



EQUIPAMIENTO & ELEMENTOS DE ADMINISTRACIÓN EN ODONTOLOGÍA

Segunda Edición

Índice

Introducción	5
Capítulo Uno	
Equipamiento odontológico.	
Jorge Cila O, Juan Cila O.	7
Capítulo Dos	
Equipamiento en radiología.	
Profesor Dr. Jaime San Pedro V., Dr. Cesar Celis C.	33
Capítulo Tres	
Nuevas competencias, para un ejercicio profesional exitoso.	
Dr. Vicente Aránguiz F.	45
Capítulo Cuatro	
Elementos financieros en clínicas odontológicas.	
María Teresa Gutierrez C.	55
Capítulo Cinco	
Bioseguridad y manejo instrumental odontológico.	
Darinka Medic S.	69
Capítulo Seis	
Gestión de calidad y acreditación.	
Dr. Fabián Ramos V.	79

Hace veinte años

Nuestra empresa junto con la colaboración de tres odontólogos y una ingeniero comercial editó la primera versión del libro "Equipamiento & Elementos de administración en Odontología" destinado, principalmente, a los alumnos y odontólogos recién egresados.

Actualmente, hemos visto que la necesidad de información referente a estos temas es la misma de hace veinte años. Por ello, el mismo equipo que integra a nuevos colaboradores, quiere entregar una visión renovada que sirva de guía a los odontólogos de la actual generación. Estamos conscientes de que faltan muchos temas por tratar tales como: la planificación de consultas, la infraestructura de las mismas, los elementos tributarios, contables y legales, entre otros.

Dada la escasa información en este ámbito, nuestra intención es continuar desarrollando los diversos temas faltantes, además de profundizar en los ya tratados. Por esta vía esperamos colaborar con los nuevos odontólogos en el inicio de su ejercicio profesional.

Soc.Cila Ltda.



CAPITULO SEIS
GESTIÓN DE CALIDAD Y ACREDITACIÓN



Dr. Fabian Ramos Vilches

Cirujano dentista. Universidad de Valparaíso

Magíster en Gestión. Universidad del Desarrollo

Diplomado en Gestión de Operaciones. Universidad del Desarrollo.

Diplomado en Dirección Estratégica. Universidad del Desarrollo.

Para adentrarnos en la gestión de “calidad”, nos resulta lógico y útil indagar sobre las distintas y ambiguas interpretaciones respecto de este concepto. El primero considerado como la visión artística o artesanal señala que es una característica del producto e inherente a él, aunque no haya un parámetro o forma de definir porque entendemos que este es de calidad, ya que se centra en el nivel de percepción de las personas, a pesar de que la construcción o ejecución sea del más alto nivel, por ejemplo, una obra de Mozart ejecutada por un computador tiene las notas adecuadas y la ejecución perfecta, pero no puede ganar en “calidad” con respecto a la misma pieza interpretada por un pianista virtuoso.

Este mismo concepto de calidad la encontramos cuando un dentista evalúa el trabajo de otro colega, generalmente encuentra que el trabajo fue hecho con calidad o no, independiente del resultado para el paciente.

También encontramos, cuando es difícil evaluar calidad, que sustituimos por cuantificación o cumplimiento de especificaciones, estableciendo la calidad por el tiempo dispensado a “escuchar al paciente”, el uso o indicación de materiales, implementación, o medicaciones “caras”, o por el cumplimiento de los tiempos de tratamiento comprometidos.

Otro concepto de “calidad”, tiene una visión más comercial, este concepto es muy resistido entre los dentistas, por su tono mercantilista, que disminuye a la actividad odontológica. Esto se produce por el desconocimiento y desorientación respecto a conceptos industriales, ya que éste se define como “satisfacción del cliente” que conforma una triada desde el punto de vista de las prestaciones dentales, como sigue: entender sus necesidades (motivo de consulta), disponer de instalaciones y procesos de atención que permita satisfacerlo y ejecutarlo de manera adecuada para conseguir el objetivo terapéutico.

