

La calidad de la atención en el servicio odontológico

Factores que la determinan

Mtro. Willebaldo Moreno Méndez

Mtra. Carmen Lilia Sánchez González

Mtra. Leticia Orozco Cuanalo

Mtro. Ángel Francisco Álvarez Herrera

Profesores de Tiempo Completo, Carrera de Cirujano Dentista, FES Zaragoza, UNAM

Antes de abordar el tema que nos ocupa, es importante mencionar que sería imposible, por el espacio tan corto abordar todos aquellos factores que determinan que se brinde o no un servicio de calidad. Se desarrollarán sólo algunos, que a nuestra consideración son de suma importancia para que el profesional de la salud oral pueda brindar un servicio de calidad. Sin desentender que para tener un control total de la calidad (calidad total), es necesario controlar todos y cada uno de aquellos factores o elementos que interactúan en todos los procesos que conlleva un servicio de atención estomatológica.

Introducción

Es importante reconocer que cada vez es más común escuchar o leer sobre términos como calidad en el servicio, calidad total, mejora continua de la calidad, entre otros. Así como, que cada vez es menos común que dichos términos se relacionen necesariamente con la industria o con actividades que nada tienen que ver con nuestra profesión.

Las exigencias actuales nos obligan a volver nuestra vista a ese aspecto que hasta hace poco habíamos tenido en el olvido, la calidad en el servicio. Resultado tal vez, de que toda la cultura de control de calidad fue concebida y desarrollada científicamente en el sector industrial, de donde fue adoptada y adaptada al sector de servicios de salud, específicamente al de servicios médicos y de ahí a los servicios odontológicos.

Las condiciones del mercado en la cual ofrecemos nuestros servicios como odontólogos han cambiado y mucho. El mercado actual está conformado por consumidores más exigentes, podríamos decir que hasta más inteligentes para hacer uso de sus derechos; dichas exigencias han provocado que exista mayor competitividad en los prestadores de servicios para así poder mantenerse vigentes en un mercado que cada vez deja nichos más reducidos. La cantidad y calidad de información, así como el desarrollo tan acelerado de la tecnología, hacen que el mercado de hoy sea altamente cambiante, en el que uno de los factores de mayor competitividad, ya no es el

precio, sino la calidad. Y si a todo esto agregamos que a últimas fechas se ha incrementado el número de organismos que regulan y controlan de manera legal y obligatoria el quehacer de nosotros como odontólogos; llegamos a la conclusión de que brindar un servicio de calidad no es ya una obra de buena voluntad, sino una exigencia que nos obliga a brindar un servicio que cumpla con estándares preestablecidos de calidad.

El no cumplir con lo antes mencionado, no nada más nos enfrentará a la realidad de quedar fuera de competencia, sino que es posible que nos enfrente a procesos legales, llegando inclusive a la pérdida de nuestra libertad.

Antecedentes

Hablar de calidad en los productos o servicios con los que tenemos relación de alguna manera, no es algo nuevo. Ya desde la antigüedad se han implementado estrategias para controlar la calidad en los productos.

Por ejemplo, el Código de Hammurabi³² (2150 A.C.) menciona que si una casa se caía por haber sido construida con mala calidad y esto provocaba la muerte de sus ocupantes, el albañil que la había construido pagaba con su vida por este acto, los Fenicios tenían estipulado que si algún artesano era encontrado realizando productos de mala calidad, este era castigado cortándole las manos.

Para principios del presente siglo, la forma de pensar en cómo controlar la calidad de los productos se había vuelto menos radical. Para ese entonces se creía que toda la responsabilidad de control de calidad recaía en los ingenieros industriales y dicho control se realizaba con la inspección ocular de 100% de los productos, lo cual incrementaba en mucho los costos de producción. Ya para principios de la Segunda Guerra Mundial, el control de calidad se realizó de manera más científica, se implementó el control estadístico, el cual se realizaba sólo en las muestras seleccionadas. A principio de la década del 50, se cree que el control de la calidad debe recaer en un departamento creado específicamente para ello, para lo cual se elaboran normas que deben cumplir proveedores y productores, con lo que también se habla ya de control total de la calidad, como una estrategia fundamental para el mejoramiento continuo de la calidad.

