

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE INDICADORES DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL EN COLOMBIA 1993 – 2017. REVISIÓN TEMÁTICA DE LA LITERATURA

Adriana Sofía Duarte Aunta

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Bogotá, Colombia
2019**

**IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE INDICADORES DE CALIDAD EN
LOS SERVICIOS DE SALUD DE BUCAL EN COLOMBIA 1993 –
2017. REVISIÓN TEMÁTICA DE LA LITERATURA**

Adriana Sofía Duarte Aunta

Trabajo final presentado como requisito parcial para optar por el título de:
Especialista en Administración en Salud Pública

Directora:
Ph.D., Salud Pública. Maria Carolina Morales Borrero

Línea de Investigación:
Salud Colectiva

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Departamento de Salud Pública
Bogotá, Colombia
2019**

*A mis padres Mary Luz y Jorge por su ejemplo
de vida
A Felipe por su apoyo incondicional*

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi familia y compañeros por acompañarme incondicionalmente en este camino de formación quienes hicieron de esta, una experiencia inolvidable.

A la Profesora Carolina Morales por su ejemplo, sabiduría y acompañamiento en este y en tantos proyectos colectivos.

A la Facultad de Medicina y a la gloriosa Universidad Nacional de Colombia, principal centro de conocimiento y desarrollo académico y científico de la nación.

Resumen

La medición de la calidad de la prestación de los servicios bucal en un sistema de salud en constante reforma y con múltiples actores, requiere del uso de indicadores de calidad de la atención, organizados, sistematizados y estandarizados. Se pretende Identificar y analizar los principales indicadores de calidad en los servicios de salud bucal en Colombia a partir de una revisión temática de la literatura publicada entre los años 1993 y 2017 en bases de datos especializadas en América Latina, USA y EUROPA y teniendo como marco de referencia los organismos reconocidos en la estandarización de la calidad de atención en servicios de salud en la esfera nacional e internacional (OMS, FDI, ADA y Joint Comission). Con el propósito de aportar al mejor funcionamiento de los servicios de salud en su calidad, desde una perspectiva sistémica, la cual incluye elementos de la estructura, del proceso y los resultados de la atención. En total, se identificaron 70 indicadores de calidad para los servicios de salud bucal en Colombia. El 52,85% corresponden a indicadores de estructura, el 32,28% a indicadores de proceso y el 12,85% de resultado. Se evidencia una marcada tendencia hacia el desarrollo y utilización de indicadores enfocados en evaluar solo la estructura en la prestación de servicios de salud bucal. Por lo tanto, se destaca la necesidad de superar la visión individual e institucional (con indicadores en su mayoría de estructura) en la que se enfoca la calidad en salud bucal, y ampliarla hacia los procesos y resultados de la atención, la atención centrada en el paciente, la familia y la comunidad. El Estado y el SGSSS debe optimizar y renovar la forma de entender la calidad y propender por políticas públicas y sistemas de monitoreo específicas para salud bucal en el área de la calidad.

Palabras clave: calidad de servicios de salud, servicios de odontología, evaluación de la atención en salud, indicadores de calidad en salud.

Abstract

The measurement of quality in the provision of oral services in a health system in constant reform and with multiple actors, requires the use quality indicators of care, organized, systematized and standardized. The aim is to identify and analyze the main quality indicators in oral health services in Colombia, based on a thematic review of the literature published between 1993 and 2017 in specialized databases in Latin America, the USA and Europe, and a reference framework with the organizations recognized in the quality standardization in health services in the national and international sphere (WHO, FDI, ADA and Joint Commission). With the purpose of contributing to the best functioning of health services in their quality, from a systemic perspective, which includes elements of the structure, process and results of care. In total, 70 quality indicators were identified for oral health services in Colombia. 52.85% correspond to structure indicators, 32.28% to process indicators and 12.85% to result. There is a marked tendency towards the development and use of indicators focused on evaluating only the structure in the provision of oral health services. Therefore, the need to overcome the individual and institutional vision (with mostly structured indicators) in which the quality of oral health is focused, and to expand it towards the processes and results of care, focused on the patient, the family and the community. The State and the SGSSS must optimize and renew the way of understanding quality and promote public policies and specific monitoring systems for oral health in the area of quality.

Keywords: quality of health services, dental services, evaluation of health care, health quality indicators

Contenido

	Pág.
Resumen.....	V
Lista de tablas	1
Lista de Símbolos y abreviaturas.....	¡Error! Marcador no definido.
Introducción	4
Problema y pregunta de investigación	6
Objetivos: General y específicos	10
1. Capítulo 1: Antecedentes conceptuales y contexto	11
1.1 Investigación en salud	
1.2 Calidad en Salud	
1.3 ¿Por qué medir calidad en salud?	
1.4 ¿Qué es un indicador?	
1.4.1 ¿Qué es un Indicador de calidad?	
1.4.2 Características de un buen indicador	
1.4.3 Tipos de indicadores	
1.4.3.1 Indicadores de estructura	
1.4.3.2 Indicadores de proceso	
1.4.3.3 Indicadores de resultado	
1.5 Medición para el mejoramiento	
1.6 Monitoreo de la Calidad y monitoreo comunitario	
2. Capítulo 2: Metodología	22
2.1 Tipo de estudio	
2.2 Fases del estudio	
3. Capítulo 3: Aspectos éticos	25
4. Capítulo 4: Marco de referencia: estándares internacionales de medición de calidad en salud bucal	27
4.1 World Dental Federation (FDI)	
4.2 American Dental Association - Dental Quality Alliance y National Quality Forum	
4.3 Joint Comission International	
5. Capítulo 5: Resultados: Existencia de indicadores de calidad para los servicios de salud bucal en Colombia	36
5.1 Número y características de los documentos incluidos en la revisión	

5.2 Descripción de los indicadores de calidad en los servicios de salud bucal	
5.3 Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad: Indicadores identificados	
5.3.1 Indicadores del Sistema de información para la calidad – SIC.	
5.3.1.1 Observatorio de calidad en salud	
5.3.1.2 Biblioteca nacional de indicadores de calidad de la atención en salud (BNI)	
5.3.2 Indicadores del Sistema único de habilitación – SUH.	
5.3.3 Indicadores del Sistema único de acreditación – SUA. Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario Colombia.	
5.3.3.1 Grupos de estándares	
6. Capítulo 6: Análisis y discusión de resultados	68
7. Conclusiones y recomendaciones	73
Bibliografía	75
Anexo A: Fichas técnicas de indicadores de calidad en salud bucal: Resolución 0253 de 2016	77

Lista de tablas

Pág.

Tabla 1: Indicadores de calidad de la atención y categorización por dominios (estructura, proceso y resultado) – DQA	
Tabla 2: Organización de componentes en el manual de estándares de cuidado ambulatorio - JCI Cuarta Edición.....	
Tabla 3: Síntesis de documentos incluidos en la revisión.	
Tabla 4: Indicadores de calidad en salud bucal normatizados en Colombia.....	
Tabla 5: Indicadores de calidad de la atención en los servicios de salud bucal del SIC, SUH y SUA.....	
Tabla 6: Indicadores no normatizados de calidad en la atención en servicios de salud bucal en Colombia.....	

Lista de símbolos y abreviaturas

OMS: Organización mundial de la salud

OPS: Organización panamericana de la salud

NQF: National quality forum

IOM: Instituto de medicina de los EEUU

DQA: Dental Quality Alliance

ADA: Asociación dental americana

CMS: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

JCI: Joint Comission International

FDI: Federación dental internacional

OCDE: Organización para la cooperación y el desarrollo económico

SGSSS: Sistema general de seguridad social en salud

SOGC: Sistema obligatorio de garantía de la calidad

SIC: Sistema de información para la calidad en salud

SUH: Sistema único de habilitación

SUA: Sistma único de acreditación

BNI: Biblioteca nacional de indicadores de la calidad de la atención en salud

ENSAB: Estudio nacional de salud bucal

UPC: Unidad de pago por capitación

IPS: Intitución prestadora de servicios de salud

EAPB: Entidades administradoras de planes de beneficios

Introducción

Desde la adopción por la OMS de la estrategia de Salud para Todos en el Año 2000, en 1975, y la declaración de la Conferencia de Alma Ata en 1978 al formular el enfoque de Atención Primaria de Salud para alcanzar ese objetivo, la Investigación en Sistemas de Salud comenzó a recibir una mayor atención, en la perspectiva de realizar las metas propuestas para el nuevo milenio, basada principalmente en la idea de “investigación orientada para la acción”. Tal perspectiva, coordinada por la OMS y difundida por la OPS y el IDRC del Canadá, parece ser la preponderante desde entonces (1). Son muchas las áreas que se derivan de la investigación en sistemas de salud, una de ellas ha sido la calidad de la atención en salud, para este trabajo, específicamente la calidad de la atención odontológica y cómo medirla a través de indicadores, la cual, se ha convertido en una necesidad para el sistema de salud.

Son numerosos los enfoques que se le han dado al estudio de la calidad y las denominaciones que se han realizado de la misma, siendo el enfoque sistémico de la calidad propuesto por Donabedian (llamado así por considerar tres componentes para su estudio: la estructura, el proceso y el resultado) el que posibilita conocer de manera más completa la situación de la atención (2). En la estructura se conoce y evalúa el ¿con qué? se está trabajando, desde los recursos hasta la instalación; en el proceso se identifica el ¿cómo? se realizan las acciones; y, por último, los resultados proporcionan el conocimiento de los objetivos y metas logrados, es el ¿qué? se realizó con los recursos.

Adicionalmente, el concepto de calidad se puede enmarcar en cinco elementos fundamentales e integrados entre sí: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción y el impacto final que tiene en la salud (3).

Sin incluir los estudios referentes a la atención médica, son pocos los estudios que se refieren a la medición de la calidad de la atención odontológica en Colombia a través de indicadores, o a su evaluación; por ello es necesario realizar investigaciones para enfrentar los retos del sistema de salud en la atención de las necesidades de salud bucal de la población colombiana, contemplando sus particularidades.

De acuerdo con los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV), se evidencia que la experiencia de caries medida por el índice COP se ha reducido al pasar de 2.3 a 1.51 dientes afectados a la edad de 12 años, indicador de comparación internacional, el cual está por debajo de la cifra de 3.0 definida por la OMS. Sin embargo, la reducción de la prevalencia de caries se acompaña de una experiencia más severa para todos los grupos de edad. Adicionalmente, es importante mencionar el reto que significa para el país y para los servicios de atención, el incremento de la enfermedad periodontal, la fluorosis leve y muy leve, el edentulismo, así como el incremento de las lesiones por prótesis y la estomatitis (4).

Este documento es insumo fundamental para el sistema general de seguridad social en salud y todos los actores de la sociedad, plantea retos para la calidad de la atención individual sobre la gestión de riesgo y la atención del daño acumulado en las poblaciones de jóvenes y adulto mayor. Igualmente destaca la adecuada y oportuna atención de la salud de la infancia. Todo lo anterior, con el desarrollo de acciones en salud pública de tipo poblacional (4). Por lo tanto, es de importancia caracterizar la medición de la calidad en los servicios de odontología en Colombia, a través de indicadores, mediante la realización de una revisión temática de la literatura comprendida entre el año 1993 (reforma estructural al sistema de salud) y el 2017. Con el propósito de aportar al mejor funcionamiento de los servicios de salud en su calidad, desde una perspectiva sistémica. Se incluyen elementos de la estructura, del proceso y los resultados de la atención, para lo cual se revisan indicadores correspondientes a cada uno de estos aspectos, en: oportunidad, suficiencia, disponibilidad y accesibilidad espacial. Se aporta una base conceptual sobre el estado actual del desarrollo de indicadores de calidad en salud bucal en Colombia, para orientar la evaluación de la atención de la salud bucal, en el marco del actual sistema de salud del país.

Problema de Investigación

Desde la reforma estructural al sistema de salud colombiano en el año 1993, se configuró una nueva forma de entender la salud y los servicios, a través de su inserción al mercado con competencia regulada. En ese contexto, la atención de la salud bucal tuvo que transformarse para adaptarse al nuevo entorno y mejorar la calidad de la atención.

En la estructura de los servicios de salud bucal se configuró un aumento de la oferta privada de servicios en las ciudades principales y centros urbanos y la oferta pública se concentró en acciones de beneficencia y prevención primaria en regiones y zonas alejadas del centro económico de las ciudades. Se deja al mercado la oferta de servicios de atención odontológica generalizada y especializada.

Después de 24 años de dicha reforma, el actual Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud bucal, del Ministerio de Salud y Protección Social para Colombia, reporta un alto número de profesionales prestando servicios habilitados de carácter privado: odontología general 19925 y odontología especializada: 12544, de los cuales, el 62% trabajan como profesionales independientes; el 37% ofrecen servicios como IPS y un 1% con un objeto social diferente a la prestación de servicios de salud (fundaciones e instituciones de educación superior). Así mismo, la mayor concentración de los servicios odontológicos se da en ciudades capitales (Bogotá, Antioquía y Valle del Cauca, con un 26%, 16% y 10% del total nacional respectivamente). En Bogotá, de los 4639 prestadores de servicios odontológicos habilitados, el 81% corresponde a profesionales independientes, 18% a IPS y el 2% a entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud.

La reforma propuso un Plan de beneficios en salud que no cubre varios servicios odontológicos. Según la Resolución 5857 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social que actualiza el Plan de Beneficios en Salud y los servicios odontológicos con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) (artículos 34 y 35), se cubren solo los procedimientos odontológicos en pacientes en condiciones especiales que ameriten anestesia general o sedación asistida, obturaciones definitivas con materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama; prótesis dentales

totales mucosoportadas solo para aquellos afiliados que cotizan un ingreso base inferior a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes y para los cotizantes del régimen subsidiado. Este Plan de Beneficios excluye explícitamente el curetaje a campo abierto, el aumento de reborde parcialmente edéntulo, el blanqueamiento de diente (intrínseco) por causas endodónticas y los procedimientos correctivos en resorción radicular (interna y externa). En general excluye los tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, y rehabilitación oral y cirugía maxilofacial, de la atención odontológica.

Por lo tanto, al excluir la mayoría de los servicios odontológicos, la organización de los servicios de salud bucal se da por fuera del SGSSS en clínicas y consultorios de carácter privado y en el marco de la mercantilización de la salud, con predominio de una lógica de venta de servicios, dejando en un segundo plano el bienestar de la población y la salud integral como el principal objetivo de la atención. Adicionalmente, esta forma de organización de los servicios se desarrolla con escasa regulación por las políticas y lineamientos de calidad en la atención en salud. Lo anterior, nos hace preguntarnos sobre la calidad de los servicios de salud y su aporte a la resolución de las necesidades de salud bucal de la población.

Dado que las normas y lineamientos de calidad de la atención se orientaron principalmente por una concepción eficientista de los servicios en diálogo con la ley 100, se estimula el aumento de costos asociado a la calidad; lo cual se evidencia por ejemplo en el artículo 184 de esta misma ley donde se resalta; “Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud, se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo-eficiencia”.

Adicionalmente, la proliferación de normas para la prestación de servicios de salud bucal, privilegian el componente de la estructura para la garantía de la calidad en los servicios, desde las medidas sanitarias plasmadas en la ley 9ª de 1979, hasta la actualidad. Se proponen unos requerimientos mínimos de atención en salud bucal dentro del Sistema Único de Habilitación, dirigidos a regular la estructura, según el decreto 1011 de 2006 que crea el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Colombia.