Bajo este marco, es fácil darse cuenta que la posibilidad de fallar o de encontrar dificultades es alto. Para los servicios dentales al igual que para otros servicios y/o prestaciones de salud es más fácil desagregarlos para poder evaluar su dimensión de calidad (Ribera et al.2006):

- a) Capacidad de respuesta: Voluntad y habilidad para proporcionar a los pacientes un servicio adecuado y rápido.
- b) Fiabilidad: confianza que el paciente tiene en el funcionamiento del sistema.
- c) Elementos tangibles: tales como infraestructura, personal, equipos, documentos, etc.
- d) Empatía: habilidad de demostrar interés en la situación que aqueja al paciente, con tiempo y comunicación efectiva.
- e) Profesionalidad: dar al paciente la sensación de “estar en buenas manos”, tener las competencias para ejercer las prestaciones.
- f) Longitudinalidad: Capacidad de mantener a los mismos proveedores de servicios por largo tiempo.
- g) Continuidad e integralidad: Garantizar atención sin interrupciones y con la totalidad de los servicios que precisa el paciente.

Por lo tanto, tener una definición de calidad para el área odontológica, cruza por cambiar los paradigmas, tiene que ver más con la actitud que con las súper especializaciones en un área determinada:

“La profunda creencia (estar convencidos) de que se puede hacer las cosas mejor, en el futuro... A pesar de que lo que hacemos hoy está bien.” *(Modificado de Ribera et al.2006)*

Esta visión filosófica sería una base para cambiar los paradigmas en cuanto a forma y fondo de la gestión en la industria odontológica y para la presente formulación de un modelo, partiendo por cambiar la evaluación de ¿cómo es o sería la calidad? o ¿cómo estamos?, quedándose sólo en eso, para pasar a un nuevo nivel o línea base, el análisis del ¿cuál sería la calidad que quiero alcanzar?, preocupándonos de no sólo la calidad del servicio que la entidad presta, sino que de toda la integración estratégica de procesos clínicos y no clínicos y servicios afines de la entidad odontológica, alineado con la satisfacción del cliente.

A esto han contribuido algunos factores circunstanciales: por un lado, las crecientes exigencias de una población con mayor bienestar y que además está mejor informada y sensible a la calidad de las prestaciones, por otro, la constante mejora de la atención tanto pública como privada y por último la necesidad de obtener más recursos.

Es necesario señalar que las instituciones de salud bucal enfrentan dificultades a la hora de poner en marcha modelos de gestión de calidad, porque la mayoría de las decisiones técnicas y de procesos intrínsecos las toman los dentistas dentro del box de atención, en aras de las buenas prácticas, sin ningún control, basados en el sentido común y éstas generalmente se contraponen con la racionalidad de la gestión profesional.

Proceso de Acreditación

Siendo la misión genérica de los sistemas de salud la satisfacción de las necesidades de atención de salud de la población con el mayor nivel de calidad y de la forma más eficiente, es decir, con el mínimo costo posible, muchas instituciones en la búsqueda de la premisa anterior han usado el modelo de calidad total de la “EFAM, la european foundation for quality management”, en ella se consideran 5 ítems o facilitadores para obtener resultados y con ello la evaluación de la empresa, a saber:

- Liderazgo
- Personal
- Recursos y alianzas
- Procesos
- Políticas y estrategia.

Este modelo ha servido de base filosófica para generar los nuevos modelos de acreditación no sólo en Europa sino que ha ampliado su influencia a América latina, incluido Chile. (Ribera et al. 2006)

Las primeras iniciativas de incorporar sistemas de gestión de calidad en los centros de salud datan de los años 80 y fueron una copia de las ya existentes en la industria de servicios, pero la motivación más efectiva ha resultado ser la necesidad de obtener acreditación para poder ofrecer o cobrar las prestaciones de servicios. (Ribera et al. 2006)

La entidad pionera y modelo mundial en acreditaciones de instituciones de salud es la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO (<http://www.jcaho.org>); sus inicios fundacionales fueron hacia el año 1918 en Estados Unidos donde un grupo de cirujanos creó un programa de estandarización hospitalaria que fijaba mínimos para las credenciales del personal, de infraestructura, y mantención de historias clínicas y de equipamiento, y no fue hasta el año 1951 en que este programa se trasformó en la Joint Commission on Accreditation of Hospital que asumió la responsabilidad de acreditar hospitales centrándose en aspectos clínicos, para poste-

riormente incorporar aspectos administrativos, pero ya entrado en los 80 y poniendo el centro de la acreditación en los procesos, tanto de calidad como de seguridad clínica, es que los directivos de los hospitales debieron ajustar objetivos, identificar errores en sus procesos y demostrar que se alcanzaban los objetivos planteados para poder alcanzar la acreditación.