Sin embargo, no es sino hasta finales de los años 50 que la industria de los servicios de salud retoma los postulados sobre la calidad, los cuales en un principio se utilizaron sólo para evaluar niveles mínimos de calidad en hospitales (USA), aunque esto se realizaba de manera correctiva

y no preventiva. En la década de los 60 se aborda ya el control de la calidad como la relación de los beneficios y los riesgos, basado dicho control en estrategias de mejoramiento continuo de la calidad.

Desde principios de los años 90 el control de la calidad en nuestro país se apoya en los grandes postulados del Dr. Avedis Donabedian (USA) y el Dr. Enrique Ruelas Barajas (México), dos de los más grandes pensadores en el área de control de la calidad en la atención médica. Es por ello que consideramos la definición de calidad de estos doctores como el punto de partida más acertado para el abordaje de la calidad en los servicios de salud.

El Dr. Donabedian¹¹, considera a la calidad de la atención a la salud como “el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”

El Dr. Ruelas²⁶, por su parte, considera que lo que propone el Dr. Avedis no está completo si no se agregan tres aspectos importantes al servicio de la salud: “el más bajo costo, el mínimo de riesgos y la completa satisfacción de las necesidades de salud del paciente”

Relación interpersonal

El Dr. Donabedian¹¹ menciona que para evaluar los procesos de servicios de salud, desde la óptica de la calidad, todos los elementos que intervienen en dichos procesos deben clasificarse en tres grandes grupos. a) *Estructura*: elementos que tienen que ver con aspectos de infraestructura física, como serían mobiliarios, espacios físicos, equipo científico y tecnológico, entre otros, b) *Proceso*: elementos relacionados directamente con el cómo y el con qué y cuándo se realizan los procesos, como serían programas, métodos, técnicas, planes, entre otros, c) *Resultado*: elementos que muestran los resultados obtenidos con la combinación de los elementos de estructura y proceso.

Asimismo, menciona el Dr. Donabedian que toda evaluación debe hacerse desde dos dimensiones, una técnica: que tiene que ver con instrumental, equipo, técnicas, espacios físicos, entre otros, es decir, todo aquello de lo cual se vale el prestador del servicio para brindarlo; y otra interpersonal: la cual aborda las formas en que el usuario de un servicio y el prestador del mismo interactúan antes, durante y después de la elaboración del servicio en cuestión.

Lo anterior nos lleva a comprender que, si utilizáramos el mejor instrumental, los mejores materiales y aplicáramos las mejores técnicas para abordar un problema de salud bucodental, satisfaciendo las necesidades del paciente, al menor costo y con los menores riesgos, pero descuidásemos el aspecto interpersonal, es decir, que no entendiéramos a nuestro paciente como un ser integral, respetándolo, entendiéndolo, cuidándolo, y condoliéndonos con él; el resultado de nuestro trabajo no sería de calidad.

De lo anterior surge un nuevo concepto que debe marcar la pauta de nuestro diario accionar como prestadores de servicios odontológicos: “brindar calidad con calidez”.

Ética (Bioética)

Como parte de la respuesta a la necesidad de brindar servicios de salud con calidad y calidez, tenemos que replantear nuestro quehacer profesional a la luz de los principios de nos marcan la Ética y la Bioética.

Más allá de cualquier principio ético, el trabajo del odontólogo en muchos de los casos dista mucho de ser un trabajo de calidad, porque nos hemos olvidado de aspectos tan simples como “tratar al paciente como quisiéramos que nos trataran a nosotros” o “tratar al paciente como un ser humano que siente, piensa, sufre, ama, y no como a una patología más”

Lo anterior es el resultado, en gran medida, a que los avances científicos en la ciencia y su aplicación en la atención de enfermedades, han llevado a la preponderancia de la tecnología en la medicina. Lo que necesariamente nos ha llevado a la pérdida de conciencia de lo que significa el hombre.

De ahí que la ética y más específicamente la bioética (“disciplina preocupada por estudiar la moralidad de la conducta humana en el campo de las ciencias involucradas con la conservación de la vida”) ¹⁶, debe convertirse el eje rector de nuestro quehacer cotidiano, en el diario examen de los valores que rigen la relación de la moral con los deberes, obligaciones y normas de justicia, convirtiéndola en una herramienta para ayudar a los pacientes desde nuestro ámbito de trabajo.

