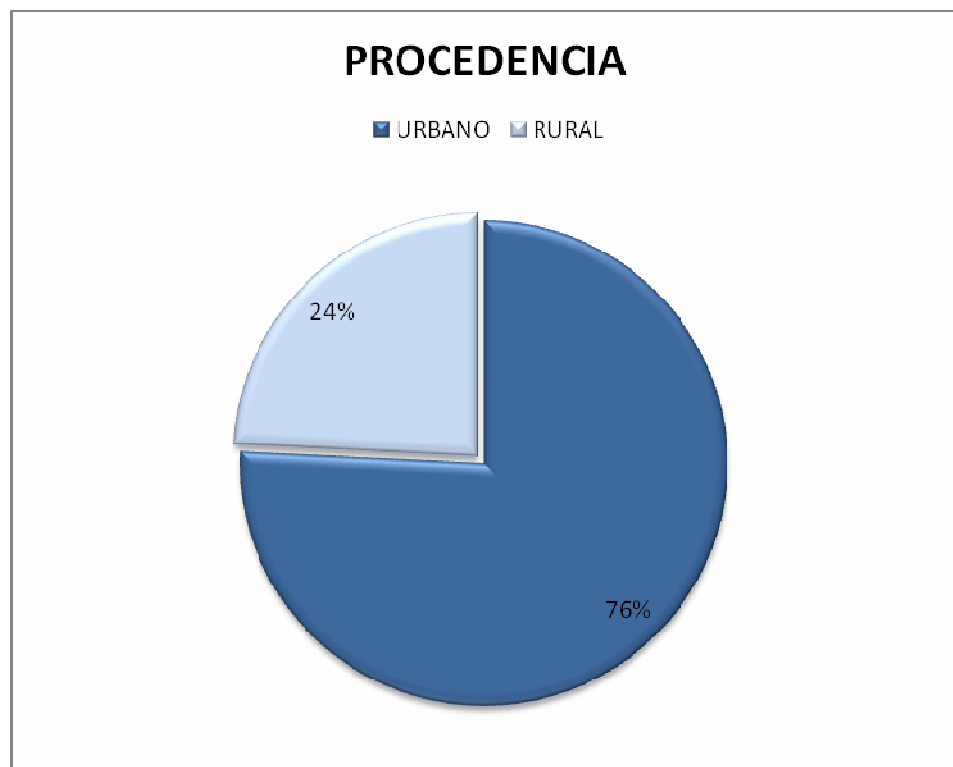
Gráfica 2. Distribución porcentual de la población demandante según edad y sexo. Clinsalud Octubre – Diciembre de 2008.



En la Gráfica 2, se observa que de una muestra de 252 usuarios, el 52.4% corresponde al sexo femenino y el 47.6% al sexo masculino, encontrándose el mayor porcentaje de usuarios en el rango de edad entre 15 a 44 años, seguido del rango entre 5 a 14 años.

6.1.2 Procedencia

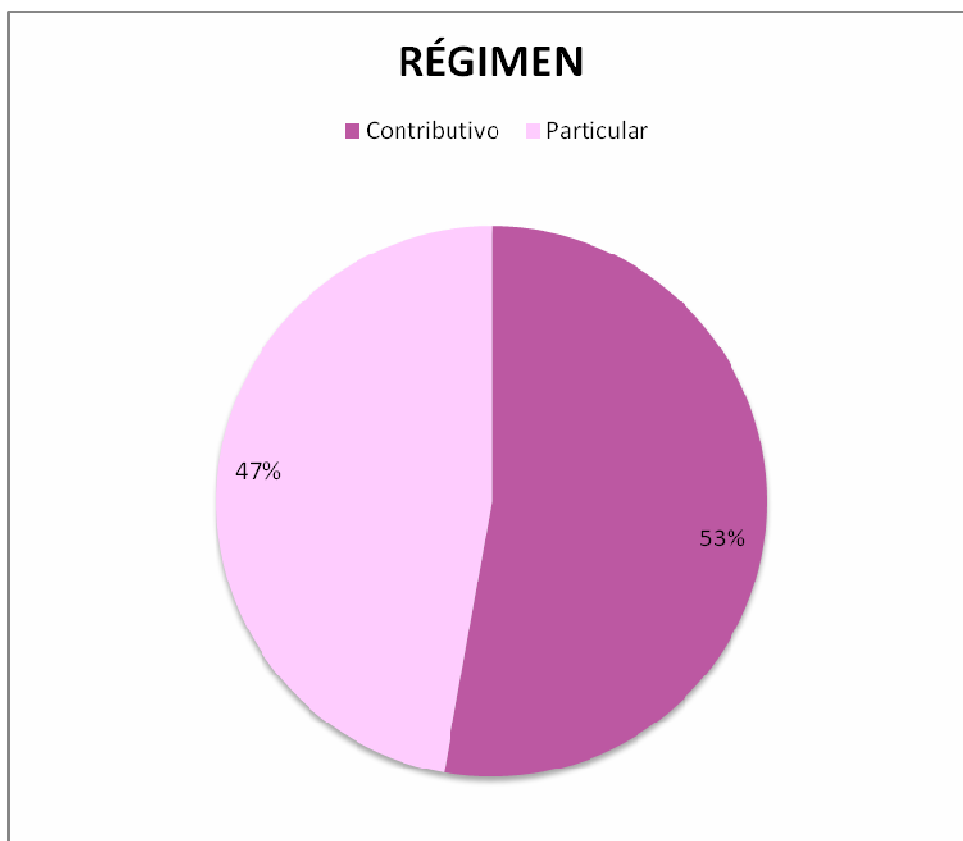
Gráfica 3. Distribución porcentual de la población demandante según procedencia urbana y rural. Clinsalud Octubre – Diciembre de 2008.