En torno a estas reflexiones, el presente trabajo estudia la Calidad de la atención en salud bucal, como una herramienta del campo de investigación en Sistemas de salud, para mejorar la salud y medir dicha mejora con los indicadores de calidad más empleados, desde la perspectiva sistémica de Donabedian (1966, 1996, 1997).

Este autor reconoce la calidad de la atención como: "Las habilidades para alcanzar los objetivos deseados utilizando medios legítimos", donde los objetivos deseados implican "el nivel de salud alcanzable" (13). Así mismo, reconoce que "las dimensiones y los criterios que se elijan entre los muchísimos posibles para definir la calidad tendrán, por cierto, profunda influencia en los enfoques y métodos que se empleen para evaluar la atención médica".

Aunque existen otros abordajes y concepciones de calidad en salud, ampliamente empleadas, como son: las propuestas de Parasuraman et al, (1985) que conciben la calidad del servicio como "una medida del grado de discrepancia entre las percepciones y expectativas de los consumidores", o las medidas orientadas por la OMS, según la cual, la calidad es "el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso" (OMS, 1991), se prefiere la perspectiva sistémica, para este trabajo.

La perspectiva de Donabedian abarca las concepciones del Ministerio de Salud de Colombia y del instituto de Medicina de E.E.U.U., las cuales resultan pertinentes para la salud bucal. El Ministerio de salud colombiano define calidad de la atención en salud, en el Decreto 1011 de 2006, 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". Y, en segundo lugar, el Instituto de Medicina (IOM) de E.E.U.U define calidad de la atención como "el grado en que los servicios de atención médica para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual" (7).

La medición de la calidad de la prestación de los servicios bucal en un sistema de salud en constante reforma y con múltiples actores, requiere del uso de indicadores de calidad de la atención, organizados en los componentes de estructura, proceso y resultado.

Adicionalmente, dada la escasa evidencia sistemática y organizada en la literatura sobre la calidad de la atención en salud bucal, y sus indicadores, este trabajo pretende ser una aproximación inicial para identificar las herramientas existentes en el tema y, propone posibilidades y preguntas para continuar investigando sobre la calidad en salud bucal en Colombia.

Pregunta de investigación

¿Cuales son los principales indicadores de calidad en los servicios de salud bucal (estructura, proceso y resultado) en Colombia, reportados en la literatura entre 1993-2017?

Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

Identificar y analizar los principales indicadores de calidad en los servicios de salud bucal en Colombia a partir de una revisión temática de la literatura publicada entre los años 1993 y 2017 en bases de datos especializadas en América Latina, USA y EUROPA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los indicadores de estructura, procesos y resultados más utilizados para medir calidad de la atención de los servicios de salud bucal en Colombia, teniendo como marco de referencia los organismos reconocidos en la estandarización de la calidad de atención en servicios de salud en la esfera nacional e internacional.
- Analizar los indicadores normatizados en el país según el sistema general de seguridad social en salud tanto en entidades públicas y privadas como en los niveles de intervención: individual, familiar, comunitario y poblacional.
- Identificar las principales políticas, metas o estrategias gubernamentales que han orientado el uso e implementación de dichos indicadores.
- Realizar recomendaciones a partir de los indicadores identificados, los normatizados y los empleados sobre el actual estado de los servicios de salud bucal en lo referente a la calidad de la atención.

Capítulo 1:

Antecedentes conceptuales y contexto

1.1 INVESTIGACIÓN EN SALUD

La investigación en salud es definida por la 43 Asamblea Mundial de la Salud (1990), como un proceso de obtención sistemática de conocimientos y tecnologías que puede ser utilizado para la mejora de la salud de individuos y de grupos. Proporciona la información básica sobre el estado de salud y enfermedad de la población; procura desarrollar instrumentos para la prevención, cura y alivio de los efectos de las enfermedades; y se empeña en planificar mejores enfoques para los servicios de salud individuales y comunitarios (1).

En 1984, después de algunas reuniones internacionales dedicadas al asunto, con la participación de la OMS/OPS, IDRC, Fundación Rockefeller entre otras, además de varias instituciones nacionales y de distintos países, fue formulada una definición operacional de Investigación en sistemas de salud y seguridad social ISSS: estudio sistemático de los medios por los cuales el conocimiento médico básico y otros conocimientos relevantes se aplican a la salud de los individuos y de la comunidad, bajo un conjunto determinado de condiciones existentes. También fueron listadas nueve categorías de estudio que integrarían el campo de la ISSS: relaciones de los servicios con el entorno social; determinación de las necesidades y demandas de salud de la población; producción y distribución de recursos; estructura organizativa y componentes del sistema de salud; estudio de la utilización de servicios de salud; administración de los servicios de salud; análisis económico; evaluación de programas; y participación de la comunidad en su relación con los servicios de salud (1).

1.2 CALIDAD EN SALUD

Las definiciones de Calidad son numerosas y variadas, sin embargo, generalmente se relacionan dos aspectos fundamentales: lo que se espera recibir y lo que se recibe por parte del usuario y el prestador, teniendo en cuenta que mientras estén más próximos o que coincidan, expresarán más calidad (5).

Una de las definiciones de mayor aceptación mundial es: “La calidad es el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren aptitud para satisfacer necesidades” (6). En esta definición se puede diferenciar el objeto de la calidad del instrumento de medición que se utilice. El objeto trasciende la estructura de los servicios de salud para incluir el proceso mismo y sus resultados, mientras que la medida emplea la estadística para el control de la calidad por ser una herramienta auxiliar en la producción de la calidad (6).

1.3 ¿POR QUÉ MEDIR CALIDAD EN SALUD?

La medición constituye la base de la evaluación y se ha convertido en uno de los fundamentos de los esfuerzos actuales para mejorar la calidad de la atención médica. Las medidas de desempeño son herramientas para evaluar la atención médica en comparación con estándares reconocidos y son importantes para los proveedores, pacientes, pagadores y responsables políticos (8).

Las medidas de calidad impulsan la mejora al permitir que los proveedores de atención médica revisen su propio desempeño y realicen ajustes, compartan éxitos y exploren las causas, cuando el progreso se queda corto, todo en el camino hacia una mejor salud del paciente. Las medidas de calidad nos permiten cuantificar la atención brindada a los pacientes y evaluar cómo las actividades de mejora realmente mejoran la atención o los resultados para ciertas afecciones en diversos entornos o durante un período de tiempo específico. Cuando se utilizan en la práctica de la salud o en actividades de mejora del rendimiento, las medidas ayudan a determinar qué tan bien se proporciona atención para ciertos aspectos de la atención, para ciertas condiciones o para varias poblaciones o comunidades. Existen muchas formas y funciones de las medidas, lo común entre ellas es que buscan mejorar los resultados de salud al mejorar la calidad de la atención (8).

La medición puede ocurrir en diferentes niveles de salud. En el nivel más alto, la atención médica se puede dividir en dos sistemas separados y diferentes. Las medidas pueden aplicarse al sistema de salud basado en la población (por ejemplo, a través de programas basados en la comunidad, como la fluoración del agua, el programa de selladores escolares, etc.) o al sistema de prestación de asistencia sanitaria clínica, equipos, organizaciones de prestación de servicios o planes de seguro de salud. Las medidas de prestación de asistencia sanitaria y las medidas de salud de la población pueden clasificarse en tres subgrupos paralelos: medidas de calidad, medidas relacionadas con la atención clínica y medidas de eficiencia.

1.4 ¿QUÉ ES UN INDICADOR?

Es “una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un número con el cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo” (9).

La característica básica de un indicador es su potencialidad para medir un concepto de manera indirecta. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil es la frecuencia de las muertes de niños menores de un año en cierto período de tiempo, sin embargo, a través de este indicador es posible hacerse una idea de un concepto como: el desarrollo socioeconómico de una región. Es decir que, por caminos teóricos y empíricos, se ha demostrado que el nivel socioeconómico de una población se refleja en su mortalidad infantil y por ende ésta constituye un indicador del primero (10).

En el glosario de términos de la OMS, aparece el siguiente párrafo para definir el término indicador: Variable con características de calidad, cantidad y tiempo, utilizada para medir, directa o indirectamente, los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla. Provee también una base para desarrollar planes adecuados para su mejoría (10).

El desarrollo de buenos indicadores no es una tarea fácil ni puede abordarse sin un conocimiento profundo de diversas áreas como la medicina, administración de salud, la

estadística y la epidemiología. Un buen indicador por lo menos deberá cumplir al menos con cuatro características:

- Validez: debe reflejar el aspecto de la calidad para el que se creó o estableció y no otro.
- Confiabilidad: debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.
- Comprensibilidad: debe comprenderse fácilmente qué aspecto de la calidad pretende reflejar.
- Sencillez: debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar.

El desarrollo y utilización de indicadores debe adicionalmente sustentarse sobre adecuados sistemas de información (10).

1.4.1 ¿QUÉ ES UN INDICADOR DE CALIDAD?

Es posible definirlo como: “Una medida indirecta de la calidad que sirve para identificar áreas de mejoramiento y monitorizar los procesos de mejora de la calidad”. Adicionalmente;

- Que el indicador de calidad se defina como una medida indirecta significa que, aunque la mayor proporción de su variación sea explicada por factores asociados a la calidad de la atención; también hay factores causales que pueden estar asociados a otros factores, por lo cual siempre es necesario realizar análisis para evidenciar una falla de calidad. Cuando la mayor proporción de la variación del indicador está explicada por factores diferentes a la calidad de la atención, no es un buen indicador de calidad.
- Igualmente debe entenderse que la calidad es multidimensional y para la medición de su comportamiento deben tomarse en consideración diferentes mediciones.
- El indicador de calidad generalmente se diseña para identificar áreas de mejoramiento, por lo cual no es de extrañar que los resultados iniciales que arroje el indicador muestren una situación no deseable desde la perspectiva de la calidad de la atención (12).

Una medida de calidad es un mecanismo que permite al usuario cuantificar la calidad de un aspecto de atención seleccionado comparándolo con un criterio.

¿Cómo se utilizan las medidas de calidad?

Las medidas de calidad se utilizan para tres propósitos generales:

- Mejora de la calidad
- Responsabilidad
- Investigación

Otros usos potenciales:

- Política
- Reembolso

Las medidas de calidad también se definen como "los mecanismos que permiten al usuario cuantificar la calidad de un aspecto seleccionado de la atención al compararlo con un criterio basado en la evidencia que especifica qué es una mejor calidad". (12)

Cuando usarlo:

Es realmente importante que los proyectos de mejora tengan medidas de resultado, proceso, estructura y equilibrio. No es una decisión de uno u otro. Cada uno de los diferentes tipos de medidas tiene un propósito diferente para determinar si el proyecto de mejora ha tenido el impacto deseado.

1.4.2 CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN INDICADOR

El proceso de desarrollo de indicadores incluye aclarar el propósito y cómo deben aplicarse; identificar un tema para la medición; escribiendo la medida con sus especificaciones; Pruebas de validez, confiabilidad, usabilidad y factibilidad de la medida; e implementación. Un buen indicador o medida se desarrolla a través de un proceso sistemático con el aporte de muchos colaboradores siguiendo un mecanismo transparente, objetivo y significativo. Una buena medida es aquella que (37):

- Cubre un área clínica importante,
- Es científicamente aceptable (válido y confiable), es utilizable, es factible.

Ejemplo de medidas importantes son aquellas que abordan, por ejemplo: variaciones inexplicables en la atención; problemas conocidos o sospechosos con la calidad de la atención; metas o prioridades nacionales específicas de salud; enfermedad que causa alta

mortalidad o morbilidad severa o afecta a grandes segmentos de la población; procesos clínicos y resultados que están respaldados por evidencia sólida; o prácticas comerciales que conducen a una mayor eficiencia

La aceptabilidad científica incluye la fiabilidad y la validez de una medida. Una medida debe estar bien definida y especificada con precisión para que pueda implementarse de manera coherente dentro de las organizaciones y entre ellas permitir la comparabilidad. Las pruebas de confiabilidad demuestran que los resultados de las medidas son repetibles, produciendo los mismos resultados en una alta proporción del tiempo cuando se evalúan en la misma población en el mismo período de tiempo. Las pruebas de validez demuestran que la medida refleja la calidad de la atención brindada, identificando adecuadamente las diferencias en la calidad.

La medida también debe ser refinada para que sea utilizable y relevante para aquellos que usarán los datos generados por el proceso de medición y para que aquellos que usarán los datos puedan entender los resultados de la medida.

La medida también debe ser una para la cual se puedan recopilar los datos y los datos requeridos estén fácilmente disponibles, sean recuperables sin una carga excesiva y se puedan implementar para mejorar la calidad, es decir, sean factibles para la implementación. Para las medidas clínicas, los elementos de datos requeridos deben ser los que se generan de manera rutinaria durante el proceso de prestación de atención o como resultado de la prestación de atención. Son preferibles los elementos de datos que ya se encuentran en forma electrónica o que se pueden colocar fácilmente en forma electrónica. Por último, las medidas deben ser de fácil implementación y uso en la práctica rutinaria, así como proporcionar información significativa sobre la que se pueda actuar para medir con éxito la atención en salud.

1.4.3 TIPOS DE INDICADORES

Donabedian planteó uno de los métodos para evaluar calidad de la atención en salud con tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados. Este enfoque, sigue vigente y suele ser el principalmente usado en esta área para monitorizar la atención en salud, sea hospitalaria o de otros niveles.

En forma general, los indicadores de estructura miden la calidad del estado de los recursos usados; los indicadores de proceso miden directa o indirectamente la calidad durante las atenciones en salud sean individuales o colectiva, y, los indicadores de resultados miden el nivel de éxito alcanzado, es decir, si se logró el objetivo planteado en un principio (9).

1.4.3.1 Indicadores de estructura

La evaluación de la estructura implica los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal) y otros aspectos institucionales o gerenciales (organización del personal y métodos para su evaluación).

Su evaluación es generalmente, rápida y objetiva debido a que reúne una serie de características previamente establecidas. Sin embargo, la estructura más completa no garantiza calidad y el uso de estos indicadores es limitado si se pretende tener una visión integral de calidad de la gestión en salud en todos sus aspectos, tanto asistenciales como no asistenciales, comunitarios e institucionales.

Esto implica que ni el proceso ni los resultados pueden existir sin estructura, aunque ésta albergue distintas variantes del propio proceso. La relación entre estructura y calidad hace referencia sobre todo a que algunas deficiencias del proceso pueden estar parcialmente explicadas por insuficiencias de estructura.

Dentro de los indicadores que se consideran de estructura se encuentran la accesibilidad geográfica, la estructura física, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos (números y calificación), los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes e investigativas.

De Geyndt establece cuatro categorías para los indicadores de estructura:

- Estructura física
- Estructura ocupacional
- Estructura financiera
- Estructura organizacional (10).

Medidas de estructura: reflejan los atributos del servicio / proveedor, como la relación personal / paciente y los tiempos operativos del servicio. Estos son también conocidos como medidas de entrada.

1.4.3.2 Indicadores del proceso

Los indicadores que miden la calidad del proceso ocupan un lugar importante en las evaluaciones de calidad. Incluyen el proceso de atención médica, el cual es complejo donde la interacción del paciente con el equipo de salud, además de la tecnología que se utilice, deben jugar un papel relevante. También se analizan variables relacionadas con el grado de utilización de los servicios, la habilidad con que los profesionales de salud realizan aquellas acciones sobre los pacientes y todo aquello que los pacientes hacen en el hospital o en otros ámbitos por cuidarse a sí mismos. Adicionalmente, en el proceso se puede ganar o perder eficiencia así que, los indicadores de eficiencia de cierta forma son indicadores de calidad del proceso.