En Europa también a partir de los años 80, se introdujeron las primeras medidas en cuanto a control de gestión, tanto en España con la Fundación Avedis Donabedian (FAD, <http://www.fadq.org/>); como la European Society of Quality in Health Care (ESQHC, www.esqh.net) como una homologación de lo ya realizado por la JCAHO, sin embargo el modelo de calidad total adaptado a la industria de la salud es el que prima para la comunidad europea en la actualidad.

Situación en Chile

La gestión de sistemas de salud en Chile presenta una característica peculiar, posee tres dimensiones:

- Políticas de salud
- El estado o situación de salud de la población
- El sistema de salud

El tema de la gestión en salud presenta variadas aristas, por lo que la aplicación directa de modelos de gestión y cambio, difícilmente pueden llegar a tener éxito, sino se considera una serie de factores organizativos y humanos. Elementos que en cierta forma se han tratado parcialmente en Chile con la modificación de la Ley 19.937 (Diario Oficial, 24 febrero de 2004), en donde se realizan diversos cambios que dan atribuciones a los diferentes entes que son partícipes del sistema público (*Decreto N°140 de 2004, organización, estructura y funciones de los Servicios de Salud y sus establecimientos*).

Junto a esta ley se han estado aplicando algunos modelos de gestión como son el Modelo de excelencia para hospitales chilenos, Autoevaluación Hospitalaria y el Modelo de Autogestión Hospitalaria entre otros. (*Ministerio de Salud 2005: Reglamento orgánico de los servicios de salud*)

En el sector de atención privada de salud, el enfoque estratégico ligado al control de gestión está mucho más avanzado, esto debido a que no tiene la tutela gubernamental sustentada en leyes presupuestarias, por lo tanto mantiene una dinámica flexible en cuanto a la toma de decisiones, grandes conglomerados económicos que tienen unidades de negocio en el sector salud aplican herramientas de control de gestión modernas, con excelentes resultados (*Kovacevic, 2010*).

En cuanto a los temas de calidad en la atención al paciente y seguridad de éstas, se han trasformado en prioridades de los responsables de las políticas de salud del país a partir de mediados de la década de los 90 (*Salinas y Lenz, 1999*), pero no es hasta los inicios del siglo XXI que los esfuerzos se sintetizan en un proyecto de reforma sanitaria: El régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), originalmente conocido como AUGE (*Acceso Universal con Garantías Explícitas*) (*Bastías y Valdivia, 2007*).

El GES, promulgado ley el año 2004, busca lograr una mejor salud para todos los chilenos, garantizando igualdad de derechos e implementando políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas.

En el contexto de la efectividad técnica y eficiencia en el uso de los recursos, aparece la norma de acreditación; en general la Subsecretaría de Redes Asistenciales dependiente del Ministerio de

Salud de Chile, es la que elaborara las normas y políticas de estandarización para la acreditación de las instituciones de salud, mientras que la Superintendencia de Salud es la que tendrá la obligación de velar que las instituciones acreditadas cumplan con la pauta de cotejo. Las instituciones que deseen obtener la acreditación deberán comenzar solicitando dicha acreditación a la Superintendencia de Salud, la cual requiere de un estudio retrospectivo de la institución (auto evaluación) de 6 meses.