En la Gráfica 3, se observa que de una muestra de 252 usuarios, el 76% tiene procedencia urbana y el 24% rural.

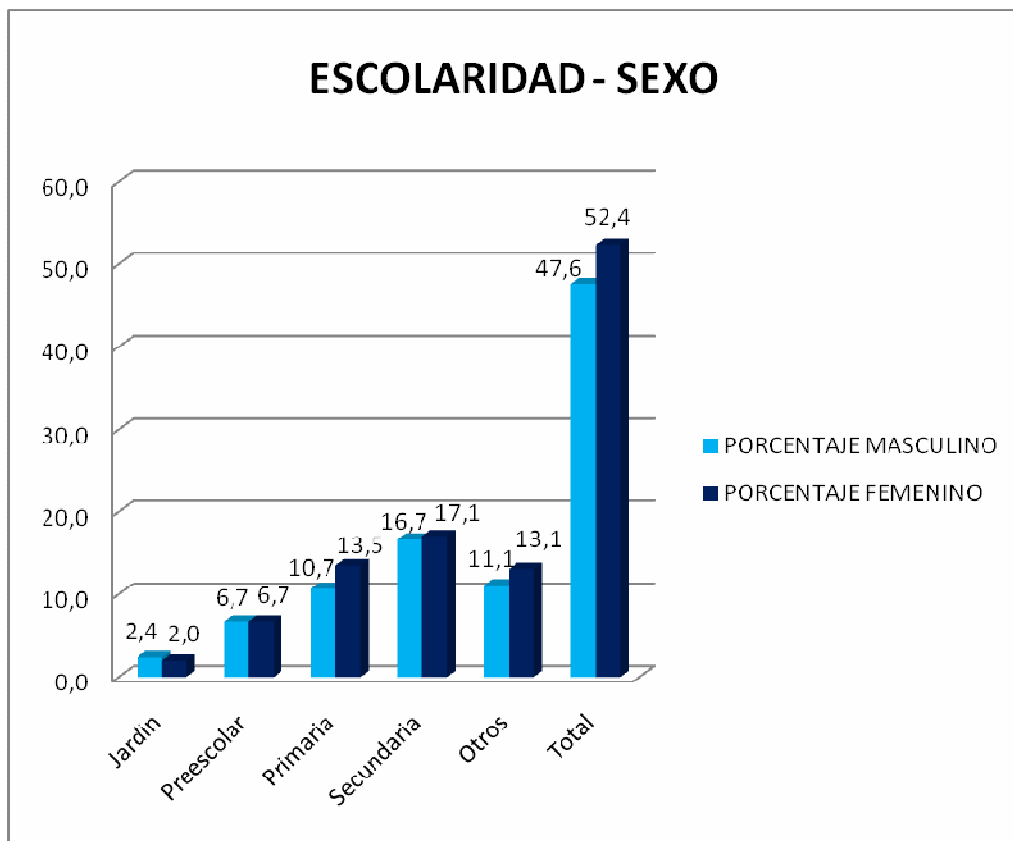
6.1.3 Tipo de usuario

Gráfica 4. Distribución porcentual de la población demandante según el tipo de usuario. Clinsalud Octubre – Diciembre de 2008



La Gráfica 4, muestra que del 100% de usuarios que corresponde a 252, el 47% son particulares y el 53% pertenece al régimen contributivo.

Gráfica 5. Distribución porcentual de la población demandante según escolaridad y sexo. Clinsalud Octubre – Diciembre de 2008



La Gráfica 5 refleja que la mayoría de los usuarios pertenecen a la categoría Secundaria con un total de 85 usuarios, que corresponde al 33.7% de la muestra y en segundo lugar se encuentran los usuarios de las categorías Primaria y Otros con porcentajes similares.

6.1.4 Motivo de consulta

Tabla 1. Distribución porcentual de la población demandante según motivo de consulta. Clinsalud Octubre – Diciembre de 2008.

| MORBILIDAD | PORCENTAJE MASCULINO | PORCENTAJE FEMENINO |
|------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Caries | 34,1 | 28,2 |
| Gingivitis | 4,4 | 6,3 |
| Enfermedad Periodontal | 4,8 | 2,8 |
| Resto Radicular | 0,0 | 3,6 |
| Abceso Periapical | 0,8 | 2,4 |
| Sano | 2,0 | 7,9 |
| Bruxismo | 0,4 | 0,8 |
| Fractura Coronal | 1,2 | 0,0 |
| Abrasión Cervical | 0,0 | 0,4 |
| TOTAL | 47,6 | 52,4 |

En la tabla No. 1 muestra que la patología con mayor incidencia dentro de los usuarios hombres y mujeres es la caries dental, afectando un total de 157 usuarios que corresponden a 62.3%. Es importante señalar que del total de pacientes sanos 25 usuarios y de ellos el 80% son mujeres.

Tabla 2. Distribución porcentual de la población demandante según morbilidad y escolaridad. Clinsalud Octubre – Diciembre de 2008.

| Morbilidad | Jardín | Preescolar | Primaria | Secundaria | Otros |
|---------------------------|---------------|-------------------|-----------------|-------------------|--------------|
| Caries | 3,2 | 7,9 | 11,5 | 25,4 | 15,5 |
| Gingivitis | 0,4 | 1,2 | 6,0 | 1,6 | 1,6 |
| Enfermedad Periodontal | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 3,2 | 4,4 |
| Resto Radicular | 0,0 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 1,2 |
| Abceso Periapical | 0,0 | 2,0 | 0,0 | 1,2 | 0,0 |
| Sano | 0,8 | 0,8 | 5,6 | 1,2 | 0,4 |
| Bruxismo | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| Fractura Coronal | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 0,0 | 0,4 |
| Abrasión Cervical | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,4 |
| Totales | 4,4 | 13,5 | 24,2 | 33,7 | 24,2 |

La tabla No. 2, refleja que la caries es la patología con mayor incidencia en todos los niveles de escolaridad; sin embargo se presenta en mayor proporción en estudiantes de secundaria con un 25,4%, que corresponde a 64 usuarios del total de la muestra. La enfermedad periodontal se presenta en mayor porcentaje en los niveles: Secundaria y Otros que corresponden a los usuarios de mayor edad.