En todo momento el odontólogo, y cualquier prestador de servicios de salud directa o indirectamente, al estar en contacto con el paciente debe contemplar que se encuentra ante un ser humano, que más allá de estar afectado por algún problema de salud, siente, piensa, sufre, anhela, ama; y no convertirlo en un expediente más o en un conjunto de datos, y lo que es peor, en un bien económico.

Es imprescindible generar una cultura de la vida, de la atención humanística, que nos invite a ver enfermos y no enfermedades, a dejar de ser indiferentes con los pacientes, a tratarlos con respeto y dignidad. El odontólogo debe estar bien preparado para brindar atenciones de calidad que ayuden al fomento de la salud y el cultivo de la vida. ^{6,23,25,33}

El odontólogo debe situarse como un profesional competente, asesor experimentado que busca como objetivo el bien del paciente, y quiere ofrecerle caminos, posibilidades de mejor salud, y que por lo tanto, debe reconocer sus propias limitaciones. Deberá conocer los principios éticos y bioéticos básicos para regir dentro de la moral su actitud y frenar la deshumanización de su quehacer cuando éste adopte actitudes y prácticas que dañen al ser humano.

Será necesario entender que la ética es mucho más que una serie de normas deontológicas, que es una forma de pensar, una jerarquía de valores a los cuales el odontólogo tiene que adherirse en su totalidad en todos los actos de su vida.

Responsabilidad profesional ¹⁶

El Artículo 228 del Código Penal para el D.F. establece que "los profesionistas, técnicos y auxiliares serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión".

De ahí que todo profesional requiera conocimientos y ética en su desempeño cotidiano, ya que nada les exime de culpabilidad cuando actúan con dolo o negligencia y provocan daño o crean situaciones de peligro para la vida del paciente.

La acción negligente de un odontólogo es ética y jurídicamente reprobable y debe ser sancionada con mayor rigor que la de otros profesionales, simplemente porque su trabajo tiene que ver con vidas humanas.

Responsabilidad Profesional implica el compromiso moral y legal de responder a los actos propios, y a los ajenos (de los subordinados); y la obligación de reparar o indemnizar las consecuencias de los actos perjudiciales para terceros.

Dicha responsabilidad puede ser entendida desde dos dimensiones: la primera invoca la convicción vocacional y moral del odontólogo y su capacidad científico técnica, se basa en principios éticos: la segunda surge del derecho y en consecuencia es coercitiva, y se rige por las leyes emitidas por el Estado.

En la medida que el profesional de la odontología rija su desempeño por los siguientes valores fundamentales, estará trabajando sobre seguro, encaminado su accionar hacia un servicio de calidad:

Confianza: es el alma de la relación odontólogo-paciente, la cual debe ser una auténtica relación humana basada en el amor, el cuidado y la coparticipación.

Confidencialidad: valor ético fundamental, incluye el compromiso de guardar la intimidad del paciente y de su familia.

Competencia: los odontólogos deben mantener su competencia a través del estudio y la superación continuos.

Contrato: el odontólogo tiene un contrato tácito con sus pacientes para dar atención óptima conforme a los recursos disponibles.

Responsabilidad con la sociedad: supone procurar una distribución justa de los recursos disponibles.

Compromiso: quienes ingresan a la profesión deben consagrar su vida al servicio de los pacientes

Por otra parte, las conductas que el odontólogo deberá desechar lo más posible de su trabajo cotidiano a fin de brindar un servicio de calidad, serán:

Negligencia odontológica: es el descuido u omisión en un acto determinado. Cuando el profesional actúa con imprudencia o en forma dolosa ocasionando daño a determinado paciente.

Imprudencia: es la ausencia de la capacidad para juzgar correctamente en una situación odontológica determinada. Implica la falta de cordura y moderación de las acciones o el descuido en la atención requerida.

Ignorancia: es el desconocimiento de algún hecho, cosa, técnica u oficio en particular.

Impericia: es la falta total o parcial de las destrezas propias de la atención, es decir, la sabiduría, los conocimientos técnicos y habilidades en el ejercicio de la odontología.