La normativa de acreditación vigente desagrega las exigencias y requisitos en:

- Ámbitos (que fijan estándares)
- Componentes (aspectos operativos)
- Características (gestión de procesos sanitarios)
- Verificadores (que es lo que permite la mejora continua)

Que conforman un conjunto de 9 ámbitos (Ministerio de Salud, 2005):

- a) Respeto a la dignidad del paciente
- b) Gestión de calidad
- c) Gestión clínica
- d) Acceso, oportunidad y continuidad de la atención
- e) Competencias del recurso humano
- f) Registros
- g) Seguridad del equipamiento
- h) Seguridad de las instalaciones
- i) Servicios de apoyo

La calidad con que trabaja un centro o clínica dental debe ser evaluada y uno de los métodos utilizados en muchos países es la acreditación, siendo este un proceso en el que se verifica si se cumple con los estándares de calidad necesarios para garantizar y mejorar la calidad de la atención dental; además, señala el grado o nivel de cumplimiento de cada uno de ellos y entrega recomendaciones respecto de los aspectos que requieren mayor atención en términos de mejoramiento para la institución. (Pepper, 2011)

Idealmente, el proceso debe ser llevado a cabo por una entidad distinta y no relacionada con la institución a ser evaluada, para mantener la neutralidad y objetividad; en general las entidades evaluadoras deben ser instituciones autónomas, independiente del estado o de prestadores y seguros.

Los estándares que se evalúan deben ser previamente conocidos, así como también la metodología que se utilizará en el proceso; los resultados serán dados a conocer en primer término a la clínica o centro dental que solicito la acreditación y una vez completado el proceso por ésta, puestas a disposición de la ciudadanía y usuarios en general.

La realización de una acreditación indica un compromiso evidente por parte de la clínica o centro dental, en cuanto a cómo ésta quiere mejorar la gestión de la calidad de sus prestaciones, garantizar un entorno seguro para sus trabajadores y reducir riesgos atingentes para sus pacientes. Por estas razones es que los procesos de acreditación son validados mundialmente.

¿Qué intenta lograr la acreditación dental?

- a) Mejorar la calidad
- b) Mejorar la prestación de servicios odontológicos

- c) Reducir costos y aumentar la eficiencia
- d) Reforzar la confianza de los pacientes
- e) Proporcionar datos auditables y poder comparar los resultados

La forma en que se realiza la acreditación está estandarizada en la mayoría de los países que tiene esta normativa y Chile no es la excepción, definido el modelo, estándares y metodología, ésta debe ser aplicable a todos los establecimientos o instituciones de la misma forma para tener resultados comparables y hacer de este un proceso válido y reconocido, por lo mismo, a continuación se presentara una metodología sólo como modelo demostrativo, con la convicción de que se acercara bastante a las normas de estandarización para acreditación de instituciones de salud bucal en Chile.

Lo primero que debe hacer la clínica o centro dental es solicitar el proceso de acreditación en la superintendencia de salud, comenzando así el informe de autoevaluación; siendo el período de alcance retrospectivo de 6 meses, para la primera solicitud; ya que, una vez acreditado el prestador odontológico, en el siguiente proceso de acreditación se le solicita un alcance retrospectivo de 3 años.

Para el caso de compra por parte de la clínica o centro dental de prestaciones a terceros, la verificación será dada sólo por la autorización sanitaria pertinente de la autoridad competente hacia el prestador asociado que vende el servicio.

La intendencia de prestadores, dependiente de la superintendencia de salud, determinara el sentido y alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación, para generar facilidad y uniformidad de los criterios evaluativos.

Para que la solicitud sea aprobada el prestador de servicios dentales debe cumplir los siguientes requisitos:

- a) Tener autorización sanitaria vigente
- b) Presenta la solicitud de acreditación
- c) Haber realizado proceso de autoevaluación

Además se verifica que tenga:

- a) Definido su rol asistencial (abierto o cerrado)
- b) Definido su nivel de complejidad para efectos de la evaluación

El prestador odontológico evaluado deberá cumplir con ciertas características de manera obligatoria, cumpliendo el 100% de las especificaciones y reglas para los siguientes ámbitos:

1. Respeto a la dignidad del paciente: Instrumento de difusión de los derechos de los pacientes.
2. Gestión de la Calidad: Programa de mejora continua de la calidad a nivel Institucional.
3. Gestión Clínica: Procedimiento de registro, rotulación, traslado y recepción de trabajos de laboratorio y de biopsias.
4. Acceso y continuidad de la atención: Sistema de derivación de pacientes y Organización de la atención de emergencia.
5. Competencias del recurso humano: Certificados de título de profesionales y técnicos
6. Registros: sistema de ficha clínica
7. Seguridad del equipamiento: Programa de ejecución de mantenimiento preventivo de equipa-

miento critico para la seguridad de los pacientes...