Tabla 3. Distribución porcentual de la población demandante según morbilidad – edad. Clinsalud Octubre – Diciembre de 2008.

| Morbilidad | 1 - 4 Años | 5 - 14 Años | 15 - 44 Años | 45 - 59 Años | > 60 Años |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Caries | 1,6 | 16,3 | 29,8 | 12,3 | 2,4 |
| Gingivitis | 0,4 | 4,8 | 4,0 | 1,6 | 0,0 |
| Enfermedad Periodontal | 0,0 | 0,0 | 3,2 | 4,0 | 0,4 |
| Resto Radicular | 0,0 | 0,8 | 2,4 | 0,4 | 0,0 |
| Abceso Periapical | 0,0 | 2,0 | 1,2 | 0,0 | 0,0 |
| Sano | 2,0 | 6,0 | 2,0 | 0,0 | 0,0 |
| Bruxismo | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 0,8 | 0,0 |
| Fractura Coronal | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 0,0 | 0,4 |
| Abrasión Cervical | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,0 |
| Total | 4,0 | 30,6 | 43,3 | 19,0 | 3,2 |

La Tabla No. 3 muestra que en el rango de edad entre los 1 a 4 años se presenta la caries y gingivitis como las únicas causas de morbilidad con porcentajes de 1,6 y 0,4 del total de la muestra respectivamente.

En el grupo etáreo de 5 a 14 años se presentan de mayor a menor incidencia la caries (16,3%), sanos (6%), se incrementa la gingivitis (4,8%), con relación al grupo anterior, resto radicular y fractura coronal (0,8%) del total de la muestra.

En el rango de edades de 15 a 44 años se presenta el mayor número de patologías, con la siguiente distribución: caries 29,8%, gingivitis 4%, enfermedad periodontal 3,2%, resto radicular 2,4%, sanos 2%, absceso periapical 1,2% y 0,4% para el bruxismo y la abrasión cervical respectivamente.

El grupo de 45 a 59 años presento caries 12,3%, enfermedad periodontal 4%, gingivitis 1,6%, resto radicular 0,4% y bruxismo 0,8%.

Las causas de morbilidad para mayores de 60 años se obtuvieron los siguientes porcentajes: caries 2,4%, enfermedad periodontal y fractura coronal con 0,4% respectivamente del total de la muestra.

Tabla 4. Distribución porcentual de la población demandante según morbilidad – domicilio. Clinsalud Octubre – Diciembre de 2008.

| Morbilidad | Urbano | Rural |
|---------------------------|---------------|--------------|
| Caries | 48,4 | 13,9 |
| Gingivitis | 7,5 | 3,2 |
| Enfermedad Periodontal | 6,0 | 1,6 |
| Resto Radicular | 2,8 | 0,8 |
| Abceso Periapical | 1,6 | 1,6 |
| Sano | 6,7 | 3,2 |
| Bruxismo | 1,2 | 0,0 |
| Fractura Coronal | 1,2 | 0,0 |
| Abrasión Cervical | 0,4 | 0,0 |
| Total | 75,8 | 24,2 |

La Tabla No 4, permite observar que la incidencia de las patologías orales son similares tanto en la población rural como urbana, teniendo en cuenta que la población urbana representa el 76% del total de la muestra y la población rural el 24% restante.

6.2 ESTÁNDARES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA

Al realizar la verificación de los estándares descritos en el Anexo técnico 1 de la Resolución 1043 de abril del 2006, se encontraron los siguientes resultados:

6.2.1 Recurso humano

Tabla 5. Verificación de la categoría recurso humano Clinsalud.

| Recurso humano | Cumple | No cumple | No aplica |
|--|--------|-----------|-----------|
| Profesionales con título de una institución educativa reconocida por el Estado. | X | | |
| El proceso de selección del personal incluye la verificación del título. | X | | |
| Los profesionales cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, reconocidas por el Estado. | X | | |
| El número de profesionales y auxiliares serán de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención. | X | | |
| Supervisión de personal en entrenamiento. | | | X |
| Recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes deben tener carné de radioprotección | X | | |
| Las hojas de vida deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS. | X | | |

| | | | |
|--|----------|--|----------|
| Si toma radiografía odontológica especializada (panorámica y digital) deberá contar con entrenamiento certificado. | | | X |
| Higienista oral, bajo la supervisión del odontólogo | | | X |
| La toma de radiografías podrá realizarse por el odontólogo o auxiliar. La interpretación por el odontólogo | X | | |
| Unidad móvil y servicios extramurales. | | | X |
| La atención preventiva en salud bucal, será realizada por Odontólogo o higienista oral. | X | | |

La Tabla 5 señala que en la categoría Recurso Humano del estándar de capacidad tecnológica – científica, se cumple con todos los criterios exigidos para el servicio de odontología.

Se encuentran cuatro criterios que no aplican, dado que el consultorio no cuenta con higienista oral ni personal en entrenamiento, tampoco ofrece servicios extramurales ni de radiografías especializadas.