Existe, además, una estrecha relación, así como discusiones no saldadas entre los indicadores de proceso y los de resultados, se argumenta que el proceso no es valioso si la calidad no se observa en los resultados, y también, se reconoce que los resultados dependen también de muchos otros factores, que se podrían llamar externos al proceso tales como, la predisposición genética del paciente o la afectación de los diferentes determinantes sociales de salud (10).

Medidas de proceso: reflejan la forma en que funcionan sus sistemas y procesos para lograr el resultado deseado. Por ejemplo, la cantidad de tiempo que un paciente espera una revisión clínica de alto nivel, si un paciente recibe ciertos estándares de atención o no, si el personal se lava las manos, registra incidentes y actúa sobre los hallazgos y si los pacientes están informados de los retrasos a la espera de una cita.

1.4.3.3 Indicadores de resultados

Los indicadores de los resultados generalmente se han utilizado como eje principal para la investigación y monitoreo de la calidad, ya que son fácilmente comprensibles, no obstante, para que constituyan un reflejo real de la calidad de la atención, deberán contemplar las características de los pacientes en los cuales se basan, algo que puede resultar complicado.

El resultado, se refiere al beneficio o daño que se logra en los pacientes, familias o comunidades, o también es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida, que adicionalmente, es posible medir con prevalencias de salud e indicadores complejos.

Donabedian define como resultados en salud “aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual” (8). Entre estos se debe incluir otras consecuencias de la asistencia, como, por ejemplo: el conocimiento acerca de la enfermedad, el cambio de comportamiento o la satisfacción de los pacientes. Siendo de gran importancia esta última, porque constituye el juicio de los pacientes sobre la calidad de la asistencia recibida y tiene una influencia directa sobre los resultados (10).

Medidas de resultado: reflejan el impacto en el paciente y demuestran el resultado final de su trabajo de mejora y si finalmente ha alcanzado el objetivo(s) establecido. Los ejemplos de medidas de resultado son la reducción de la mortalidad, la reducción de las prevalencias de caries y enfermedad periodontal, la reducción en las atenciones de urgencias, los incidentes o daños adversos, la resolutivez de los servicios odontológicos y la mejora de la experiencia del paciente.

1.5 MEDICIÓN PARA EL MEJORAMIENTO

Las medidas están destinadas principalmente a mejorar la calidad de la atención, la responsabilidad o la investigación. Los datos generados a través de la medición deben traducirse en información y conocimiento y luego utilizarse para tomar decisiones inteligentes sobre la mejora de los procesos y los resultados de la atención.

La mejora de la calidad de la atención puede llevarse a cabo como un proceso interno o mediante un proceso externo.

La mejora de la calidad interna es de interés, por ejemplo, para un profesional individual que estudia el proceso o el resultado de una modalidad de diagnóstico o tratamiento particular dentro de la práctica. Los hospitales, los planes de beneficios de salud, los

hogares de ancianos, las organizaciones de proveedores preferidos y otros sistemas están igualmente interesados en realizar una evaluación interna de la calidad de la atención, ya sea que brinden la atención directamente o sean fundamentales para su prestación. El uso de medidas para mejorar la calidad interna implica tres pasos básicos: 1) identificar problemas u oportunidades de mejora; 2) seleccionar las medidas apropiadas de estas áreas; y 3) obtener una evaluación de referencia de las prácticas actuales y luego volver a medir para evaluar el efecto de los esfuerzos de mejora en la medición del desempeño. Los resultados de la medición de calidad de línea de base se pueden utilizar para comprender mejor un problema de calidad, priorizar áreas de mejora, motivar el cambio y establecer una base de comparación a lo largo del tiempo.

La evaluación externa de la calidad es de interés para las organizaciones que son responsables de la calidad de la atención brindada a través de los sistemas de atención. La evaluación generalmente se realiza como parte de un cronograma de análisis y reporte de rutina. Como parte de la mejora de la calidad, la organización que patrocina el programa de evaluación generalmente proporciona puntos de referencia u otros objetivos para alentar a los proveedores e instituciones individuales a realizar mejoras internas de la calidad. Además de la mejora directa de la calidad, la medición se realiza para defender la confianza del público, proporcionar información al consumidor y dar cuentas a los encargados de la formulación de políticas, los pagadores y otros que adquieren atención. Se hace para demostrar que los fondos proporcionados para los servicios de salud se utilizan para su propósito declarado y están produciendo resultados efectivos. La rendición de cuentas a menudo se realiza como parte de la mejora de la calidad externa. Estas organizaciones recopilan datos de rendimiento, verifican su exactitud e informan los resultados de rendimiento a los proveedores de atención.

1.6 MONITOREO DE LA CALIDAD Y MONITOREO COMUNITARIO

El objetivo de la utilización de indicadores como herramientas para medir calidad es en últimas el de proporcionar más salud a las poblaciones, a través de la monitorización o vigilancia constante que permita identificar alteraciones en los patrones óptimos de salud y ser corregidos a tiempo. Para esto, se plantea una visión más amplia de la vigilancia convencional, hacia la concepción del monitoreo comunitario.

Solís, Yepes et al. en el 2018 (28) establecen algunas diferencias estructurales entre la vigilancia convencional y el monitoreo comunitario:

- La vigilancia convencional concibe la salud como un proceso esencialmente individual que se asume por el efecto negativo que es la enfermedad. El monitoreo comprende procesos críticos en la colectividad que son los determinantes sociales de la salud (modos de vida grupales y estilos de vida familiares – personales) y las condiciones de los organismos encargados de prestar los servicios.
- La vigilancia convencional interpreta la génesis de las enfermedades desde una visión empírica reduccionista, enmarcada en el paradigma positivista que solo permite llegar a medidas individuales de la atención, mientras que el monitoreo parte de la planeación estratégica de los procesos de atención y su monitoreo.
- La gestión desde la vigilancia clásica se concibe desde el aparato vertical del Estado, lo que implica pasividad o colaboración marginal de los trabajadores, en una lógica centralizada con una mayor ineficiencia y costos, flujo ascendente de la información y cobertura limitada. Mientras que el monitoreo es parte de una gestión estratégica y control colectivo de la gestión.

El monitoreo comunitario participativo se centra en componentes de salud familiar y comunitaria. Por lo tanto, en función de estos componentes es posible desarrollar propuestas de indicadores, así como permitir a las comunidades comprender, registrar y denunciar los daños sobre su salud (28).

Adicionalmente, es necesario comprender el escenario histórico de nuestros países y preguntarnos si lo que queremos hacer es vigilar pasivamente los indicadores o más bien orientar las actividades del monitoreo hacia un proceso participativo de empoderamiento de nuestras colectividades; en segundo lugar y finalmente, implica buscar en casos concretos de aplicación el saber y la experiencia necesarios para avanzar en la calidad de la atención.

Capítulo 2:

Metodología

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal con utilización de fuentes secundarias de información provenientes de una revisión temática de la literatura.

2.2 FASES DEL ESTUDIO

2.2.1. Fase de revisión temática de literatura:

Se realizó revisión temática de la literatura sobre los principales indicadores de salud de los servicios de Odontología en Colombia entre los años 1993 y 2017.

La búsqueda se efectuó con base en la selección de documentos para identificar los indicadores de estructura, procesos y resultados más utilizados para medir calidad de la atención de los servicios de Odontología públicos y privados en Colombia.

La revisión de la literatura se ejecutó en bases de datos especializadas y metabuscadores (OVID, PUBMED, MEDLINE, LILACS), con utilización de palabras clave para consultar información pertinente al tema (calidad de servicios de salud, servicios de odontología, evaluación de la atención en salud, indicadores de calidad en salud). Adicionalmente para consultar a profundidad se utilizaron las bases de datos SCIELO, UNM, repositorios de universidades con programas académicos de formación en calidad en salud y en

bibliotecas institucionales (Ministerio de salud, Secretaría Distrital de Salud, Superintendencia Nacional de Salud)

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión para los textos de la revisión:

- 1) Periodo de estudio de 1993 a 2017
- 2) Texto completo
- 3) Publicados en idiomas inglés, español y portugués.

Se revisaron los lineamientos y recomendaciones de organismos internacionales de estandarización y calidad de la atención en salud como OMS, FDI, ADA y Joint Comission para conformar un marco de referencia.

2.2.2 Fase de organización, consolidación y análisis de la información:

Se realizó:

- Estudio de escritorio sobre documentos disponibles acerca de los indicadores de estructura, procesos y resultados aplicados en la evaluación de calidad de la atención en servicios odontológicos en Colombia. Esta información se consigna en fichas de análisis.
- Evaluación de la calidad de los estudios y discusión con el director de trabajo final.
- Determinación de la heterogeneidad y la homogeneidad a partir de parámetros comunes.
- Determinación del sesgo de publicación.
- Determinación y análisis de subgrupos por medio de subcategorías y categorías transversales a los indicadores encontrados de estructura, procesos y resultados.

- Síntesis y organización de la información sobre los indicadores en matriz de resultados según lo existente en la literatura, lo normatizado por el país y lo empelado en las instituciones publicas y privadas de Colombia, de acuerdo con los niveles individual, familiar, comunitario y poblacional.
- Análisis de la información, el cual incluye: interpretación de la matriz de resultados, identificación de las principales estrategias, metas o políticas gubernamentales que orientan la implementación de los indicadores encontrados, analizado en contexto con la estructura política, económica y social del país en el periodo del estudio.

2.2.3 Fase narrativa:

En esta fase se realizó informe de trabajo final con base en conclusiones y el análisis crítico del actual estado de los indicadores de salud bucal en lo referente a calidad de la atención en salud bucal.

Capítulo 3:

Aspectos éticos

El valor y los beneficios de la investigación dependen sustancialmente de la integridad con la que esta se lleva a cabo. Por lo tanto, para el presente trabajo se tuvieron en cuenta los principios enunciados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación, la cual fue elaborada en el marco de la 2a Conferencia Mundial sobre Integridad en la Investigación en el 2010.

Se acogieron entonces los siguientes principios:

- Honestidad en todos los aspectos de la investigación
- Responsabilidad en la ejecución de la investigación
- Cortesía profesional e imparcialidad en las relaciones laborales
- Buena gestión de la investigación en nombre de otros

También se pusieron en práctica las responsabilidades allí enunciadas sobre: Integridad, cumplimiento de las normas, métodos de investigación, documentación de la investigación, resultados de la investigación, autoría, reconocimiento en las publicaciones, revisión por pares, conflictos de intereses, comunicación pública, denuncia de prácticas irresponsables en la investigación, respuesta a prácticas irresponsables en la investigación, ambiente para la investigación y consideraciones sociales.

Adicionalmente, para la calificación de riesgo inherente a la investigación se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Para el presente trabajo, de acuerdo con las categorías que se exponen en el artículo 11, se puede establecer que esta es una investigación sin riesgo, dado que: “son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”.

Declaro adicionalmente la no existencia de conflictos de interés, ni económicos o de otra índole, los cuales pudieran comprometer la confiabilidad del trabajo.

Finalmente, para la presente investigación se tuvo respeto de la propiedad intelectual y compromiso al guardar total confidencialidad sobre la información relacionada con el presente trabajo de investigación, de igual manera el respeto por los derechos de autoría según el acuerdo 035 de 2003 en el cual se reglamenta la propiedad intelectual en la Universidad Nacional De Colombia.

Capítulo 4:

Marco de Referencia: Estándares internacionales de medición de calidad en salud bucal

Hace más de 40 años, el médico Avedis Donabedian propuso un modelo para evaluar la calidad de la atención médica basándose en estructuras, procesos y resultados (12). Definió la estructura como el entorno en el que se proporciona la atención médica, el proceso como el método por el cual se proporciona la atención médica, y el resultado como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada. Desde entonces, la medición de la calidad de la atención médica ha evolucionado considerablemente y hoy en día muchas organizaciones, como la Joint Commission y el Consorcio de médicos convocados por la American Medical Association, lideran el camino en el desarrollo de medidas de calidad y desempeño en medicina. Durante las últimas décadas, los proveedores en los diversos ámbitos de la atención médica han adoptado los principios de la atención basada en la evidencia. Las pautas clínicas basadas en la evidencia ahora forman la base de las medidas que permiten a los médicos y programas identificar oportunidades de mejora y crear planes de mejora de la calidad de la atención.

En consecuencia, para el presente trabajo se realizó una búsqueda temática orientada a encontrar información de organismos reconocidos en la estandarización de la calidad de atención en servicios de salud, específicamente en odontología, en la esfera internacional. Con el objetivo de utilizar los principales indicadores y lineamientos de calidad como punto de contraste con los existentes en Colombia.

Para tal fin, se recuperó información de entidades de América del Norte tales como: la FDI, ADA, Joint Comission y entidades de países europeos como European Comission. A continuación, se hará una breve recopilación de la principal información respecto a la concepción, planteamiento y/o aplicación de indicadores de calidad de la estructura, procesos y resultados en los servicios de salud bucal utilizados por las diferentes organizaciones o países.

4.1 AMÉRICA DEL NORTE - WORLD DENTAL FEDERATION (FDI)

En primer lugar y como punto de partida, se tendrá en cuenta la declaración política de la FDI (World Dental Federation), la cual resalta “la absoluta necesidad de calidad en la odontología”. Adicionalmente, define la calidad en odontología como “Un proceso interactivo que implica a profesionales de la odontología, pacientes y otras partes interesadas, cuyo fin es desarrollar y mantener objetivos y medidas que permitan alcanzar resultados óptimos en materia de salud”. A través de esta definición establece una serie de principios asociados a ella, tales como:

- La mejora de la calidad en la odontología es una aspiración universal.
- Calidad, seguridad y transparencia son inseparables.
- La calidad está influida por el contexto político, ético, social y económico y, por ello, no siempre es apropiada la imposición de una serie de normas universales.
- La mejora de la calidad es la responsabilidad colectiva de muchos grupos de partes interesadas que necesitan comunicarse y trabajar de forma transparente y colaborativa.
- La mejora de la calidad debería reflejar las pruebas más fidedignas disponibles aplicadas de acuerdo con la experiencia de los profesionales clínicos y las expectativas del paciente.
- Una comprensión global de calidad, junto a procesos abiertos, alentaría el aprendizaje colectivo y el establecimiento de una base de conocimientos para la mejora de la calidad.
- La mejora de la calidad requiere un gasto de recursos tanto intelectuales como educativos, de investigación, financieros y de tiempo.
- La adopción de un ciclo continuo de mejora de la calidad debe traducirse en resultados sanitarios mejores y más rentables para los pacientes.
- La gestión de la calidad debería ser un componente integral de la educación y la formación odontológica.

4.2 AMERICAN DENTAL ASSOCIATION - DENTAL QUALITY ALLIANCE y NATIONAL QUALITY FORUM

En segundo lugar, otras organizaciones como por ejemplo la ADA (American Dental Association) en cabeza de la Dental Quality Alliance (DQA), la cual agrupa más de 35 organizaciones de los Estados Unidos, se estableció en el 2008 a solicitud de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), para tener un rol de liderazgo autorizado en el desarrollo de medidas de calidad. Tras los aportes de las partes interesadas internas y externas, la Junta de Fideicomisarios de ADA estableció el DQA y aprobó sus reglas operativas en 2010. Muchas de las principales sociedades de profesionales dentales, pagadores, educadores y un miembro del público en general se han unido a la alianza para promover la misión de la DQA.