Tener una gran capacidad de previsión, habilidad, lealtad, voluntad, convicción y conocimientos actualizados de la odontología y en las normas y reglamentos que la rigen, para que al realizar un acto odontológico no ocasione un acto ilícito por acción u omisión, basados en la negligencia, la impericia o la imprudencia.

Costos de la calidad.¹⁹

Uno de los signos más característicos de la sociedad contemporánea es, sin duda alguna, la preocupación explícita por la calidad, la productividad y los costos de estos en el ámbito de la economía.

Aun así, es evidente que no pocos prestadores de servicios de salud se preocupan más por pensar y creer que los costos por adoptar estrategias que garanticen niveles elevados de calidad son más altos que si no lo hicieran. Ello conduce a que se sigan brindando servicios de salud (públicos y privados) con estándares deficientes de calidad, sustentados en formas de administrar erróneas y muchas veces obsoletas.

El trabajar con menos control, o sin él, en nuestros procesos productivos, resulta en un incremento descontrolado de los costos de los mismos servicios, costo que impacta principalmente en el poder adquisitivo de los usuarios.

Por otra parte, es también evidente que el implementar estrategias para garantizar niveles adecuados de calidad de la atención, conduce hacia una mayor eficiencia y productividad, con lo cual se contribuye, de una manera mucho más racional, al control y disminución de los costos en los servicios de salud.

Otro factor que sin duda ha influido en la creciente necesidad de establecer estrategias de garantía de la calidad²⁷, ha sido el constante incremento de las demandas legales contra los prestadores de servicios de salud. Lo cual genera gastos por multas, indemnizaciones y asesorías de

tipo legal, incrementándose, por necesidad, los costos de los servicios de salud.

En este mismo contexto, la calidad se interpreta también como una de las posibles ventajas competitivas que los prestadores de servicios de salud pueden tener en un medio altamente competido. Ventaja que tiene un gran impacto en los usuarios al momento que éstos realizan su decisión de compra de servicios.

La calidad y la productividad de los servicios de salud no escapan a la preocupación económica más general. Pues es más caro trabajar sin calidad que con calidad. Lo cual también se refleja en el uso óptimo de los recursos, lo que hace un manejo de nuestros consultorios más eficiente.

Por otra parte, es importante señalar que existe una relación entre la cantidad de servicios y la calidad de los mismos. Si la cantidad de los servicios proporcionados es insuficiente, los beneficios esperados tienden a disminuir. Por el contrario, una excesiva cantidad de los servicios puede conducir a un incremento en los riesgos a los que se expone al paciente. Esta relación entre cantidad y calidad implica, necesariamente, una relación entre costos y calidad.

Así, la atención excesiva y dañina es más costosa y de menor calidad; cuando la atención es excesiva pero no produce daños, es también más costosa, pero ese costo no corresponde a los beneficios esperados de acuerdo al costo y ello significa desperdicio.

Existe, pues, una relación entre beneficios-riesgos-costos, en la que el hipotético valor neto de la calidad podría calcularse al restar a los beneficios la suma de los riesgos más los costos, es decir, la calidad = beneficios (riesgos + costos). A esta relación, en la que se incluyen los costos a la relación beneficios-riesgos que definieron en primera instancia a la calidad, Donabedian la ha denominado el "modelo unificado de la calidad".

Relación ente calidad y productividad o eficiencia

Existen tres tipos de eficiencia en los servicios de salud: eficiencia clínica, eficiencia de producción de servicios, y eficiencia gerencial.

La eficiencia clínica: se refiere concretamente a la producción de salud y se define como el grado en el que el odontólogo combina tiempos y secuencias diagnósticas y terapéuticas para lograr un incremento en la salud, dentro de los límites de un gasto razonablemente posible. A esta combinación se le denomina la "estrategia de

atención". Así, la estrategia más eficiente será aquella que produzca el mayor grado de mejoría en la salud en relación con un costo determinado, o bien aquella que produce un cierto nivel de salud con la menos costosa utilización de recursos.

La eficiencia clínica está determinada, entonces, por: a) la pertinencia de las decisiones clínicas; b) las habilidades y destrezas para llevar a cabo estrategias establecidas; y c) el grado de autonomía clínica con respecto a los demás profesionales que interactúan en el proceso de atención.