6.2.2 Infraestructura instalaciones físicas y mantenimiento

Tabla 6. Verificación de la categoría Infraestructura Clinsalud.

| Infraestructura instalaciones físicas y mantenimiento | Cumple | No cumple | No aplica |
|--|---------------|------------------|------------------|
| Garantiza el suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones, manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos. | X | | |
| Los pisos, techos y paredes impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje y resistentes a factores ambientales. | X | | |
| No estar localizada en sitios con riesgo continuo de desastres naturales, o áreas adyacentes con riesgos de salubridad. | X | | |
| Existen mecanismos de aseo, como pocetas y se garantiza el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. | X | | |
| Cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y se debe informar a la Secretaría de Salud la ubicación. | X | | |
| Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos de riesgo biológico con acceso restringido señalizado cubierto para su protección. | X | | |
| Esterilización exclusiva y de circulación restringida. | X | | |

| | | | |
|---|----------|--|--|
| Servicios que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes, paredes, pisos y áreas de cielos rasos expuestas al haz, disponen de barreras primarias. | X | | |
| Sala de espera con unidad sanitaria. | | | |
| Consultorio con espacio cerrado, ambientes separados para entrevista del paciente y la realización de procedimientos. | X | | |
| Lavamanos y pisos resistentes y lavables. | X | | |
| Las áreas en las que funcionen los equipos de rayos x deberán corresponder a las especificadas en la licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso odontológicos expedida por la dirección territorial. | X | | |

La tabla 6 nos muestra que en la categoría Infraestructura, el consultorio odontológico Clinsalud, cumple con el total de los criterios señalados en el Anexo 1 de la Resolución 1043 del 2006.

6.2.3 Dotación y mantenimiento

Tabla 7. Verificación de la categoría Dotación y mantenimiento Clinsalud.

| Dotación y mantenimiento | Cumple | No cumple | No aplica |
|---|--------------------------|------------------|------------------|
| Los equipos cuentan con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico. | X | | |
| Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, y consignarlo en la hoja de vida del equipo. El mantenimiento debe realizarse por profesional en el área o técnicos con entrenamiento certificado. | X X | | |
| Equipo de esterilización según el método establecido en el manual de esterilización de la institución. | X | | |
| Unidad Odontológica con: Sillón con cabecera anatómica, Escupidera, Lámpara odontológica de luz fría, Bandeja para instrumental, Eyector, Jeringa Triple, Módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano. Airtor, Micromotor, Contra-ángulo, Compresor de aire, Autoclave, instrumental básico (espejos bucales, Exploradores, Sondas periodontales, Pinzas algodonerías, Cucharillas, Jeringas Cárpulas). | X X | | |
| Instrumental para operatoria: aplicador de dycal, | X | | |

| | | | |
|--|----------|--|--|
| condensador, porta amalgama, bruñidor y/o cleoide discoide. | | | |
| Instrumental para endodoncia: explorador de conductos, espaciador, condensador, limas. | X | | |
| Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras, mango para bisturí. | X | | |
| Instrumental para periodoncia: curetas. | X | | |
| Se cuenta con recipientes para la disposición de los diferentes tipos de desechos que se generan que cumplen los requisitos exigidos en la normatividad vigente. | X | | |
| Los equipos emisores deberán contar con las licencias vigentes de funcionamiento de equipos de Rayos X odontológicos de uso periapical, expedidas por la dirección territorial | X | | |

La tabla 7 muestra que en la categoría Dotación y mantenimiento de las condiciones de Capacidad técnico – científica, el consultorio odontológico Clinsalud, cumple todos los criterios descritos.

6.2.4 Medicamentos y dispositivos médicos

Tabla 8. Verificación de la categoría Medicamentos y dispositivos médicos Clinsalud

| Medicamentos y dispositivos médicos | Cumple | No cumple | No aplica |
|---|---------------|------------------|------------------|
| Existe un listado de medicamentos que incluye principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial. | X | | |
| Los insumos asistenciales que utilice, se almacenan bajo condiciones apropiadas, se controla las fechas de vencimiento. | X | | |
| Se cuenta con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura. | | X | |
| Se tienen definidas normas y procedimientos, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. | X | | |

En la tabla 8 podemos observar que el servicio odontológico Clinsalud cumple con tres de los cuatro criterios de la categoría Medicamentos y dispositivos médicos.

Por otra parte, no cumple con uno de los criterios pues no posee el instrumento para medir y controlar la humedad y la temperatura.

6.2.5 Procesos prioritarios asistenciales

Tabla 9. Verificación de la categoría Procesos prioritarios asistenciales Clinsalud.

| PROCESOS PRIORITARIOS Y ASISTENCIALES | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA |
|--|---------------|------------------|------------------|
| Se tienen protocolos o guías clínicas de atención de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio (5 primeras causas de consulta), e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. | X | | |
| Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación. | X | | |
| Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo modifiquen. | X | | |
| Se tienen definidos procesos para la implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan | | X | |
| Los prestadores que no posean servicios de urgencias y que por sus condiciones de operación deban prestar el servicio de atención inicial de urgencias, no deberán habilitar este servicio. | X | | |

| | | | |
|---|--------------------------|----------|--|
| Si ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional | X | | |
| La institución cuenta con un manual de manejo de residuos de riesgo biológico. | X | | |
| Debe contar con un manual de bioseguridad, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social. | X | | |
| Proceso de esterilización regido por el manual de buenas prácticas de esterilización del Ministerio de la Protección Social, capítulo 3, numeral 1.6.4. Instrumentos dentales. | X | | |
| Debe contar con Guías sobre manejo de complicaciones anestésicas. | | X | |
| Cumplimiento del manual de radioprotección, que especifique los procedimientos para la toma de exámenes y para evitar el efecto nocivo de las radiaciones. Sistema de vigilancia epidemiológica y radiológica del personal expuesto. | X X | | |

La tabla 9 muestra que el consultorio odontológico Clinsalud, cumple diez de los doce criterios de la categoría mencionada. No cuenta con las guías de complicaciones anestésicas y no se ha implementado el Sistema de información.