La DQA se creó con los objetivos de: 1) identificar y desarrollar medidas de desempeño y recursos de medición de la atención de la salud oral basados en la evidencia. 2) Avanzar en la eficacia y base científica de la medición y mejora del rendimiento clínico. 3) Fomentar y respaldar la responsabilidad profesional, la transparencia y el valor en la atención de salud oral a través del desarrollo, la implementación y la evaluación de la medición del desempeño.

Su surgimiento está motivado en tres aspectos: 1) aumento del gasto en salud, 2) proliferación aleatoria y descoordinada de medidas de calidad externas al sector, 3) interés nacional en la creación de sistema de medición de calidad.

En cuanto al primer punto, es posible decir que: los aumentos continuos en los gastos nacionales en salud han creado una necesidad urgente de evaluar con precisión la calidad y la eficiencia de la atención. El establecimiento de medidas para identificar y monitorear estrategias innovadoras para reducir la incidencia de enfermedades bucales, mientras que al mismo tiempo mejora la eficacia y la eficiencia de la atención a través de un enfoque en la prevención, es una prioridad nacional importante.

En cuanto al segundo punto, si bien una amplia variedad de entidades han perseguido el desarrollo de medidas de calidad en odontología de manera independiente, un análisis ambiental realizado por el DQA demostró una falta significativa de medidas estandarizadas entre los sectores público y privado y entre las comunidades, el estado y los niveles

nacionales. Las medidas que se utilizan habitualmente son duplicados en diferentes organizaciones (por ejemplo, evaluaciones de riesgo, planificación del tratamiento, colocación de selladores y flúor), carecen de información sobre especificaciones detalladas con descripciones de numerador y denominador y un exceso de medidas de proceso en lugar de mediciones más centradas en los resultados. Además, se necesita un enfoque equilibrado que evalúe todos los aspectos de la atención para comprender mejor las disparidades y planificar adecuadamente la mejora de la calidad. El desarrollo y el uso de medidas válidas, confiables, factibles y utilizables en odontología siguen siendo un desafío.

En consecuencia, los puntos 2 y 3 hacen referencia a la necesidad de medir, basada en la responsabilidad de garantizar que el público reciba los beneficios óptimos del conocimiento disponible y la atención efectiva. Para asegurarse de estar brindando atención dental centrada en el paciente de la más alta calidad, la odontología debe medir qué funciona y qué no, y hacer los cambios necesarios para mejorar los resultados de salud. Muchas medidas no solo son imperfectas, sino que proliferan a un ritmo acelerado, lo que aumenta la carga de datos y confunde la capacidad de concentrarse en los temas más importantes para mejorar la salud y la atención médica. En un esfuerzo por frenar cualquier medida de calidad inapropiada que se esté implementando en el sistema de prestación de servicios de salud oral, la Dental Quality Alliance (DQA) ahora está llevando a la profesión a un paradigma de medición e informes estandarizados con el propósito de mejorar la calidad de la atención de salud bucal.

Para tal fin, el comité definió seis objetivos -indicadores- para el mejoramiento de la calidad

1. Oportunidad: reduciendo las esperas y, en ocasiones, las demoras perjudiciales tanto para los que reciben como para quienes brindan atención.
2. Efectividad: brindar servicios basados en el conocimiento científico a todos los que podrían beneficiarse y abstenerse de brindar servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarán (evitando la infrautilización y el uso excesivo).
3. Eficiencia: evitar el desperdicio, incluido el desperdicio de equipos, suministros, ideas o energía.
4. Equidad: brindar atención que no varía en calidad debido a características personales como género, etnia, ubicación geográfica y estado socioeconómico.

5. Centrado en el paciente: proporciona una atención que respeta y responde a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente y garantiza que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas.
6. Seguridad: evitar lesiones a los pacientes debido a la atención destinada a ayudarlos.

Con el fin de avanzar en su misión de mejorar las medidas de rendimiento y la mejora de la calidad en la salud oral, el DQA ha desarrollado y aprobado hasta la fecha un total de 14 medidas pediátricas y tres medidas para adultos enfocadas en la prevención y el manejo de enfermedades (2016) (Ver tabla 1).

Como dicta el proceso regular la DQA comenzó a presentar las medidas para su aprobación al National Quality Forum (NQF), una organización independiente sin fines de lucro que evalúa las medidas de calidad de la atención médica mediante la creación de un consenso sobre las prioridades y objetivos nacionales para la mejora del rendimiento y el trabajo conjunto para lograrlos. Respaldan los estándares de consenso nacional para medir e informar públicamente sobre el desempeño y promover el logro de los objetivos nacionales, a través de programas de educación y divulgación. Durante más de una década, NQF ha sido reconocida como una organización que establece estándares de consenso voluntario según lo especificado por la Ley Nacional de Avances en la Tecnología y la Transferencia de 1995 y la Circular de la Oficina de Administración y Presupuesto A-119. NQF emplea un Proceso de Desarrollo de Consenso (CDP) formal para evaluar y respaldar los estándares de consenso, incluidas las medidas de desempeño, las mejores prácticas, los marcos y las pautas para la presentación de informes. Al utilizar este proceso riguroso, NQF fomenta el consenso entre una amplia variedad de partes interesadas en torno a estándares específicos que pueden usarse para medir y reportar públicamente la calidad de la atención médica. Un respaldo de NQF refleja una revisión científica rigurosa, basada en la evidencia sobre los aportes de los pacientes y sus familias en toda la industria de la salud. Actualmente, la cartera de medidas de NQF consta de más de 700 estándares respaldados por NQF. La aprobación de NQF es el estándar de oro para la calidad de la atención médica. Posterior a este proceso, la DQA cuenta con los estándares o indicadores de calidad de la atención reportados en la tabla 1, los cuales han sido uno de los principales productos de su trabajo desde su creación.

Tabla 1. Indicadores de calidad de la atención y categorización por dominios (estructura, proceso y resultado) - DQA

Nombre indicador	Descripción	Entidad	Dominio
Evaluación oral	Porcentaje de niños inscritos menores de 21 años que recibieron una evaluación oral completa o periódica dentro del año del informe.	DQA	Proceso
Fluoruro tópico para niños con riesgo elevado de caries	Porcentaje de niños inscritos de 1 a 21 años de edad que tienen un riesgo "elevado" (es decir, "moderado" o "alto") que recibieron al menos 2 aplicaciones de fluoruro tópico en el año que se informa.	DQA	Proceso
Sellantes para niños de 6 a 9 años de edad con riesgo elevado de caries	Porcentaje de niños inscritos en la categoría de edad de 6 a 9 años con riesgo "elevado" (es decir, "moderado" o "alto") que recibieron un sellador en un primer diente molar permanente dentro del año del informe.	DQA	Proceso
Sellantes para niños de 10 a 14 años de edad con riesgo elevado de caries	Porcentaje de niños inscritos en la categoría de edad de 10 a 14 años con riesgo "elevado" (es decir, "moderado" o "alto") que recibieron un sellador en un segundo diente molar permanente dentro del año del informe.	DQA	Proceso
Continuidad del cuidado	Porcentaje de todos los niños matriculados en dos años consecutivos que recibieron una evaluación oral completa o periódica en ambos años.	DQA	Proceso
Fuente habitual de servicios	Porcentaje de todos los niños matriculados en dos años consecutivos que visitaron la misma práctica o entidad clínica en ambos años.	DQA	Proceso
Visitas de urgencias al servicio de atención ambulatoria para caries dentales en niños	Número de visitas al departamento de urgencia por motivos relacionados con la caries por cada 100,000 miembros para todos los niños inscritos	DQA	Resultados
Seguimiento después de las visitas al departamento de urgencias por caries dentales en niños	Porcentaje de visitas al Departamento de urgencias de cuidado ambulatorio por caries dentales entre niños de 0 a 20 años en el período de informe durante el cual el miembro visitó a un dentista dentro de (a) 7 días y (b) 30 días después de la visita.	DQA	Proceso
Atención continua en adultos con periodontitis	Porcentaje de adultos inscritos de 30 años o más con antecedentes de periodontitis que recibieron una profilaxis oral O raspaje/alisado radicular O visita de mantenimiento periodontal al menos 2 veces durante el año que se informa.	DQA	Proceso
Fluoruro tópico para adultos con riesgo elevado de caries	Porcentaje de adultos inscritos de 18 años o más que tienen un riesgo "elevado" (es decir, "moderado" o "alto") que recibieron al menos 2 aplicaciones de fluoruro tópico en el año que se informa.	DQA	Proceso

4.3 JOINT COMISSION INTERNATIONAL

Fundada en 1994 la JCI es parte de una empresa global de organizaciones dinámicas sin fines de lucro que aborda todas las dimensiones de la acreditación, la atención de calidad y la seguridad del paciente. La misión de JCI es mejorar la seguridad y la calidad de la atención en la comunidad internacional a través de la prestación de servicios de educación, publicaciones, consultas y evaluación.

La JCI ha diseñado manuales con estándares de acreditación para diferentes entidades de salud, por ejemplo: hospitales, hospitales universitarios, servicios de transporte médico, atención en casa, cuidado primario, laboratorios y cuidado ambulatorio. Este último es el que aplica para los servicios de salud bucal como clínicas y consultorios.

Los estándares de cuidado ambulatorio están diseñados para: fortalecer los esfuerzos de seguridad del paciente, mejorar la gestión de riesgos, facilitar la gestión efectiva y la entrega de información, medir y mejorar la calidad de la gestión de las instalaciones, desarrollar y garantizar las calificaciones del personal, aumentar la confianza de la comunidad al demostrar un compromiso con la atención centrada en el paciente, monitorear y evaluar la mejora de la calidad, la gobernabilidad y los esfuerzos de liderazgo.

El manual de estándares se divide principalmente en dos componentes, observados en la tabla 2. Dentro de cada componente se encuentran los ítems de las diferentes áreas del servicio sobre los cuales se dictan los estándares. Sin embargo, la información disponible no fue suficiente para identificar los indicadores específicos de los servicios de odontología, ya que el acceso al manual debe ser pagado y para los criterios de inclusión de esta investigación se tuvo en cuenta solo los textos de acceso libre.

Tabla 2. Organización de componentes en el manual de estándares de cuidado ambulatorio JCI Cuarta Edición.

Estándares centrados en el paciente.	Estándares de gestión de la organización de atención de salud
<ul style="list-style-type: none">•Objetivos internacionales de seguridad del paciente•Acceso y valoración del paciente.•Atención al paciente y continuidad de la atención.•Derechos y responsabilidades del paciente•Registro de pacientes y flujo de información.•Servicios al paciente y contratos.•Educación del paciente y de la familia.•Manejo y uso de medicamentos•Anestesia y cirugía del paciente.	<ul style="list-style-type: none">•Mejora en la calidad y seguridad del paciente.•Prevención y control de infecciones.•Gobernanza y liderazgo•Gestión de instalaciones y seguridad•Cualificaciones del personal y educación•Manejo y gestión de la información

Capítulo 5:

Resultados: indicadores de calidad de los servicios de salud bucal en Colombia

5.1 NÚMERO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS DOCUMENTOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN TEMÁTICA DE LA LITERATURA

En la figura 1 se observa el cuadro de flujo para la selección de documentos. Un total de 47 documentos fueron encontrados en las bases de datos LILACS, SCIELO, repositorios universitarios (U. Nacional, U. Bosque). Los documentos sobre calidad en salud allí evidenciados fueron utilizados para el marco teórico y de referencia. Sin embargo, los documentos específicos sobre estudios de calidad en salud bucal fueron pocos y posterior al proceso de aplicación de criterios de inclusión y exclusión se incluyeron 13. Debido a los escasos resultados obtenidos, se realizó una búsqueda manual en las principales instituciones de calidad en salud o competentes en el área, como:

Ministerio de salud, Secretarías de salud, Superintendencia nacional de salud y Observatorio nacional de salud

Se adicionaron 3 documentos a través de esta búsqueda. En total se analizaron 17 documentos. Se expondrán brevemente a continuación los documentos incluidos en la revisión y posteriormente los indicadores de calidad para los servicios de salud bucal identificados en cada uno de ellos.

En la **tabla 3** se puede observar el objetivo/propósito del documento y su metodología. Los documentos incluyen revisiones, paneles de expertos, proyectos, informes de entidades públicas, tesis de maestrías, leyes, manuales, etc.

Figura 1. Flujograma de selección de documentos

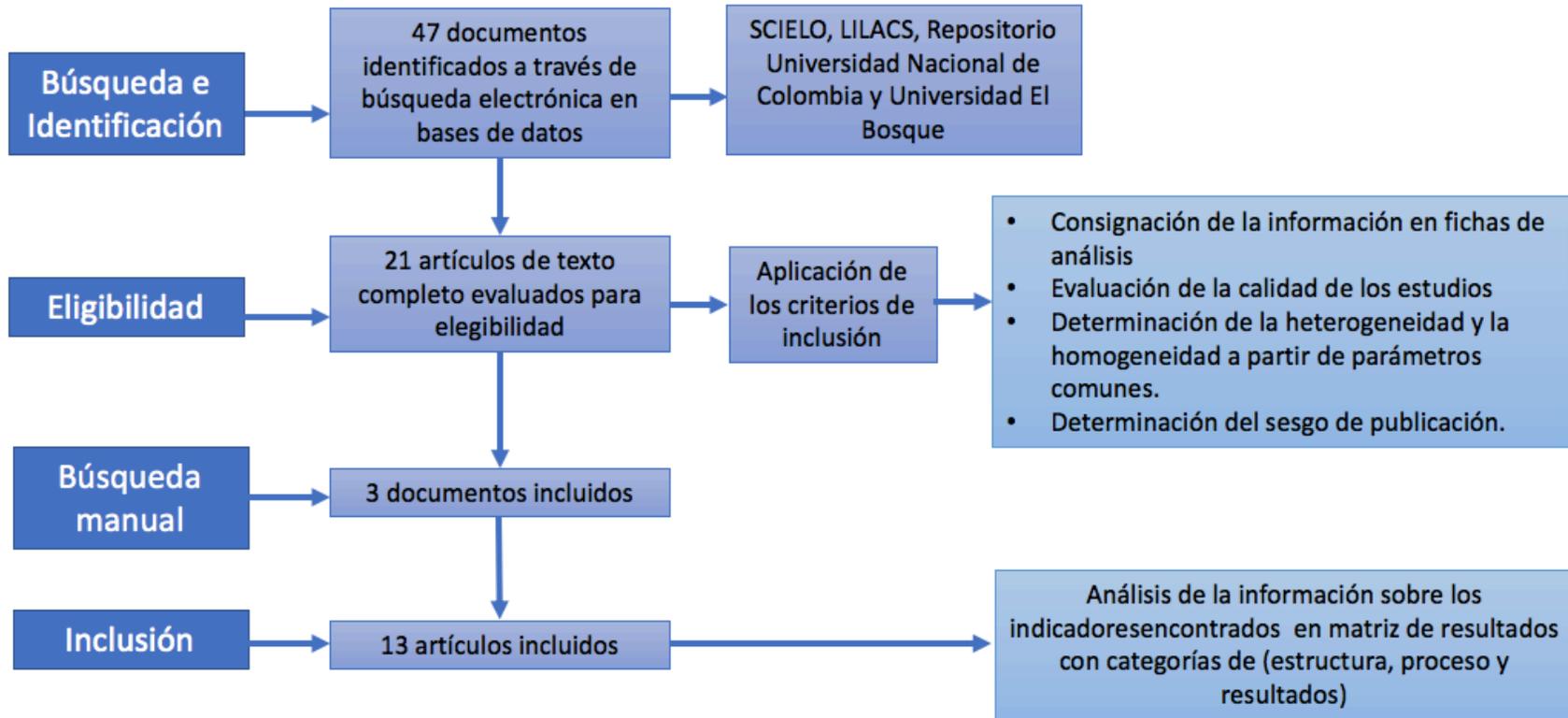


Tabla 3. Síntesis de documentos incluidos en la revisión.