De acuerdo con lo anterior, la eficiencia clínica es un componente indiscutible en la calidad de la atención, en tanto coincide con la búsqueda de los mayores beneficios con los menores riesgos posibles dentro de un marco de costos razonables. En este caso, la relación entre eficiencia y calidad es directa y estrecha.

El segundo tipo de eficiencia, denominado como *eficiencia de producción de servicios*, se refiere al diseño más adecuado del proceso de producción de servicios, de manera que los servicios especificados por una determinada estrategia de atención puedan lograrse al menor costo posible. Este concepto más comúnmente utilizado cuando se emplea el concepto de eficiencia de los sistemas de salud.

Por último, la *eficiencia gerencial* tiene como productos, políticas y servicios de soporte, y depende, como la eficiencia clínica de: a) las *decisiones gerenciales*, b) las *habilidades* para dirigir la organización, y c) la *autonomía gerencial* relativa.

Si se acepta que la *eficiencia de producción* depende de los otros dos tipos de eficiencia, nuevamente resulta obvia la relación entre este último tipo y la calidad. Se trata de una relación directa, aún cuando tampoco forma parte de la calidad.

Deming³⁴ menciona que las estrategias para mejorar la calidad conducen hacia un decremento en los costos, debido a: la disminución en el número de eventos o procedimientos que deben repetirse por haberse realizado mal la primera vez; la disminución en los retrasos de proceso y procedimiento; a la mejor utilización de los recursos, entre otros. De aquí que, al mejorar la calidad y evitar así las situaciones que se han mencionado, necesariamente se tienda hacia un incremento en la productividad. 🏠

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez, A. R., Romero, G. V. (2000), *Comunicación Estratégica*. Grupo-Lidex, Líderes de Excelencia. Edit. Ibero América, S.A. México.
2. Baena, P. G. (1994), *Calidad Total en la Educación Superior*. Universidad Latinoamericana. Edic. Marc. S.A. México.
3. Chain, P. M. (1992), "Rumbo a la Calidad". Rev. Contaduría. Diciembre, Año 21. No. 244. México.
4. Chang, R., Niedzwiecki, M. (1999), *Las Herramientas para la Mejora Continua de la Calidad*. Vol.1 Y 2. Edit. Granica, Buenos Aires, Argentina. Tec. Consultores, Santiago, Chile
5. Chávez, L. E. (1998), "Los Hábitos Negativos frenan la Productividad de una Empresa". Rev. Impacto. México.
6. Colunga, D. C. (1999), *La Calidad en el Servicio*. Edit. Panorama. México.
7. Connellan, T. (2001), *Las Siete Claves del éxito de Disney*. Edit. Panorama. México.
8. Coombs, P (1991), *Estrategias para mejorar la Calidad de la Educación Superior en México*. Sep. Edit. Fondo de Cultura Económica. México.
9. Crosby, P. (1990), *Hablemos de Calidad*. Edit. McGraw-Hill. México.
10. Deming, E. (1989), *Calidad, Productividad y Competitividad*. Edic. Díaz De Santos. Barcelona, España.
11. Donabedian, A. (1990), *Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica: Un Texto Introductorio*. Perspectivas en Salud Pública. Instituto de Salud Pública. México.
12. Fremont, E. K. (1992), *Administración en las Organizaciones. Enfoque de Sistemas y de Contingencias*. McGraw-Hill, Interamericana. México.
13. Frenk, J., Et. Al. (1997), *Economía y Salud. Propuestas para el avance del Sistema de Salud en México*. Edit. Fundación Mexicana para la Salud, A. C. México.
14. Frenk, J., Et. Al. (1997), *Salud, Presente y Futuro. Oportunidades y retos del Binomio Empresa / Salud*. Edit. Fundación Mexicana para la Salud, A. C. México.
15. Funsalud, (1995), "La Dimensión Política en los procesos de Reforma del Sistema de Salud". Documentos para el análisis y la convergencia. No. 13. Edic. Economía y Salud. México.
16. Funsalud, (1999), "La Regulación de la Atención a la Salud". Documentos para el análisis y la convergencia. No. 16. Edic. Economía y Salud. México.
17. García, G. (1995), "Calidad Total, Siete Casos que la abalan". Rev. Alto Nivel, Febrero, Año 7. No. 78, México.