6.2.6 Historia clínica y registros asistenciales

Tabla 10. Verificación de la categoría Historia clínica y registros asistenciales Clinsalud.

| Historia clínica y registros asistenciales | Cumple | No cumple | No aplica |
|--|---------------|------------------|------------------|
| Todo paciente atendido tiene historia clínica. | X | | |
| Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo. | X | | |
| El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo. Debe garantizarse la confidencialidad y registrar permanentemente en ella y en otros registros asistenciales. | X | | |
| Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos. | X | | |
| Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único. | X | | |
| En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras, los soportes documentales deben tener seguridad. | | | X |

| | | | |
|--|----------|--|--|
| Los registros asistenciales son diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. | X | | |
| Historias clínicas con consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado. | X | | |
| Registro de placas tomadas y pacientes atendidos | X | | |
| Registro de placas dañadas, y posibles causas. | X | | |
| Registro de dosis de radiación. | X | | |

En la tabla 10 se muestra que el consultorio odontológico Clinsalud cumple con el total de los criterios correspondientes a la categoría de Historias Clínicas y registros asistenciales.

No aplican dos criterios ya que las historias no se diligencian en medio magnético, si no físico y no se realiza registro de entrada y salida de historias porque no se trata de una IPS.

6.2.7 Referencia y contrarreferencia

Tabla 11. Verificación de la categoría Referencia y contrarreferencia Clinsalud.

| Referencia y contrarreferencia de pacientes | Cumple | No cumple | No aplica |
|--|---------------|------------------|------------------|
| Se tienen definidos los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes. | X | | |

La tabla 11 muestra que se cumple con el criterio establecido en la categoría Referencia y contrarreferencia de pacientes.

6.2.8 Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios

Tabla 12. Verificación de la categoría Seguimiento a riesgos Clinsalud.

| Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios | Cumple | No cumple | No aplica |
|---|---------------|------------------|------------------|
| Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. | | X | |
| Se realiza el seguimiento de las Infecciones y otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos (ej. Sangrados). | | X | |

| | | | |
|--|----------|--|--|
| Realización de actividades educativas y procedimientos para actuar sobre los factores de riesgo, que determinan la aparición de la enfermedad. | X | | |
|--|----------|--|--|

La tabla 12, muestra que en el consultorio odontológico Clinsalud con uno de los tres criterios de la categoría Seguimiento a riesgos.

No se lleva un control documentado independiente de los eventos adversos y su seguimiento, tampoco se ha implementado el uso de indicadores, procesos de evaluación y control al cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

6.3 GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES

La calificación dada en el test a los profesionales que laboran en Clinisalud, fue: buena ya que de 15 preguntas realizadas a cada uno de los odontólogos que laboran en el consultorio, 14 fueron correctas.

6.4 EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

A continuación los resultados de la evaluación de la calidad en la prestación de los servicios en el consultorio odontológico Clinsalud del Municipio de Piendamó – Cauca.

Tabla 13. Evaluación de la calidad Clinsalud.

| Escala de Calificación | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| Estándar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Recurso Humano | | | | | X |
| Infraestructura | | | | | X |
| Dotación y mantenimiento | | | | | X |
| Medicamentos y dispositivos médicos | | | | X | |
| Procesos prioritarios asistenciales | | | | X | |
| Historia clínica y registros asistenciales | | | | | X |
| Referencia y contrarreferencia | | | | | X |
| Seguimiento a riesgos | | | | X | |

La tabla13 muestra que la evaluación de la calidad en Clinsalud obtuvo una calificación de 4, o sea Buena.

7. DISCUSIÓN

En este estudio se observa teniendo en cuenta las características sociodemográficas, que la población demandante del servicio odontológico Clinsalud son en su mayoría mujeres, con un porcentaje de 52,4%, esto puede obedecer a que con frecuencia quien acompaña a los niños a la consulta es la madre y generalmente aprovecha para ser atendida, como también es conocido que en la población hay mayor predominio del sexo femenino y es este sexo más receptivo al cuidado personal y a la prevención de su salud.

Estos resultados son similares a los encontrados en los estudios previos como son el Estudio Nacional de Morbilidad Oral¹⁹, y el estudio Evaluación Integral a una IPS Privada como prestadora de servicios de odontología a una población asignada, en el año 2002²⁰.

En el aspecto procedencia se encuentra que el mayor porcentaje de usuarios pertenece al área urbana con un 76% respecto al 24% perteneciente al área rural, valores semejantes a los encontrados en el estudio Evaluación Integral a una IPS Privada como prestadora de servicios de odontología a una población asignada, en el año 2002, esto puede explicarse por la mayor facilidad en el acceso que tiene la población urbana.

¹⁹ MINISTERIO DE SALUD. Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III. 1998.

²⁰ CARO A, MARTÍNEZ A, MOSQUERA R, SÁNCHEZ S. Evaluación Integral a una IPS Privada como Prestadora de Servicios de Odontología a una Población Asignada. Popayán. 2002

En cuanto se refiere al tipo de usuario, los resultados muestran que existe una pequeña diferencia en los porcentajes de usuarios pertenecientes al régimen contributivo y particulares, con cifras de 53% y 47% respectivamente, estos datos son similares a los del Estudio Nacional de Morbilidad Oral que muestra porcentajes semejantes de consulta por parte de los pacientes de régimen contributivo y medicina prepagada.

Teniendo en cuenta la categorización escolaridad - sexo, los resultados muestran que la población que más consulta es la que pertenece al nivel Secundaria con un 33.7% seguido por los niveles Primaria y Otros con igual porcentaje de 24,2%, esto puede ocurrir por un mayor grado de independencia personal y autocuidado, resultados semejantes con los del Estudio Nacional de Morbilidad Oral.