No.	Documento	Tipo de Documento	Objetivo/ propósito	Metodología	Año
1	Resolución 0256 de 2016	Norma	Se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud	Establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema.	2016
2	Informe nacional de calidad de la Atención en salud 2015- Ministerio de salud Colombia	Informe de entidad pública	Reporta a partir de los indicadores definidos con el Primer Informe Nacional de Calidad INCAS 2009 y de la evolución de los registros de las mediciones, un panorama de la calidad en el país durante el período 2009-2014.	La metodología del informe Nacional de Calidad en Salud consta de cinco componentes: i) metodología de la síntesis del Análisis de la Situación de la Salud en Colombia; ii) metodología de los indicadores que conciernen a EPS; iii) metodología de indicadores que conciernen a IPS, y iv) metodología de indicadores que conciernen a la percepción del usuario.	2015
3	Informe final: encuesta nacional de evaluación de los servicios de las EPS. 2017.	Informe de Ministerio de salud	Seguimiento y evaluación a la gestión de la calidad en la atención en salud en el marco del SOGC. Indaga la manera en que los usuarios perciben las EPS	Entrevista personal con cuestionario estructurado, se excluyen regímenes especiales y medicina prepagada	2017
4	Fichas técnicas de Indicadores de Calidad Resolución 0256 de 2016 Oficina de Calidad	Norma	Describir detalladamente la composición y origen de los indicadores de entidades departamentales, distritales y municipales de salud	Exposición de fichas técnicas de cada indicador	2016
5	Observatorio Nacional de Calidad de la Atención en Salud - OCAS Colombia. Guía Metodológica	Informe de Ministerio de Salud	Proporcionar el marco conceptual y metodológico para la consolidación del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud OCAS, como el escenario de referencia para dar cuenta de cuál es la calidad de la atención en salud que reciben los colombianos, mediante la gestión de la información y el conocimiento sobre la calidad en la atención en salud y su disposición y divulgación en condiciones de igualdad y transparencia para todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Conceptualización de la estrategia del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud OCAS, la descripción de herramientas y actividades que involucran la estandarización, estabilización de los requisitos, componentes y productos del mismo, que contribuyan a su consolidación y sostenibilidad en el mediano plazo.	2016

6	Guía metodológica de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento en Salud ROSS Colombia.	Informe de Ministerio de salud	Informar sobre contribución en el campo de monitorear y explicar resultados en salud, el comportamiento de la oferta sanitaria y la existencia de desigualdades en salud, a través de la priorización y automatización de tableros de indicadores, del establecimiento de líneas bases, así como en el desarrollo y adaptación de métodos de medición combinando datos de diferentes fuentes de información; con el fin de generar y proporcionar información basada en la evidencia a los tomadores de decisiones y a los responsables de orientar la acción política	Informe de cada observatorio de salud sus cualidades, logros, y metas a futuro	2015
7	Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. Versión 003		Objetivo es la modernización y actualización de uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud que es el Sistema Único de Acreditación	Diseño de estándares para la acreditación para las IPS públicas y privadas del país.	2011
8	Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y protección social de Colombia	Norma	Fijar criterios y condiciones básicas, que deben cumplir todos los servicios de salud que se presten y deban habilitarse en el país, para garantizar estándares mínimos de obligatorio cumplimiento, con el fin de asegurar que los servicios se presten en condiciones que minimicen los riesgos de seguridad para el paciente.	Establece los procedimientos y condiciones de inscripción y de habilitación de los prestadores de servicios de salud mediante la adopción del manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud con estándares de habilitación definidos.	2014
9	Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007)	Informe de Ministerio de salud - SOGC	guía que posibilite y facilite de manera integral el accionar de las organizaciones de salud, impulsando el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de tal forma que se genere valor agregado para los usuarios de los servicios y desde luego dentro de toda la organización.	Realiza guías por capítulos sobre: Cómo realizar la autoevaluación, la definición de prioridades, la definición de la calidad esperada, la medición inicial del desempeño de los procesos, a formulación, ejecución y evaluación del Plan de Mejoramiento, etc.	2007

10	Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de salud y protección social	Norma	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Organiza disposiciones para la creación del sistema a través de los siguientes componentes: <ol style="list-style-type: none"> 1. El Sistema Único de Habilitación. 2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. 3. El Sistema Único de Acreditación. 4. El Sistema de Información para la Calidad. 	2006
11	Biblioteca nacional de indicadores de calidad de la atención en salud	Informe de Ministerio de salud - SOGC	indicadores recopilados a través del consenso de diversos grupos de expertos nacionales en la monitorización de la calidad de la atención en salud,	Indicadores obtenidos a partir de la revisión de la literatura existente y en lo posible basados en la evidencia disponible; estandarizados y recomendados para su utilización en los diferentes niveles del Sistema de Información para la Calidad	2011
12	Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) Plan Estratégico 2016-2021	Informe de Ministerio de salud	Propone las principales estrategias y acciones para que se impulsen modelos de gestión orientados a la excelencia y a la generación de valor social. En este sentido plantea como principal objetivo, el fortalecimiento de la gestión y la articulación de los agentes para el mejoramiento continuo y el logro de los resultados en salud	Propuesta en torno a tres ejes: (i) las personas como centro y calidad del sistema, (ii) la calidad a partir de un enfoque sistémico y, (iii) la transformación de la gestión del sistema mediante procesos de autoevaluación, dirigidos hacia capacidades de ajuste, mejora continua e innovación.	2016
13	Estudio de investigación sobre la evaluación de la calidad de los servicios de salud oral en la red adscrita a la secretaria distrital de salud.	Tesis de maestría	Determinar la calidad en la prestación de los servicios de salud oral en los hospitales de la red adscrita de la Secretaría Distrital de Salud.	se obtuvo un tamaño de muestra equivalente a 28 instituciones y se adicionó el 20% de este valor, con el fin de no afectar la confiabilidad con los casos de no respuesta. El tamaño final de la muestra de instituciones fue de 34. Se realizó utilizando técnicas de comprobación en campo, por parte de los odontólogos del equipo investigador y complementariamente a través de la detección manual y automática de inconsistencias durante la codificación y procesamiento.	1998
14	La Medición de la Percepción de la Calidad de los Servicios Odontológicos como Herramienta	Tesis de maestría	Conocer la percepción de la calidad del servicio de los pacientes de las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá.	Estudio de tipo descriptivo basado en un método de investigación deductivo. Revisión documental y trabajo de campo	2016

	para su Mejoramiento. Aplicación en las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá.				
15	Propuesta De Mejora En La Calidad De La Prestación Del Servicio En Una Clínica Odontológica De La Ciudad De Bogotá	Artículo	Diseñar una propuesta de mejora en la calidad de la prestación del servicio de una clínica odontológica.	Descriptivo con diseño de instrumento	2010
16	Evaluación de los atributos de calidad del servicio de odontología de la E.S.E del municipio de Villavicencio Meta.	Trabajo final de especialización	Evaluar los atributos de calidad del servicio de odontología de la E.S.E del municipio de Villavicencio Meta con instrumento diseñado y validado	Descriptivo con aplicación de instrumento para evaluar atributos de calidad con variables predeterminadas	2004

5.2 DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL

En total, se identificaron 70 indicadores de calidad para los servicios de salud bucal en Colombia.

De estos indicadores, solo 5 están registrados dentro del Sistema de Información para la calidad de la atención en salud (SIC) del Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), los cuales cumplen con los requisitos y procedimientos de construcción suficientemente soportados con fichas técnicas, las cuales se pueden evidenciar en el Anexo A.

Por otra parte, 25 de estos indicadores son los correspondientes a los estándares de habilitación específicos para los servicios de odontología provenientes del Sistema Único de Habilitación del SOGC.

Otros 4 indicadores corresponden a los estándares de acreditación específicos de los servicios de salud bucal según el Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario Versión 003 originado a partir de las orientaciones del Sistema Único de Acreditación del SOGC.

La descripción detallada de los indicadores identificados del SIC, SUH y SUA se pueden encontrar en la tabla 5.

Finalmente se incluyen 36 indicadores tipo parámetros, identificados en estudios y tesis de maestría referenciados en la tabla 6, los cuales tuvieron origen a partir de investigaciones documentales y de campo. Sin embargo, estos no se encuentran parametrizados o normatizados, aunque su contenido, es decir, la descripción de cada indicador, en su mayoría corresponden a los mismos del SIC y del SUH, es decir, se duplican.

De acuerdo con los parámetros expuestos en el marco conceptual, se identificaron y organizaron en la matriz de análisis: 37 indicadores de infraestructura, 24 indicadores de proceso y 9 indicadores de resultado.

De esta categorización de indicadores se obtuvo que dentro del componente de infraestructura se encontraron indicadores de dominios como: talento humano, dotación, gestión de tecnología, evaluación de la estructura. En el componente de proceso los indicadores los dominios encontrados fueron: accesibilidad, planeación de la atención, pertinencia de los tratamientos odontológicos, integralidad y continuidad en los servicios de odontología, evaluación de la historia clínica y oportunidad. Así mismo, en el componente de resultado los indicadores identificados fueron: efectividad, satisfacción, experiencia de la atención y productividad. Adicionalmente, no se encontraron indicadores diferenciados para grupos poblacionales (niños, adultos, et.), la mayoría fueron de aplicabilidad en IPS tanto públicas como privadas y la mayoría del total de indicadores encontrados fueron sobre infraestructura.

En cuanto a la normatividad vigente del país, del total de indicadores identificados, 30 se encuentran normatizados por resoluciones del Ministerio de salud y protección social, de la siguiente forma:

Tabla 4. Indicadores de calidad en salud bucal normatizados en Colombia

No. de indicadores	Norma	Descripción de la norma
2	Resolución 1446 de 2006	Sistema de Información para la Calidad, indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
1	Resolución 3253 de 2009	Principios generales y los lineamientos para definir, hacer seguimiento y evaluar las metas de cobertura, resolutivez, y oportunidad mediante el mecanismo de pago por capitación
2	Resolución 0256 de 2016	Sistema de Información para la Calidad e indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
25	Resolución 2003 de 2014	Inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

En lo referente a los indicadores y su origen o aplicabilidad en instituciones públicas o privadas, es posible afirmar que los indicadores normatizados son de aplicabilidad tanto en instituciones privadas como públicas y no se encontraron indicadores parametrizados o soportados con fichas técnicas de instituciones privadas.

Por otra parte, dentro de los indicadores identificados no fue posible diferenciar niveles de énfasis diferente al individual o al institucional. Por lo tanto, los énfasis familiar, comunitario o poblacional como posibles niveles de intervención de los indicadores no se encontraron reportados o investigados.

Finalmente, en cuanto a las políticas, metas o estrategias gubernamentales que han orientado el uso e implementación de dichos indicadores, se identificó su origen principalmente en la creación e implementación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad con sus cuatro subcomponentes. Dentro del cual es marcada y evidente la tendencia de los diferentes gobiernos a seguir los estándares y modelos de evaluación del desempeño de acuerdo con los lineamientos de organizaciones internacionales como la Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE), lo cual es evidente en los documentos de política del Ministerio de Salud y protección social como: el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud y la Guía Metodológica para el Sistema de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud de Colombia bajo Criterios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE, ambos documentos del Ministerio de Salud y protección social.

En ellos es posible evidenciar que para evaluar el desempeño de un sistema de salud pueden considerarse las dimensiones de Equidad, Eficiencia, Acceso, Costo y Calidad. A su vez, la dimensión de la calidad presenta tres cualidades definidas: i) Efectividad de las atenciones en salud, ii) Seguridad del paciente y iii) Experiencia de la atención de los usuarios. Estas últimas se pueden denominar cualidades intrínsecas de la calidad, y hacen parte inherente de los procesos de atención en salud, del aseguramiento y de la gestión del riesgo.

Tanto la efectividad de la atención como la seguridad corresponden a la dimensión técnica de las atenciones, a diferencia de la experiencia de la atención, que corresponde a la dimensión interpersonal; en consecuencia, la efectividad en salud y la seguridad, pueden determinar resultados en salud. La efectividad de la atención evalúa si los servicios de salud cuentan con los elementos requeridos para que la atención en salud produzca una mejora en el estado de salud de las personas, si la seguridad se enfoca a disminuir los riesgos de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias y, por último, si la experiencia de la atención centrada en el paciente/usuario reúne una serie de mediciones de las expectativas y necesidades que los usuarios admiten de manera subjetiva como cualidades inherentes y deseables de la atención.

Tabla 5. Indicadores de calidad de la atención en los servicios de salud bucal del SIC, SUH y SUA.

INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL EN COLOMBIA 1993 - 2017. REVISIÓN TEMÁTICA DE LA LITERATURA										
No.	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR			INDICADOR NORMALIZADO EN EL SGSSS			INDICADOR APLICADO EN		POLÍTICA-META O ESTRATEGIA ORIENTADORA
		ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO	Dominio	SI/NO	LEY/RESOLUCIÓN/NORMA	INSTITUCIÓN PÚBLICA	INSTITUCIÓN PRIVADA	
1	Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General		x		Accesibilidad / Oportunidad	SI	Resolución 1446 de 2006	IPS		Sistema de Información para la calidad SOGC
2	Oportunidad en la asignación de cita en consulta de Odontología General		x		Accesibilidad / Oportunidad	SI	Resolución 1446 de 2006	EAPB		Sistema de Información para la calidad SOGC
3	Resolutividad en los servicios odontológicos			x	Efectividad	SI	Resolución 3253 de 2009	IPS		Sistema de Información para la calidad SOGC
4	Proporción de gestantes con valoración por odontología			x	Efectividad	SI	Resolución 0256 de 2016	IPS		Sistema de Información para la calidad SOGC
5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general		x		Experiencia de la atención	SI	Resolución 0256 de 2016	IPS/EAPB		Sistema de Información para la calidad SOGC
6	Para sedación en odontología con óxido nitroso, el odontólogo, debe contar con certificado de formación para el uso clínico y práctico de este gas.	x			Talento humano	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
7	El odontólogo deberá estar acompañado del personal de apoyo correspondiente. El personal de apoyo, debe encargarse únicamente de la administración del medicamento, monitoreo continuo del paciente y registrar los signos vitales y la respuesta a la sedación	x			Talento humano	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
8	Para los servicios donde se realicen procedimientos con sedación, cuenta con: 1. Monitor de signos vitales. 2. Succión con sondas para adultos y pediátrica según el paciente a atender. 3. Oxígeno y oxígeno portátil. 4. Oxímetro de pulso y tensiómetro, cuando no se encuentren incluidos en el monitor de signos vitales.	x			Dotación/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
9	Cuenta con odontólogo general u odontólogo especialista, de acuerdo con la oferta de servicios.	x			Talento humano/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
10	Si realiza actividades de Protección específica y Detección Temprana, disponibilidad de Odontólogo o auxiliar en odontología o auxiliar en salud oral o auxiliar de higiene oral.	x			Talento humano/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
11	Disponibilidad de: 1. Sala de espera con unidad sanitaria.	x			Infraestructura/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
12	El consultorio odontológico cuenta con: 1. Área para el procedimiento odontológico. 2. Lavamanos por consultorio, en caso de contar el consultorio con unidad sanitaria no se exige lavamanos adicional. 3. Área para esterilización con mesón de trabajo que incluye poceta para el lavado de instrumental. 4. Área independiente para disposición de residuos.	x			Infraestructura/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
13	El ambiente para consulta odontológica con más de dos unidades cuenta con: 1. Área para el procedimiento odontológico. 2. Lavamanos (mínimo uno por cada tres unidades odontológicas). 3. Barrera física fija o móvil entre las unidades. 4. Ambiente independiente del área de procedimiento para realizar el proceso de esterilización. No se exigirá cuando la Institución cuente con central de esterilización que garantice el servicio. 5. Área independiente para disposición de residuos.	x			Infraestructura/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC

INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL EN COLOMBIA 1993 - 2017. REVISIÓN TEMÁTICA DE LA LITERATURA										
No.	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR			INDICADOR NORMALIZADO EN EL SGSSS			INDICADOR APLICADO EN		POLÍTICA-META O ESTRATEGIA ORIENTADORA
		ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO	Dominio	SI/NO	LEY/RESOLUCIÓN/NORMA	INSTITUCIÓN PÚBLICA	INSTITUCIÓN PRIVADA	
14	Cuenta con: 1.Unidad Odontológica: Sillón con cabecera anatómica. Escupidera. Lámpara odontológica de luz fría. Bandeja para instrumental. Eyector. Jeringa Triple. Módulo con acople para piezas de mano, micromotor y contra-ángulo. 2. Negatoscopio. 3. Compresor de aire. El negatoscopio, eyector, escupidera, lámpara odontológica de luz fría, piezas de mano, u otros, podrán estar o no incorporados en la unidad.	x			Dotación/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
15	Dotación de equipos, según el método de esterilización definido.	x			Dotación/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
16	Disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, de acuerdo con la capacidad instalada, frecuencia de la atención de la consulta, demanda, número de ciclos de esterilización al día, los cuales se componen de: 1. Espejos bucales. 2. Exploradores. 3. Pinzas algodonerías. 4. Jeringas, cámpulas.	x			Dotación/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
17	Disponibilidad de: 1. Sondas periodontales. 2. Cucharillas y/o excavadores.	x			Dotación/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
18	Se cuenta mínimo con el siguiente instrumental para operatoria: 1. Aplicador de dycal. 2. Condensador FP3 o empacadores. 3. Porta amalgama. 4. Opcional bruñidor y/o cleoide-discoide. 5. Opcional espátulas inter-proximales. 6. Fresas para apertura de cavidad y fresas para pulir resinas de diferentes calibres para baja y alta velocidad.	x			Dotación/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
19	Instrumental para endodoncia: 1. Explorador de conductos, espaciadores, condensadores y limas.	x			Dotación/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
20	Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: 1. Fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras y mango para bisturí	x			Dotación/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
21	Instrumental para periodoncia: 1. Curetas. 2. Sondas Periodontales.	x			Dotación/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
22	El instrumental se requerirá conforme a las actividades y técnicas aplicadas por el profesional.	x			Dotación/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
23	En los consultorios de especialistas además del instrumental básico, se cuenta con el equipo e instrumental necesario según la especialidad.	x			Dotación/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
24	Cuenta con mueble para el almacenamiento de instrumental y material estéril.	x			Dotación/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC

INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL EN COLOMBIA 1993 - 2017. REVISIÓN TEMÁTICA DE LA LITERATURA

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR			INDICADOR NORMATIZADO EN EL SGSSS			INDICADOR APLICADO EN		POLÍTICA-META O ESTRATEGIA ORIENTADORA
		ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO	Dominio	SI/NO	LEY/RESOLUCIÓN/NORMA	INSTITUCIÓN PÚBLICA	INSTITUCIÓN PRIVADA	
25	Cuenta con: 1. Guías clínicas sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral y manejo de complicaciones anestésicas. 2. Criterios explícitos y documentados sobre las guías, procesos, procedimientos, instructivos, etc., conforme al servicio ofertado. 3. Procedimientos para la información al paciente y la familia sobre recomendaciones y preparación pre procedimiento y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de las posibles complicaciones que se podrían presentar durante los procedimientos realizados. 4. Protocolo de esterilización y suficiencia de instrumental, de acuerdo con la rotación de pacientes.	x			Procesos prioritarios/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
26	Disponibilidad de: 1. Imagenología. 2. Proceso de esterilización. 3. Transporte asistencial cuando, fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II.	x			Interdependencia/ Consulta Odontológica general y especializada	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
27	La toma de radiografías odontológicas, si la realiza una auxiliar de consultorio odontológico o auxiliar en salud oral o auxiliar de higiene oral, cuenta con supervisión por parte del odontólogo. Esta supervisión implica que el odontólogo desarrolla las acciones establecidas en los protocolos, no implica la supervisión directa de cada procedimiento radiológico, ni la presencia permanente del odontólogo. La interpretación deberá realizarse únicamente por el odontólogo	x			Talento humano/ Toma e interpretación de radiografías odontológicas	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
28	Las áreas o ambientes en los que funcionan equipos emisores de radiaciones ionizantes, deben corresponder a las especificadas en el estudio radiofísico, para el equipo de rayos X de uso odontológico, según la oferta. Toda fuente emisora de radiación ionizante debe contar con licencia de funcionamiento vigente, expedida por la autoridad competente.	x			Infraestructura / Toma e interpretación de radiografías odontológicas	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
29	Cuenta con: 1. Equipo de rayos X correspondiente, según la oferta. 2. Delantal plomado, según protocolos y especificación del equipo.	x			Dotación / Toma e interpretación de radiografías odontológicas	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
30	Cuenta con protocolo para la toma de rayos X.	x			Procesos prioritarios / Toma e interpretación de radiografías odontológicas	SI	Resolución 2003 de 2014	IPS	IPS	Sistema Único de Habilitación SOGC
31	En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se cuenta con mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.		x		Planeación de la atención	NO	-----	IPS	IPS	Manual de acreditación en salud ambulatorio
32	En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.		x		Planeación de la atención	NO	-----	IPS	IPS	Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario Version 003
33	La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral		x		Evaluación de la atención	NO	-----	IPS	IPS	Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario Version 003
34	La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.	x			Gestión de tecnología	NO	-----	IPS	IPS	Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario Version 003

Tabla 6. Indicadores no normatizados de calidad en la atención en servicios de salud bucal en Colombia.

No.		NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR			INDICADOR NORMALIZADO EN EL SGSSS		
			ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO	Dominio	SI/NO	LEY/RESOLUCIÓN/NORMA
35	1	NÚMERO Y PROPORCION DE INSTITUCIONES QUE TIENEN ÁREAS FÍSICAS ADICIONALES A LA DEL CONSULTORIO SEGÚN TIPO DE INSTITUCION	x			Evaluación de la estructura	NO	-----
36	2	NÚMERO Y PROPORCION DE INSTITUCIONES QUE CUENTAN CON SEÑALIZACION, ÁREA DE ESPERA Y RECEPCION, ACCESO A SERVICIOS COMPLEMENTARIOS Y BAÑOS	x			Evaluación de la estructura	NO	-----
37	3	NUMERO Y PROPORCION DE INSTITUCIONES CON CONDICIONES ADECUADAS DE AREA, MATERIAL Y ESTADO DEL PISO	x			Evaluación de la estructura	NO	-----
38	4	PAREDES CON MATERIAL ADECUADO Y ESTADO DEL MATERIAL SEGÚN TIPO DE INSTITUCION	x			Evaluación de la estructura	NO	-----
39	5	TECHO CON MATERIAL ADECUADO Y ESTADO DEL MATERIAL SEGÚN TIPO DE INSTITUCION	x			Evaluación de la estructura	NO	-----
40	6	NUMERO Y PROPORCION DE INSTITUCIONES CON INSTALACIONES EXPUESTAS SOBRE PISO Y/O PARED SEGÚN TIPO DE INSTITUCION	x			Evaluación de la estructura	NO	-----
41	7	NUMERO Y PROPORCION DE INSTITUCIONES CON ILUMINACION NATURAL Y ARTIFICIAL SUFICIENTE SEGÚN TIPO DE INSTITUCION	x			Evaluación de la estructura	NO	-----
42	8	NUMERO Y PROPORCION DE INSTITUCIONES CON VENTILACION NATURAL Y ARTIFICIAL SUFICIENTE SEGÚN TIPO DE INSTITUCION	x			Evaluación de la estructura	NO	-----
43	9	Condiciones de Ubicación, Instalación y Aislamiento sonoro del Compresor	x			Evaluación de la estructura	NO	-----
44	10	CONDICIONES DE EXISTENCIA DE INSTRUMENTAL, INSUMOS Y SUMINISTROS	x			Evaluación de la estructura	NO	-----
45	11	EVALUACION DE HOJAS DE VIDA PARA LOS ODONTOLOGOS	x			Evaluación de la estructura	NO	-----
46	12	PORCENTAJE DE HISTORIAS CLINICAS ODONTOLOGICAS DE ATENCION PROGRAMADA QUE CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS ADMINISTRATIVOS Y CLINICOS.		x		Evaluación del proceso/ Evaluación de la Historia Clínica Odontológica en Consulta Programada	NO	-----
47	13	PORCENTAJE DE HISTORIAS CLINICAS CON PERTINENCIA SEGÚN CRITERIOS RELACIONADOS		x		Evaluación del proceso/ Pertinencia en los Tratamientos Odontológicos	NO	-----
48	14	PORCENTAJE DE CONTINUIDAD E INTEGRALIDAD DE LOS TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS, ACTIVIDADES REPETIDAS Y PROMEDIO SESIONES - MES		x		Evaluación del proceso/ Integralidad y Continuidad en la Atención de Servicios de Odontología	NO	-----
49	15	PORCENTAJE DE HISTORIAS CLINICAS ODONTOLOGICAS DE URGENCIA QUE CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS ADMINISTRATIVOS Y CLINICOS.		x		Evaluación del proceso/ Evaluación de la Historia Clínica Odontológica de Urgencia y Pertinencia	NO	-----
50	16	Normas y procedimientos para el control de infecciones en el personal asistencial		x		Evaluación del proceso/ Sistema Integral para el Control de Infecciones (Bioseguridad)	NO	-----
51	17	Vacunación recibida para Hepatitis B y Tetanos.		x		Evaluación del proceso/ Sistema Integral para el Control de Infecciones (Bioseguridad)	NO	-----
52	18	CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE LAVADO DE MANOS		x		Evaluación del proceso/ Sistema Integral para el Control de Infecciones (Bioseguridad)	NO	-----

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR			INDICADOR NORMALIZADO EN EL SGSSS			
		ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO	Dominio	SI/NO	LEY/RESOLUCIÓN/NORMA	
53	19	PORCENTAJE DE ODONTOLOGOS QUE UTILIZAN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL POR INSTITUCION		x			NO	-----
54	20	Procedimientos para el control de infecciones en las áreas de atención.		x			NO	-----
55	21	MONITOREO DE LA ESTERILIZACION		x			NO	-----
56	22	DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS QUE RECIBIÓ INFORMACIÓN DE REQUISITOS PARA ASIGNACIÓN DE CITAS			x	Evaluación de resultados/Satisfacción del cliente	NO	-----
57	23	CONOCIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS QUE REALIZAN EN LA INSTITUCIÓN.			x	Evaluación de resultados/Satisfacción del cliente	NO	-----
58	24	Atención brindada por los funcionarios que intervienen en el proceso de atención.			x	Evaluación de resultados/Satisfacción del cliente	NO	-----
59	25	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE CONSIDERÓ CÓMODO Y LIMPIO EL LUGAR DE ATENCIÓN			x	Evaluación de resultados/Satisfacción del cliente	NO	-----
60	26	Satisfacción por el tratamiento realizado			x	Evaluación de resultados/Satisfacción del cliente	NO	-----
61	27	PROMEDIO DEL NÚMERO DE DÍAS PARA OTORGAR LA CITA MÁS PRÓXIMA Y MÁS LEJANA POR TIPO DE INSTITUCIÓN		x		Evaluación de resultados/Oportunidad	NO	-----
62	28	PROPORCIÓN DE CITAS PRIMERA VEZ DENTRO DE 48 HORAS Y REPETIDA DENTRO DE 8 HORAS		x		Evaluación de resultados/Oportunidad	NO	-----
63	29	PROMEDIO DE CITAS ODONTOLÓGICAS A MAS DE OCHO DÍAS POR TIPO DE INSTITUCIÓN		x		Evaluación de resultados/Oportunidad	NO	-----
64	30	PROMEDIO DE VECES QUE EL USUARIO FUE A SOLICITAR LA CITA		x		Evaluación de resultados/Oportunidad	NO	-----
65	31	PROMEDIO DE MINUTOS EN DEMORA SOLICITANDO CITAS POR TIPO DE INSTITUCION		x		Evaluación de resultados/Oportunidad	NO	-----
66	32	DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS SEGÚN TIPO DE INSTITUCION Y MINUTOS DE ESPERA PARA LA CONSULTA		x		Evaluación de resultados/Oportunidad	NO	-----
67	33	DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS SEGÚN TIPO DE SERVICIO Y MINUTOS DE ESPERA		x		Evaluación de resultados/Oportunidad	NO	-----
68	34	PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN POR TIPO DE INSTITUCIÓN		x		Evaluación de resultados/Oportunidad	NO	-----
69	35	RENDIMIENTO POR TIPO DE INSTITUCIÓN			x	Evaluación de resultados/Productividad	NO	-----
70	36	DURACION DE LA CONSULTA POR TIPO DE INSTITUCION			x	Evaluación de resultados/Productividad	NO	-----

5.3 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: INDICADORES IDENTIFICADOS

A continuación, se presenta la información sobre la formulación (origen y propósito) de los indicadores identificados, bajo la orientación de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta entidad tiene como una de sus funciones el establecimiento y monitoreo de los indicadores de calidad. El seguimiento de los indicadores de calidad en la atención de los servicios de salud en Colombia se ha realizado principalmente desde el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad –SOGC–, establecido en el Decreto 1011 de 2006.

5.3.1 INDICADORES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD – SIC.

La Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Es importante mencionar lo dispuesto en el artículo 2, que establece para el nivel de monitoria del sistema lo siguiente:

"Los indicadores trazadores definidos para este nivel y las fichas técnicas de los mismos están contenidos en el Anexo Técnico que son de obligatoria implementación y reporte por parte de las instituciones a que hace referencia el artículo 1 del Decreto 1011 de 2006 y sirven para la monitoria de la calidad de la atención en salud en todo el territorio Nacional y para el desempeño de los diferentes actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud...".

Los indicadores para hacer seguimiento a los Actores del sistema de salud y monitorear la calidad en la atención en salud del país, se conforma a partir de dos series:

1. Para el periodo 2006 – 2015, los indicadores adoptados por el sistema de información para la calidad, en la Resolución 1446 de 2006 (derogada por la Resolución 0256 de 2016). Las áreas de monitoreo de estos indicadores son: accesibilidad/oportunidad de la atención, calidad técnica de la atención, gerencia del riesgo y satisfacción/lealtad (ver tabla 4).