18. García, V. M. (1997), "Educación y Salud, Salud y Educación". Edit. Fundación Mexicana para la Salud, A. C. México.
19. Gilles, L. (1999), "Alcanzar la Calidad Total en una empresa de Servicios". Edit. Trillas. México.
20. Ishikahua, K (1992) *¿Qué es el Control Total de Calidad?*. Edit. Grupo Norma. México.
21. Kras, E. (1991), *La Administración Mexicana en Transición*. Edit. Iberoamericana. México.
22. Lavín, S. (1991), *Rezago escolar y Calidad de la Enseñanza*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Educación. Universidad Iberoamericana. México.
23. Müller, L. E. (1999), *Cultura de Calidad de Servicio*. Edit. Trillas. México.
24. Omaha, K. (1990), *El Triunfo de los Japoneses en el Mundo de los Negocios*. Edit. McGraw-Hill. México.
25. Plancarte, R. (1996), *El Servicio como poder de cambio. La Característica distintiva en los Negocios*. Edic. Castillo, S.A. México.
26. Rúelas, B. E. (1994), "La Calidad Ahora". Rev. Fac. Med.. Vol.37, No. 3, Julio-Septiembre, UNAM. México.
27. Rúelas, B. E. Et. Al. (1995), *Innovaciones de los Sistemas de Salud: Una Perspectiva Internacional*. Fundación Mexicana para la Salud. Edit. Medica Panamericana. México.
28. Ruiz de Chávez, S. (1992), "Calidad Académica". Rev. Contaduría Pública. Noviembre, Año 21, No. 278. México.
29. Russell, J. P. (1993), *Evaluación de la Calidad con el Benchmarking*. Edit. Panorama. México.
30. Sánchez, G. C., Moreno, M. W. (1995), "La Importancia de la Calidad en la Formación de Recursos Humanos". Rev. Tópicos de Investigación y Posgrado. F.E.S. Zaragoza, UNAM. México.
31. Stephen, R. C. (1997), *Los Siete Hábitos de la Gente Altamente Efectiva*. Edit. Piados. Barcelona, España.
32. Valdés, L. (1996), "Hacia la Sexta Generación de los Procesos de Calidad. Conocimiento es Futuro". Centro para la Calidad Total y la Competitividad (CCTC). Concamín. México.
33. Vertiz, R. J. (1995), "El Mejoramiento de la Calidad a través del Liderazgo y Trabajo en Equipo en una Organización de Salud". Tesis Facultad de Psicología, UNAM. México.
34. Walton, M.(1993), "El Método Deming en la práctica". Edit. Norma. Colombia, *Watanan, R. (1984), "En busca de la Excelencia". Edit. Lasser Press. México.*

VERACRUZ

08

ABRIL

11-13

PAQUETE HOTEL-CONGRESO

HOTEL CROWN PLAZA

\$2800.00 P/P EN HAB. DOBLE
 \$2400.00 P/P EN HAB. TRIPLE
 \$4200.00 HAB. SENCILLA (UNA PERSONA)
 \$2400.00 ACOMPAÑANTE

CONGRESO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGÍA AVANZADA

IV

SEMINARIO INTERNACIONAL DE IMPLANTOLOGÍA BUCAL

Reconocimiento al mérito académico
 Dra. Ma. Esther Gidi y Torres
 Universidad Veracruzana

HOTEL CROWN PLAZA



CONSEJO NACIONAL DE PRÓSTODONCIA A.C.



C O M



INCLUYE: CONGRESO, 2 NOCHES,
 2 DESAYUNOS BUFET, IMPUESTOS,
 PROPINAS, COCTEL DE BIENVENIDA.
 COVER DE LA NOCHE DE ANTRO.
 (ACOMPAÑANTES GOZAN DE LO MISMO, EXCEPTO CONGRESO)

SOLO CONGRESO: \$1300.00

EN ESTA INSCRIPCIÓN 50% DE DESC.
 CON EL GAFETE DEL XI CONGRESO