Al observar los resultados de las causas de consulta con relación al sexo, se encuentra la caries como la principal causa de morbilidad oral en ambos sexos, siendo mayor el porcentaje en el sexo masculino, con un 34,1% frente al femenino con 28,2%, en segundo lugar las patologías periodontales sin diferencia significativa entre hombres y mujeres. Es de anotar que del porcentaje total de pacientes sanos 9,9% el 80% pertenecen al sexo femenino, condición explicable por la mayor asistencia a consulta que presenta este sexo y a los mayores cuidados realizados. Estos resultados se asemejan a los encontrados realizados por Moncada en el año 1977²¹ y Franco en el año 1998.

Al relacionar las causas de morbilidad y la escolaridad, se reafirma la caries como la patología con mayor incidencia en todos los niveles de escolaridad; sin embargo se presenta en mayor proporción en estudiantes de Secundaria con un 25,4%, que corresponde a 64 usuarios del total de la muestra, esto puede ocurrir porque es

²¹ MONCADA, H. Erazo, B. Morbilidad oral 1977 - 1980. ESTUDIO Nacional de Salud. Ministerio de Salud. INS. ASOFACME. Bogotá 1983.

este grupo el de mayor demanda. La enfermedad periodontal se presenta en mayor porcentaje en los niveles: Secundaria y Otros que corresponden a los usuarios de mayor edad.

Teniendo en cuenta el rango de edad y la morbilidad se encuentra que en el grupo de 1 a 4 años se presenta caries en 1,6% y 0,4% la gingivitis como causas de consulta esto puede explicarse por cambios en la dieta de los niños y aumento en el consumo de azúcares y los malos hábitos de higiene oral, que incrementan el riesgo de enfermedad.

En el grupo de los 5 a 14 años se presenta la caries, se incrementa el riesgo de presentar gingivitis con relación al grupo anterior. En este grupo se encuentra el mayor porcentaje de usuarios sanos de la muestra, esto puede obedecer a las actividades de promoción y prevención que se realizan a los escolares.

El grupo de los 15 a 44 años es el grupo etáreo que presenta mayor variedad de patologías, siendo la caries la enfermedad más representativa, además de un aumento de las enfermedades de tipo periodontal, esto puede ocurrir por la disminución del tiempo destinado al cuidado personal dadas las obligaciones de tipo laboral, por malos hábitos de higiene, consumo de cigarrillo entre otros.

Tanto en los grupos de 45 a 59 años y mayores de 60 años, observamos una disminución en el padecimiento de caries debido a la pérdida prematura de sus estructuras dentarias y cambio en las dietas; además de un incremento en las patologías periodontales a causa de enfermedades de tipo sistémico y dificultad en la higiene oral.

Todos estos resultados son similares a los arrojados por el estudio Nacional de Morbilidad Oral y otros como el estudio de la Doctora Patricia Soto en la Universidad Autónoma de Manizales²² y el trabajo realizado por estudiantes de la especialización en Administración Hospitalaria de la Universidad EAN -Universidad del Cauca en el 2002.

Para la variable estándares de capacidad técnico-científica, se encontró que en la categoría Recurso humano se cumple en el 100% del total de las categorías exigidas por el Ministerio de la Protección Social, a través de la Secretaria de Salud Departamental para habilitar los consultorios odontológicos; es preciso tener en cuenta que no aplican cuatro categorías dado que el consultorio no cuenta con higienista oral ni personal en entrenamiento, tampoco ofrece servicios extramurales ni de radiografías especializadas.

En cuanto a la categoría Infraestructura, instalaciones físicas y mantenimiento se cumple con el 100%, de igual forma para el estándar Dotación y mantenimiento.

En la categoría de Medicamentos y dispositivos médicos se cumple el 75% ya que el 25% de no cumplimiento hace referencia al uso del instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.

En los procesos prioritarios asistenciales se cumplen diez de los doce criterios de la categoría mencionada, que corresponde al 83.3%, ya que no cuenta con las guías de complicaciones anestésicas y no se ha implementado el Sistema de información.

²² SOTO, Olga Patricia. Morbilidad Oral y factores de riesgo en Adultos Mayores. Revista Digital de Salud. Universidad Autónoma de Manizales. 2005.

En los criterios correspondientes a la categoría de Historias Clínicas se da un cumplimiento del 100%, es preciso enunciar que no aplican dos criterios puesto que las historias clínicas no se diligencian en medio magnético, si no físico y no se realiza registro de entrada y salida de historias porque no se trata de una IPS.

En el criterio establecido en la categoría Referencia y contrarreferencia, se observó el cumplimiento del 100% de los requisitos.

En el Seguimiento a riesgos en la prestación de Servicios, no se cumplen el 66.6% ya que no se realizan los procesos de evaluación ni el seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad; además, no se realiza el seguimiento de las Infecciones y otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos. Sin embargo, se realizan las actividades educativas y procedimientos para actuar sobre los factores de riesgo, que determinan la aparición de la enfermedad.

Para la variable Grado de conocimiento de los profesionales, se encontró un buen nivel de conocimiento por parte de los odontólogos que laboran en Clinsalud, es esta una razón por la cual lograron la habilitación por parte de la Secretaría de Salud.

8. CONCLUSIONES

1. La población demandante del servicio odontológico Clinsalud está conformada en mayor porcentaje por mujeres.
2. Existe una diferencia marcada en relación a la procedencia de usuarios del consultorio odontológico, siendo mayor el porcentaje de población demandante urbana.
3. La población demandante de Clinsalud, no presenta diferencia marcada entre los usuarios particulares y los de régimen contributivo.
4. Respecto a la escolaridad, los usuarios con nivel Secundaria completa, representan el más alto porcentaje de la demanda.
5. La caries dental es la patología más frecuente en los usuarios de Clinsalud, sin diferencias en la edad, sexo, escolaridad, procedencia y afiliación a seguridad social.
6. El grupo etáreo de 15 a 44 años presenta la mayor variedad de patologías.
7. El consultorio odontológico Clinsalud cumple con los criterios de la categoría Recurso humano, contando con personal calificado y debidamente certificado para la prestación del servicio.
8. La infraestructura del consultorio está adecuada a las exigencias del Ministerio para la prestación de los servicios ofrecidos.