-
2. A partir del 2016 los indicadores adoptados mediante la Resolución 0256 de 2016. El enfoque utilizado para el monitoreo de la calidad se alinea con las temáticas prioritarias en la atención en salud, que requieren mejoramiento continuo de la calidad (ver tabla 4).

Se reglamentó para el Sistema de Información para la Calidad –SIC– un conjunto de indicadores para Instituciones Prestadoras de Salud –IPS– y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB–, centrados en aspectos relevantes, como i) oportunidad/accesibilidad, ii) calidad técnica, iii) gerencia del riesgo y iv) satisfacción/lealtad. Estos tienen el propósito de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base en la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la referenciación por calidad, lo que permite materializar los incentivos de prestigio del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En cuanto a los indicadores específicos para salud bucal podemos mencionar una reducción a los siguientes, según el Informe nacional de calidad de la Atención en salud 2015:

a) Tiempo de espera de asignación de citas por Odontología General: para el período 2009-2014 lo reportado por las EPS-IPS ha disminuido, al pasar de 4 días a 2,78 días.

b) Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General (IPS):

El indicador se obtiene del cociente entre la sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita para ser atendido en la consulta de Odontología General y la fecha en la cual es asignada la cita, dividido por el número total de consultas de Odontología General asignadas en la institución. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad semestral.

- El indicador ha tenido una tendencia decreciente: pasó de 4 en 2009 a 2,78 días en 2014.
- El registro más bajo del indicador ocurrió en 2012 y coincide con el año en el que menor número de IPS reportaron el indicador.
- El 51% de las IPS habilitadas en 2014 y que reportaron el indicador tuvieron una tendencia decreciente.
- El indicador más alto para el 2014 se encuentra en San Andrés (8,31 días) seguido por Bogotá con (4,22 días) y Cundinamarca (3,71 días).
- El indicador más bajo fue reportado por La Guajira (1,22 días).

-
- El reporte del indicador por parte de las IPS se ha mantenido entre 61% y 88%. El menor porcentaje de reporte fue 61%, en 2012.

c) Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de Odontología General (EPS)

La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema, pues orienta y racionaliza la demanda y contiene costos. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico, disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión.

- El indicador total de EPS muestra una tendencia al descenso, al pasar de 4,88 días en 2009, a 2,45 días en 2014. Entre 2010 y 2014, el régimen contributivo ha estado con valores por encima del régimen subsidiado.
- El régimen subsidiado, entre 2009 y 2014 presenta una tendencia decreciente al pasar de 4,35 días a 2,79 días.
- El régimen subsidiado, entre 2009 y 2014 presenta una tendencia decreciente al pasar de 5,48 días a 2,10 días.
- El régimen contributivo, entre 2009 y 2014 presenta una tendencia decreciente pasó de 4,35 días a 2,79 días.

Vemos entonces que estos indicadores hacen parte del aspecto de: oportunidad/accesibilidad, y no se encontraron indicadores específicos para odontología en los otros aspectos tratados por el SIC: calidad técnica, gerencia del riesgo y satisfacción/lealtad.

5.3.1.1 OBSERVATORIO DE CALIDAD EN SALUD

El Observatorio de Calidad en Salud es una instancia a cargo de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social que dispone y divulga información sobre la calidad de la atención en salud que reciben los colombianos.

Objetivos:

1. Gestionar la información disponible en conocimiento e indicadores que permitan comprender las condiciones de calidad en la atención en salud y su contexto.

-
2. Realizar el monitoreo permanente de los cambios en las condiciones de calidad en la atención en salud y sus tendencias.
 3. Desarrollar e implementar modelos predictivos y de alertas tempranas sobre el comportamiento y evolución de las condiciones de calidad en la atención en salud.
 4. Promover la producción de conocimiento sobre la calidad en la atención en salud a partir de la conformación de redes de expertos soportadas en las tecnologías de la comunicación y la información.
 5. Poner a disposición de los Usuarios, actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la información y el conocimiento disponible sobre la calidad en la atención en salud en condiciones de igualdad y transparencia.

5.3.1.2 BIBLIOTECA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (BNI)

Es el conjunto de indicadores recopilados a través del consenso de diversos grupos de expertos nacionales en la monitorización de la calidad de la atención en salud, obtenidos a partir de la revisión de la literatura existente y en lo posible basados en la evidencia disponible; estandarizados y recomendados para su utilización en los diferentes niveles del Sistema de Información para la Calidad: nivel de monitoria del sistema, niveles de monitoria externa e interna, indicadores de acreditación e indicadores de seguimiento a riesgos, y publicados en la sala temática de indicadores de calidad del Observatorio de Calidad.

Presenta un panorama articulado de los indicadores propuestos para los diferentes niveles que contempla el Sistema de Información para la Calidad (SIC), contiene la actualización de los indicadores de calidad publicados en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud y alimentarán las fichas técnicas publicadas en la Sala Temática —Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad. Lo cual, se ha realizado a partir de integrar las revisiones de la literatura científica que ha servido para el diseño y direccionamiento de nuestro Sistema de Información para la Calidad con el acompañamiento, interacción y adopción del trabajo de varios grupos de expertos que han trabajado durante el último periodo en proyectos de la Dirección General de Calidad del Ministerio de la Protección Social.

De acuerdo con nuestro sistema de información para la calidad, este tiene dos grandes propósitos:

- Generar información para gestionar la calidad en el sistema.
- Ofrecer información a los usuarios para tomar decisiones informadas en relación con los diversos aspectos de atención en salud (11).

5.3.2 INDICADORES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN – SUH.

Según la Resolución 2003 de 2014 en su artículo 3 los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, deben cumplir las siguientes condiciones:

- Capacidad Técnico - Administrativa.
- Suficiencia Patrimonial y Financiera.
- Capacidad Tecnológica y Científica.

Para lo cual crea el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud. Instrumento que contiene las condiciones para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país cumplan con los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud.

Como consecuencia de lo anterior, el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud tiene por objeto definir:

- Los servicios de salud que pueden ofertar los prestadores de servicios de salud.
- Las condiciones de verificación para la habilitación.
- Los criterios de habilitación de los servicios de salud en el país.

Dado que el Sistema Único de Habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y a las condiciones en que éstos se ofrecen para la verificación de las condiciones de habilitación para los prestadores de servicios de salud, se crean los estándares de habilitación.

Los estándares de habilitación son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier prestador de

servicios de salud, independientemente del servicio que éste ofrezca. Son principalmente de estructura y delimitan el punto en el cual los beneficios superan a los riesgos. El enfoque de riesgo en la habilitación procura que el diseño de los estándares cumpla con ese principio básico y que éstos apunten a los riesgos principales.

Los estándares son esenciales, es decir, no son exhaustivos, ni pretenden abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud. El cumplimiento de los estándares de habilitación es obligatorio. Deben ser efectivos, lo que implica que los requisitos deben tener relación directa con la seguridad de los usuarios. Buscan de igual forma atender la seguridad del paciente, entendida como 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.

Los estándares aplicables son siete: Talento humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos dispositivos médicos e insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia.

- 1. Talento Humano:** Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.
- 2. Infraestructura:** Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
- 3. Dotación:** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.
- 4. Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos:** Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

-
5. **Procesos Prioritarios:** Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.
 6. **Historia Clínica y Registros:** Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.
 7. **Interdependencia:** Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.

Para el caso de odontología los estándares aplicables son los correspondientes al Grupo de Consulta externa, servicio de Odontología general y especializada o en caso de prestarse los servicios en el grupo de quirúrgicos, aplica los estándares de habilitación para cirugía en la modalidad correspondiente. Así como los del grupo de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, servicio de Toma e interpretación de Radiografías odontológicas. Para cada uno de estos servicios se despliegan los estándares en las 7 categorías mencionadas los cuales se pueden evidenciar en forma resumida en la tabla 5.

Pese a las diferencias entre los servicios de salud bucal ofrecidos por profesionales habilitados para trabajar en consultorio independiente o en una institución del SGSSS, como es la IPS, se mantiene las mismas exigencias para ambos.

5.3.3 INDICADORES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN – SUA. MANUAL DE ACREDITACIÓN EN SALUD AMBULATORIO Y HOSPITALARIO COLOMBIA.

El manual de estándares para la acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud presenta los lineamientos que guiarán el proceso de acreditación para las instituciones hospitalarias y ambulatorias y los estándares de acreditación correspondientes.

Los estándares se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud como centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo; todos los estándares deben ser entendidos desde la perspectiva del enfoque de riesgo

(identificación, prevención, intervención, reducción, impacto) y de la promoción de la excelencia (12).

5.3.3.1 Grupos de estándares

Los estándares se encuentran ordenados de la siguiente manera: una primera sección en la que aparece el Grupo de Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, una segunda sección en la que se encuentran los Grupos de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial a dichos procesos asistenciales y una tercera sección en la cual se encuentran los estándares de mejoramiento de la calidad. La primera sección está diseñada de acuerdo con el proceso de atención genérico de un paciente en una institución hospitalaria o ambulatoria. Está compuesta por los subgrupos de estándares: derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención referencia, salida y seguimiento, y contrarreferencia. Finaliza con el subgrupo Sedes Integradas en Red, el cual incluye los procesos de articulación de las diferentes sedes tomando como base la gestión de calidad superior propuesta por la acreditación en salud (12).

La segunda sección de los estándares incluye aquellos procesos administrativos gerenciales que son críticos en la organización para el apoyo de los procesos asistenciales. Esta sección se subdivide en seis grupos de estándares:

- **Direccionamiento:** es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno de la organización.
- **Gerencia:** es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobierno de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.
- **Gerencia del Talento Humano:** se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación hasta su retiro, y su proceso de mejoramiento continuo.
- **Gerencia de la Información:** se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel de la organización.

-
- **Ambiente Físico:** incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.
 - **Gestión de Tecnología:** se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización.

La tercera sección de los estándares está constituida por los cinco estándares de mejoramiento de la calidad que aplican a todos los procesos evaluados tanto en los estándares asistenciales como en los de apoyo (12).

Para los servicios de Odontología, se contemplan tres estándares dentro del Grupo de Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, en los aspectos de planeación y evaluación de la atención, y un estándar en el Grupo de Apoyo Administrativo-Gerencial en el aspecto de Gestión de la tecnología. Estos estándares aplican a entidades del SGSSS tanto públicas como privadas que inicien el proceso de acreditación en todo el país.

Planeación de la atención:

- Estándar 24. Código: (AsPL3)

En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se cuenta con mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.

- Estándar 25. Código: (AsPL4)

En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.

Evaluación de la atención:

- Estándar 49. Código: (AsEV4)

La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma

sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios:

Criterios:

- Portafolio de servicios de la institución.
- Detección de necesidades y expectativas del usuario y su familia.
- Mecanismos para medir la adherencia al plan de tratamiento.
- Indicadores de efectividad y oportunidad.

Gestión de tecnología:

- Estándar 138 Código: (GT9)

La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.

Capítulo 6:

Análisis y discusión de resultados

A continuación, se presentarán los principales hallazgos de la revisión en conjunto con un análisis y reflexión desde el enfoque sistémico de la calidad así como, un contraste con el marco de referencia de las organizaciones internacionales de estandarización y medición de calidad en salud bucal.

En primer lugar, es preciso resaltar que del total de indicadores encontrados, el 52,85% corresponden a indicadores de estructura, el 32,28% a indicadores de proceso y el 12,85% de resultado. Lo cual constata la marcada tendencia hacia el desarrollo y utilización de indicadores enfocados en evaluar solo la estructura en la prestación de servicios de salud bucal.

Así mismo, esta tendencia se sostiene el hallar que del total de indicadores normatizados, el 85% corresponden a los estándares de habilitación del Sistema Único de Habilitación, los cuales como se mencionó previamente tienen el propósito de orientar y establecer los requisitos mínimos de la atención que propendan por la seguridad del paciente y lo alejen de los riesgos y eventos adversos asociados a la atención en salud bucal. De esta forma, los estándares se concentran principalmente en las condiciones de infraestructura física requerida, así como en las condiciones organizacionales básicas, sistema de historias clínicas, el establecimiento e implementación de guías de práctica clínica y protocolos que soporten procesos de atención adecuados para los pacientes. Lo cual explicaría adicionalmente el no encontrar en la revisión indicadores de calidad de la atención en salud bucal en el ámbito familiar y comunitario, ya que el énfasis es en la estructura y el ámbito individual.

Adicionalmente, es preciso añadir que, los estándares incluidos en la revisión del SUH fueron los específicos de los servicios de atención en odontología. Es decir, no se incluyeron los estándares generales que aplican a todos los servicios de atención en salud, ya que no correspondía con el propósito del presente trabajo. Incluso cuando muchos de los estándares incluidos de la norma sean de aplicabilidad en salud bucal, no se incluyeron ya que se buscaba especificidad e indicadores particulares de los servicios en odontología que permitieran comprender de mejor manera el sector y sus necesidades.

En segundo lugar, se debe mencionar que el Sistema Único de Acreditación a través de la creación de manuales de estándares orienta a las IPS públicas y privadas del país para ascender en el nivel de calidad, superar los requisitos mínimos de habilitación y ofrecer un servicio que como se explicita en el texto del manual, entiende la atención en salud como una acción centrada en el usuario y su familia, bajo un mejoramiento continuo de la calidad y enfoque de riesgo. Sin embargo, se evidencia que los indicadores específicos que se emplean para el servicio de odontología son tan solo cuatro, lo cual deja abierta la discusión sobre por qué no se usan más y sobre la necesidad de desarrollar más indicadores con una comprensión más amplia de la atención, teniendo en cuenta que, en el país, el mayor estándar para medir calidad en salud hasta el momento es: la acreditación.

En tercer lugar, como se mencionó previamente, los lineamientos en materia de calidad adoptados por el Gobierno Nacional se acogen a recomendaciones de la OCDE en la definición de las tres dimensiones de calidad: efectividad, seguridad y experiencia de la atención. Sobre las cuales Informe nacional de calidad de la atención en salud (INCA) 2015 reporta los indicadores que fueron implementados por el SOGC y donde se puede evidenciar que, dentro de los indicadores de las dos primeras dimensiones no existe ninguno específico para salud bucal. Encontrándose lo siguiente:

Dimensión efectividad: tasas de mortalidad, prevalencia e incidencia en atención materno infantil, enfermedades inmunoprevenibles, VIH SIDA, ET sexual, enfermedades crónicas no transmisible y cáncer.

Dimensión seguridad de la atención: Tasa de infecciones asociadas a dispositivos, Tasa de infección intrahospitalaria, Proporción de eventos adversos gestionados.

Solamente en la dimensión de experiencia de atención se encuentran los indicadores ya conocidos de Oportunidad en el tiempo de respuesta, tiempos de espera odontología y oportunidad en la atención en consulta de Odontología General.

En ese contexto, es importante destacar la necesidad de superar la visión individual e institucional (con indicadores en su mayoría de estructura) en la que se enfoca la calidad en salud bucal, y ampliarla hacia los procesos y resultados de la atención, la atención centrada en el paciente, la familia y la comunidad.