El proceso de implantación de un modelo de calidad (proceso de acreditacion) determina intrínsecamente las ventajas siguientes:

- Se ejecuta como herramienta integradora, ya que se apoya en el trabajo en equipo entre personas de diferentes estamentos y departamentos.
- Es un sistema integral, ya que permite incorporar iniciativas de mejora de calidad.
- Se centra en los resultados de las mediciones importantes para la institución, lo que facilita estudiar los efectos en los procesos asistenciales, pudiendo comparar los diferentes servicios y/o con otras instituciones, facilitando la realización de estudios retro y prospectivos.
- Proporciona detalles de cómo y qué evaluar del nivel de liderazgo y responsabilidad de los directivos de la institución.
- Promueve la mejora constante y dinámica de la institución, en vez de quedarse sólo en el cumplimiento de unos pocos estándares.

Todos los expertos coinciden en que la aplicación de algún modelo de gestión de calidad para rendir con éxito los procesos de acreditacion necesariamente requiere de aplicar los siguientes principios (*Roman, 2012*):

- Liderazgo de la alta dirección (fuerte compromiso).
- Comunicación y motivación (romper el statu quo).
- Disponibilidad de recursos.
- Medir y crear indicadores.
- Benchmarking (compararse).

Todo el proceso debe ser realizado de manera disciplinada y de forma interactiva, considerando elementos direccionales (misión-visión-valores); las propuestas de valor para el paciente (cliente externo) y para los empleados (cliente interno); para así tener un buen análisis estratégico, hacer una correcta elección del modelo o sistema de gestión y poder implantarla y ejecutarla de la mejor manera posible.

El éxito de la implantación del modelo depende fundamentalmente de la disminución de la variabilidad y subjetividad del recurso humano, en cuanto a la adopción del modelo en cuestión y para ello se necesitara del apoyo y liderazgo de los máximos ejecutivos de la institución, de formar y mantener equipos de trabajo empoderados en la organización y de la profunda creencia que el proceso creativo de este modelo mejorara sustancialmente el servicio de atención dental en todos sus ámbitos operacionales.

El nuevo enfoque estratégico de gestión de calidad para Clínicas o Centros Dentales, depara desafíos importantes para la industria de servicios odontológicos, generando un nuevo nivel técnico-operacional, una nueva línea base en cuanto a administración y gestión, que lleva a encaminarse a un mejor servicio y por ende a maximizar la satisfacción de los pacientes.

Bibliografia

BASTIAS, G, VALDIVIA, G. Reforma de Salud en Chile; el Plan AUGE o Régimen de Garantías Explicitas de Salud (GES). Su Origen y Evolución [en línea]: pdf. Boletín N°.2007.Escuela de Medicina.PUC.2007, [fecha de consulta 07 de marzo de 2011]. Disponible en: www.escuela.med.puc.cl

KAPLAN, R & Norton. (2001). The Strategy. Focused Organization: How Balanced scorecard Companies Thrive in the New Business Envenroiment. Boston: Harvard Business School Press.

LEE, Thomas H. Trasformar a los Médicos en Líderes. Harvard Business Review: p 62 -71. Agosto 2010

Ministerio de Salud (Chile). Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Decreto 140 de 2004. Santiago, Chile 2005

RIBERA, Jaume et al. Gestión en el Sector Salud. Elementos de Gestión en las Instituciones. Madrid, Pearson Educación S.A., 2006. Vol. 2

TOBAR, F., 2000. Herramientas para el Análisis del sector salud. Medicina y Sociedad. Volumen 23 N° 2, Julio