9. La institución cuenta con la dotación necesaria de instrumental para los procedimientos que realiza y efectúa los mantenimientos preventivos y correctivos a los equipos.
10. No se cuenta con el instrumento para medir y controlar humedad y temperatura, sin embargo se realiza control de las fechas de vencimiento y las condiciones de almacenamiento.
11. No hay manual de complicaciones anestésicas.
12. El consultorio cuenta con los protocolos o guías de atención, manual de bioseguridad, manejo de residuos de riesgo biológico, y demás criterios.
13. El manejo de las historia clínicas en Clinsalud cumple con los criterios establecidos para esta categoría, diligenciamiento, confidencialidad, archivo.
14. La institución realiza correctamente los procesos de referencia de pacientes.
15. El proceso de seguimiento a riesgos no se efectúa adecuadamente, pues no se diligencia una relación de los eventos adversos que se presentan.
16. No se ha implementado el sistema de información como componente articulador del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
17. El grado de conocimiento acerca de calidad de la atención, encontrado en los profesionales que laboran en la institución es bueno.

18. La evaluación de la calidad en Clinsalud obtuvo una calificación de cuatro (4) o sea buena.

9. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios comparativos con otras instituciones del municipio, buscando mejorar la calidad de la atención.
- Adquirir un termo-hidrómetro que permita medir y controlar humedad y temperatura.
- Implementar el uso de indicadores, como elemento indispensable en el proceso de retroalimentación de la institución.
- Definir los procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006.
- Elaborar las guías sobre manejo de complicaciones anestésicas.
- Adoptar los procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
- Elaborar y diligenciar el documento para registrar los eventos adversos, seguimiento de las complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos.
- Realizar campañas educativas tendientes a disminuir las consultas de tipo terapéutico, motivando la asistencia a actividades preventivas.

- Implementar y desarrollar un ciclo de mejoramiento continuo que permita, mediante la aplicación de estrategias mejorar las debilidades sin dejar decaer las fortalezas.

BIBLIOGRAFÍA

1. MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo; GALÁN M., Ricardo y PONTÓN LAVERDE, Gabriel. Auditoría en salud para una gestión eficiente. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 1998. Capítulo VII.
2. MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo; GALÁN M., Ricardo y PONTÓN LAVERDE, Gabriel. Garantía de Calidad en salud. Bogotá: segunda Edición, Editorial Médica Panamericana, 2006. Capítulo 4.
3. MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo; GALÁN M., Ricardo y PONTÓN LAVERDE, Gabriel. Auditoría en salud. Bogotá: segunda edición, Editorial Panamericana, 2004.
4. GONZÁLEZ, F.; ABDALA, A. y MONTOYA, G. Evaluación de las condiciones de salud oral y los programas de promoción y prevención instaurados en el corregimiento de Bocachica. Revista Científica Facultad de Odontología Universidad el Bosque. Volumen 9. N° 2. 2001.
5. LÓPEZ S, Olga; CARDONA, Dora y PARRA, Hernán. Morbilidad oral y factores de riesgo en adultos mayores. Revista Digital de Salud. Universidad Autónoma de Manizales. 2005.

6. MONCADA, H. y ERAZO, B. Morbilidad oral 1977 - 1980. Estudio Nacional de Salud. Ministerio de Salud. INS. ASOFACME. Bogotá, 1983.

7. TERNERA PULIDO, Jairo. Hacia un modelo de gestión de servicios de salud oral dentro del sistema de aseguramiento. En: Periódico el Pulso, Año 5, #60. Medellín. Sept. 2003.

8. CARO, Alexandra et al. Evaluación Integral a una IPS Privada como Prestadora de Servicios de Odontología a una Población Asignada. Popayán, 2002.

9. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011. Abril 2006

10. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Bogotá D. C.: Imprenta Nacional de Colombia, 2007. p. 19.

11. MINISTERIO DE SALUD. Estudio Nacional de salud Bucal ENSAB III. 1998.

ANEXOS

Anexo 1. Registro individual de prestación de servicios

**Registro diario de actividades
Cuidado odontológico ambulatorio**

| No. de | | Nombre del Paciente | | Especialidad | | Módulo | | Año | | Mes | |
|-------------------------------|---|--|---|--|---|--|---|--|----|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Tipo documento identificación | | No. documento de identificación | | Paciente Tipo de Vacunación Sexo Beneficiario | | Sexo Educativo Menor a 1 año 1 - 4 5 - 14 15 - 34 45 - 59 60 o más | | Clasificación Primera Vez Repetida Urgencia Incumplida Sustituida Historia Clínica Prescripción Consulta | | Tratamiento Múltiple No. Superficies Primarias No. Superficies Adicionales Dientes Obturados No. Superficies Primarias No. Superficies Adicionales Dientes Obturados No. Superficies Primarias No. Superficies Adicionales Sesión de Conductiva No. Cond. Obtura Perman. No. Cond. Obtura Decidida No. Exodon. Permanentes No. Exodon. Deciduos Profilaxis Desartraje por Artritis Control Preventiva Sellantes Tratamiento con Fluor No. RX. Intraorales | |
| Código del Diagnóstico | | Clasificación Primera Vez Repetida Urgencia Incumplida Sustituida Historia Clínica Prescripción Consulta | | Tratamiento Múltiple No. Superficies Primarias No. Superficies Adicionales Dientes Obturados No. Superficies Primarias No. Superficies Adicionales Sesión de Conductiva No. Cond. Obtura Perman. No. Cond. Obtura Decidida No. Exodon. Permanentes No. Exodon. Deciduos Profilaxis Desartraje por Artritis Control Preventiva Sellantes Tratamiento con Fluor No. RX. Intraorales | | Total de Actividades Paciente Controlada Tiempo Utilizado Días de Incapacidad Actividades de Fomento | | Copago Cuota Moderada | | Firma del Usuario | |

Fecha del Observatorio

Firma del Observador

Anexo 2. Cuestionario de evaluación sobre grado de conocimiento

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA EN CLINSALUD DEL MUNICIPIO DE PIENDAMÓ - CAUCA

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la calidad del servicio prestado en el consultorio odontológico Clinsalud en el Municipio de Piendamó - Cauca durante los meses de Octubre a Diciembre de 2008.

PRUEBA DE CONOCIMIENTO

Calidad del servicio de odontología

Responda a las siguientes preguntas marcando con x la respuesta correcta.

1. El decreto 1011 de 2006 hace referencia a:
 - ____ Manejo de Historia clínica
 - ____ Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud
 - ____ Manual de Bioseguridad

2. ¿Cuál de los siguientes enunciados no es un componente del Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud?
 - ____ Acreditación ____ Habilitación
 - ____ Efectividad ____ Sistema de información
 - ____ Auditoria para el mejoramiento de la calidad

3. Nombre tres de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud
-

4. ¿La resolución 1043 del 2006 enumera los Estándares de habilitación?

SI ____ NO ____

5. ¿Conoce acerca de la clasificación y manejo de residuos hospitalarios?

SI ____ NO ____

6. ¿Sabe las condiciones de infraestructura que se debe tener un consultorio odontológico?

SI ____ NO ____

7. ¿Aplica técnicas adecuadas (físicas o químicas) de asepsia y antisepsia?

SI ____ NO ____

8. ¿Revisa periódicamente la fecha de vencimiento de los insumos?

SI ____ NO ____

9. ¿Diligencia las historias clínicas de manera clara y completa para todos los pacientes?

SI ____ NO ____

10. ¿Diligencia los registros de consulta RIPS de manera clara y completa?

SI ____ NO ____

11. ¿Da a conocer al paciente el consentimiento informado y lo diligencia?

SI ____ NO ____

12. ¿Dirige los procesos de su consulta para conseguir la satisfacción del paciente?

SI___ NO___

13. ¿Realiza encuestas acerca de la atención brindada a sus usuarios?

SI___ NO___

14. ¿Acepta sugerencias acerca del proceso de atención, desempeño profesional y otros factores relacionados?

SI___ NO___

15. ¿Aplica las medidas correctivas teniendo en cuenta las sugerencias y quejas?

SI___ NO___

Anexo 3.

Piendamó, 15 de Julio de 2008

DOCTOR:

NESTOR RAUL LANDINEZ ESPITIA

Gerente

Consultorio Odontológico **Clinsalud**

Cordial saludo

La presente para informarle que el día 24 de Julio del año en curso, se realizará la visita de verificación de los estándares requeridos para la habilitación de Clinsalud, la anterior actividad forma parte del estudio de evaluación de la Calidad de la atención en salud en su consultorio odontológico, previamente autorizado por usted.

Gracias por su atención y colaboración.

Atentamente,

VIVIANA ISDITH

MÓNICA M. GARCÍA

Anexo 4

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variable | Definición | Categorización | Definición | Medición | Instrumento |
|--------------------------|--|--|--|--|--|
| Perfil Socio Demográfico | Caracterización de la población a estudiar | <ul style="list-style-type: none"> * Edad. * Sexo. * Escolaridad. * Domicilio. | <ul style="list-style-type: none"> * Tiempo que ha vivido una persona. * Condición orgánica, masculina o femenina. * Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. * Lugar en que legalmente se considera establecido alguien para el cumplimiento de sus obligaciones y el ejercicio de sus derechos. | <ul style="list-style-type: none"> Rango. Nominal. Nominal. Nominal. | Registro Individual de Prestación de Servicios. (RIPS) |

| Variable | Definición | Categorización | Definición | Medición | Instrumento |
|---|---|--------------------------------------|--|----------|---|
| Estándares de Capacidad Tecnológica y Científica. | Estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social para Prestadores de Servicios de Salud, que se consideran suficientes y necesarios para disminuir los principales riesgos que amenazan la vida o salud de los usuarios. | Recurso Humano. | Personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios. | Nominal. | Anexo técnico Resolución 1043 de Abril de 2006. |
| | | Instalaciones Físicas. | Las condiciones especiales de pisos y paredes para prestar el servicio Odontológico. | Nominal | |
| | | Dotación y Mantenimiento. | Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado para prestar los servicios de salud. | Nominal | |
| | | Medicamentos y dispositivos médicos. | Diseño y aplicación de procesos para el manejo de medicamentos usados en los pacientes cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente los riesgos a la prestación del servicio. | Nominal | |

| Variable | Definición | Categorización | Definición | Medición | Instrumento |
|---|---|--|---|----------|---|
| Estándares de Capacidad Tecnológica y Científica. | Estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social para Prestadores de Servicios de Salud. Se consideran suficientes y necesarios para disminuir principales riesgos que amenazan la vida o salud de los usuarios. | Proceso prioritarios existenciales. | Son las guías clínicas internas o definidas por normas legales. Incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento. | Nominal | Anexo técnico Resolución 1043 de Abril de 2006. |
| | | Historia clínica y registros asistenciales. | Es un documento privado, obligatorio sometido a reserva, donde se registran todas las condiciones del paciente, actos médicos y procedimientos que se ejecuten por los profesionales de la salud. | Nominal | |
| | | Seguimiento a riesgos de la prestación de los servicios. | Son las instancias de autocontrol o auto evaluación de los servicios. | Nominal | |