Los hallazgos evidencian que la cantidad de indicadores identificados y en uso son pocos y en su mayoría no parametrizados, y dificulta la garantía de la calidad de la atención en salud bucal tanto para el sector público como para el privado y, entre las comunidades, el estado y los niveles nacionales de complejidad en la atención. Las medidas de la calidad de la atención en salud bucal que se usan habitualmente son estandarizadas en diferentes organizaciones, y carecen de información sobre especificaciones técnicas detalladas que incluyan descripciones tales como: significado de denominador, numerador, fuente, etc. Al contrario, hay un exceso de indicadores que miden la estructura de la atención y pocas medidas de proceso y resultados. Además, se necesita un enfoque equilibrado que evalúe todos los aspectos de la atención para valorar y mejorar las disparidades e inequidades en salud y planificar adecuadamente para mejorar la calidad general.

Adicionalmente, como se mostró en el marco de referencia, la Dental Quality Alliance y demás organizaciones propenden por metodologías rigurosas y sistemáticas para la construcción de indicadores basados en la evidencia. Diferencia significativa con Colombia, ya que como se evidenció no existen investigaciones de alto nivel de evidencia sobre indicadores de calidad en atención en salud, diferentes a las mismas llevadas a cabo por instituciones gubernamentales como el Ministerio de Salud y protección social. Además de encontrar gran variación en la solidez científica y en la aplicabilidad de las medidas de calidad.

Aunque la odontología ha reconocido la necesidad de adoptar principios basados en la evidencia en la prestación de servicios de atención, a menudo pueden tener un valor limitado debido a insuficiencia en la evidencia o a no tener aportes concluyentes. Existe un conocimiento limitado de los verdaderos resultados de salud bucal, en parte porque la odontología no tiene la tradición de registrar e informar sobre diagnósticos específicos o de asociar dichos diagnósticos con

servicios específicos, solo y especialmente en casos de reclamaciones. Además, la mayoría de los consultorios, clínicas odontológicas y hospitales carecen de sistemas de información centralizados y unificados, organizados y con capacidad de capturar, analizar y transmitir la información necesaria para la medición de la calidad.

Por otra parte, la DQA se creó en un ambiente nacional donde los diferentes actores de la sociedad reconocieron los distintos problemas a intervenir, como, por ejemplo: el creciente y constante aumento del gasto en salud, la proliferación aleatoria y desorganizada de medidas y de estándares de calidad en salud bucal, y finalmente por una determinación gubernamental y de la sociedad, se categoriza y exige como un asunto de interés nacional.

En contraste, podría decirse que, en Colombia, suceden cosas similares en cuanto a los dos primeros aspectos: dado que 1) el aumento del gasto en salud ha sido evidente en los últimos años, siendo la salud uno de los componentes más importantes del presupuesto general de la nación, llegando a los 40 billones de pesos anuales aprox., y 2) como ha sido evidenciado en el trabajo la construcción de indicadores en salud bucal no ha sido estandarizada. Sin embargo, en cuanto al tercer aspecto, es necesario posicionar la calidad en salud bucal como un asunto de interés y de trabajo prioritario para el país, ya que hasta la fecha y por los resultados obtenidos en este trabajo, el camino por recorrer es largo en cuanto a la caracterización de la situación de calidad en salud bucal, la identificación de necesidades, la determinación de consensos y acciones que permitan avanzar en la construcción de un mejor estado de salud bucal de la población a través del mejoramiento y monitoreo continuo de la calidad, el desarrollo y uso de medidas e indicadores válidos, confiables, viables y utilizables en odontología en el marco del sistema de salud colombiano.

Se hace necesario establecer este tipo de indicadores, dado que sin ellos es muy complejo para el país hacer un análisis fidedigno y un monitoreo continuo de la situación de calidad en salud bucal. Sin indicadores suficientemente fuertes de resultado, por ejemplo, no es posible conocer con certeza todas las acciones e intervenciones que se realizan dentro y fuera del Sistema general de seguridad social en salud, y a la vez, conocer en que medida o con que grado de eficiencia y efectividad funcionan. También, sin estos indicadores uno de los propósitos del Sistema de Información para la calidad no se cumpliría: el funcionamiento del sistema de referenciación nacional e internacional y la libre escogencia por parte de los pacientes y familias ya que sin indicadores y un sistema de calidad fortalecido no existirían referentes.

Como fue expuesto, es competencia de las secretarías y del Ministerio de salud el monitoreo sobre el cumplimiento de los indicadores del SOGC, con especial énfasis en la obligatoriedad de implementación de los de estructura. Sin el mismo énfasis con los de resultados en salud y costos. Lo cual, permite abrir la discusión sobre el origen y las razones por las cuales el Estado se enfoca en controlar la estructura con poco interés por el proceso y resultado. Asimismo, el SGSSS debe optimizar y renovar la forma de entender la calidad y propender por políticas públicas y sistemas de monitoreo específicas para salud bucal en el área de la calidad.

Finalmente, es importante resaltar que la calidad: está influenciada por el contexto económico, político y normativo del país. Requiere de recursos financieros, intelectuales, de tiempo y etc., así como de un esfuerzo nacional para que se pueda implementar en todos los ámbitos de la sociedad: las universidades, instituciones prestadoras, entes acreditadores, profesionales independientes, el gobierno nacional, etc. Sin olvidar que el propósito fundamental de alcanzar la calidad en salud bucal no solo es el de mejorar los resultados y ser eficientes a la luz del mercado, sino mejorar los procesos, la experiencia de atención y finalmente la calidad de vida de los individuos, familias y comunidades.

Conclusiones y recomendaciones

Como conclusiones producto de este trabajo es posible decir que:

Los principales indicadores de calidad en los servicios de salud bucal en Colombia que están normatizados y estandarizados son pocos, y en su mayoría pertenecen al componente de estructura desde el enfoque de la calidad sistémica de Donabedian. Lo cual permite afirmar que el desarrollo normativo, investigativo e institucional de políticas públicas no ha avanzado con suficiente profundidad o especificidad en lo referente a calidad en salud bucal.

La medición de calidad y el consecuente monitoreo en salud bucal se reduce al enfoque institucional en el aspecto de infraestructura en función del mercado, dado que varios parámetros incentivan el aumento del costo de la odontología, lo cual beneficia más a las grandes empresas, clínicas en cadena o franquicias que al odontólogo propiamente.

Por lo tanto, se debe superar esta visión, entendiendo que parámetros como los del Sistema Único de habilitación son importantes y necesarios y partiendo desde allí hacia una visión integral de la salud. Se requiere otro enfoque de la calidad de la atención, para desarrollar y usar medidas validas, confiables y utilizables.

Para esto sería recomendable, una entidad especializada en calidad en salud bucal nacional, descentralizada que fomente consensos, desarrolle medidas, permita avanzar y colaborar con otros sectores en la caracterización de la situación actual, Identificar sus causas, consensuar necesidades, formular políticas y planes para poner la salud bucal en el orden del día.

Lo anterior, de la mano de un sistema nacional de medición o estandarización de la calidad de la atención en salud a través de sistemas de prestación de atención múltiple, incluidos servicios

médicos, dentales y de salud pública, que pueda implementarse fácilmente de manera rutinaria en, que mida factores bajo el control de los profesionales y produzca información significativa que se pueda utilizar para el mejoramiento continuo.

Finalmente, para la discusión y futuras investigaciones se plantean algunos de los retos identificados:

- Emplear los resultados de investigaciones en sistema de salud con propuestas afines en las cuales se propone por ejemplo crear mecanismos directos de auditoría de servicios que permitan conocer la percepción del paciente, y crear normas de servicio eficiente, específicas, concisas, medibles que permitan enfrentar adecuadamente los momentos de verdad, e incorporarlas en las funciones de los cargos, aún a nivel directivo.
- Promover cambios normativos en materia de calidad que impulsen la humanización, la seguridad, la coordinación y la transparencia en el sistema de salud para recuperar la confianza y legitimidad.
- Promover el enfoque sistémico en la gestión administrativa y clínica en los agentes del sistema mediante el fomento de buenas prácticas de medición y garantía de la calidad de la atención de la salud bucal que favorezcan el mejoramiento continuo y que contribuyan al logro de mejores resultados en salud.
- Buscar empoderamiento en las personas, las familias y la comunidad mediante la mejora en el acceso a la información, estrategias de capacitación, participación y rendición de cuentas, que mejoren la comprensión del sistema y la experiencia en el sistema de salud.

Bibliografía

1. Almeida C. Investigación en sistemas y servicios de salud. Delimitación del campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: Desarrollo Histórico y Tendencias. Texto base para discusión. Cuadernos para discusión. 2000. (1): 11-35
2. Donabedian A. Quality assurance. Structure, process and outcome. Nurs Stand. 1992 Dec 2-8;7(11 Suppl QA):4-5
3. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Ediciones científicas, la prensa mexicana, S.A 1984
4. Ministerio de la Protección social, República de Colombia. IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV). 2015
5. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem. Fund Quart. 1967; 444, 166-206
6. Passarello E. Calidad total y auditoria en servicios de salud. Capitulo 27. Fundación Favoloro, 1996, 1175-1203.
7. Institute of Medicine, 2001; Lohr & Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare, 1990)
8. National Quality Forum. The ABCs of Measurement. Disponible en: http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/ABCs_of_Measurement.aspx
9. Silva LC. Escalas e indicadores. En: Silva LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Una mirada crítica. Cap.3. Madrid, Díaz de Santos; 1997:43-58
10. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública. 2004; 30 (1)
11. De la Fuente J., Tapia R. La medición en salud a través de indicadores. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México y Siglo XXI Editores; 2001. 138 pp.

-
12. National Quality Forum. Measure Evaluation Criteria
 13. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44: 166-206.
 14. Dental Quality Alliance (2012). Pediatric Oral Health Quality and Performance Measures Concept Set: Achieving Standardization and Alignment. Disponible en: <http://www.ada.org/en/science-research/dental-quality-alliance/dqa-measure-activities>
 15. National Quality Forum. Health and well-being measures [Internet]. Washington, CC: National Quality Forum; 2015.
 16. Ministerio de la Protección social, República de Colombia. Uso y funcionalidades del observatorio de calidad de la atención en salud. *Observatorio de calidad de la atención en salud*. 2011; 5: 4-5
 17. Ministerio de la Protección social, República de Colombia. Observatorio de calidad de la atención en salud. Biblioteca Nacional de indicadores de calidad de la atención en salud. Actualización: junio 2011.
 18. Ministerio de la Protección social, República de Colombia. Manual de acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. 2011. Versión 003.
 19. Donabedian A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica. *Perspectivas en salud pública* 10. Instituto Nacional de Salud Pública México, 1992.
 20. Donabedian A. Institutional and professional responsibilities in quality assurance. *Qual-Assur-Health-Care*; 1989; 1 (1) 3-11.
 21. Donabedian A, Wheeler JR, Wyszewianski L. Quality, cost and health: an integrative model. *Med Care* 1982; 20:975-92
 22. Report of a World Health Organization Pre- ISQUA Joint Review Meeting. Improving health care in developing countries using quality assurance. Budapest, Octubre 5-6, 1998.
 23. Pabón Lasso H. Evaluación de los servicios de salud: Conceptos, indicadores, ejemplos de análisis cuantitativo y cualitativo. Universidad del Valle, 1985
 24. Alarcón A., Muñoz S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Rev Méd Chile*. 2008; 136: 125-130
 25. Agudelo Suarez A., Martínez Herrera E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev. Gerenc. Polit Salud*. 2009; 8 (16) 91-105
 26. Chávez Mario. *Odontología Sanitaria*. Organización panamericana de la salud. Publicaciones científicas No. 63. 1962
 27. Donabedian A. The quality of medical care. *Science* 1978; 200: 856-64

**ANEXO A:
FICHAS TÉCNICAS: INDICADORES DE
CALIDAD EN SALUD BUCAL –
RESOLUCIÓN 0253 DE 2016**

E.3.2 - Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General.

FICHAS DE INDICADORES DE ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS -Resolución 0256 de 2015-		
Nombre del Indicador: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General.		Código: E.3.2
Definición:	Expresa el tiempo de espera en días calendario, que transcurre entre el primer contacto con la EAPB para la asignación de la cita de primera vez por Odontología General y la fecha en que es asignada la cita.	
Forma de Cálculo:	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó y el número total de citas de Odontología General de primera vez asignadas en un periodo determinado.	Componentes de la Fórmula de Cálculo:
		Numerador: Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.
		Fuente del Numerador: Reporte del prestador al MSPS
		Denominador: Número total de citas de Odontología General de primera vez asignadas en un periodo determinado.
		Fuente del denominador: Reporte del prestador al MSPS
		Unidad de medida: Días
Niveles de desagregación:	Nacional-Departamental-EAPB	Periodicidad: Semestral
Sustento Normativo / Referencia	Ley 1438 de 2011-Ley 715 de 2001 -Decreto-Ley 019 de 2012-Resolución 1552 de 2013 y demás disposiciones vigentes.	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la información del indicador	El MSPS calculará el indicador a partir del reporte realizado por los Prestadores, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO.	
Observaciones	La consulta de primera vez, hace referencia a la primera consulta del paciente que se registra por primera vez en el año, razón por la cual se excluye la consulta de control.	
Dominio	Experiencia de la atención	
Versión:	2	Elaborado por:
Fecha:	01/03/2017	Ministerio de Salud y Protección Social

P.1.2 - Proporción de gestantes con valoración por odontología

FICHAS DE INDICADORES DE FICHAS DE INDICADORES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD -Resolución 0256 de 2015-		
Nombre del Indicador: Proporción de gestantes con valoración por odontología		Código: P.1.2
Definición:	Expresa la proporción de gestantes que recibieron consulta de odontología durante su embarazo.	
Forma de Cálculo:	Cociente entre el número de gestantes que recibieron consulta de odontología y el número total de gestantes en un periodo determinado, multiplicado por 100%.	Componentes de la Fórmula de Cálculo:
		Numerador: Número de gestantes con valoración por Odontología
		Fuente del Numerador: RUAF-ND cruzado con BDUA-RIPS y Resolución 4505
		Denominador: Total de gestantes
		Fuente del denominador: RUAF-ND cruzado con BDUA y Resolución 4505
		Unidad de medida: Por 100 (%)
Niveles de desagregación:	Nacional-Departamental-IPS	Periodicidad: Semestral
Sustento Normativo / Referencia	Ley 1438 de 2011-Ley 715 de 2001-Resolución 4505 de 2012-Resolución 4678 de 2015 y otras disposiciones vigentes	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la información del indicador	El Ministerio de Salud y Protección Social calculará este indicador a partir de las fuentes relacionadas en el numerador y denominador de este indicador.	
Observaciones	Aplica para IPS, no aplica para los Servicios de Transporte Especial de pacientes.	
Dominio	Efectividad	
Versión:	2	Elaborado por:
Fecha:	01/03/2017	Ministerio de Salud y Protección Social

P.3.2 - Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General

FICHAS DE INDICADORES DE FICHAS DE INDICADORES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD -Resolución 0256 de 2015-		
Nombre del Indicador: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General		Código: P.3.2
Definición:	Expresa el tiempo de espera en días calendario, que transcurren entre la fecha de solicitud de la cita para consulta por Odontología General de primera vez por parte del paciente/usuario a la IPS y la fecha en que es asignada.	
Forma de Cálculo:	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó y el número total de citas de Odontología General de primera vez asignadas en el periodo.	Componentes de la Fórmula de Cálculo:
		Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó
		Fuente del Numerador: Reporte del prestador al MSPS
		Denominador: Número total de citas de Odontología General de primera vez asignadas
		Fuente del denominador: Reporte del prestador al MSPS
		Unidad de medida: Días
Niveles de desagregación:	Nacional-Departamental- IPS- Municipal	Periodicidad: Semestral
Sustento Normativo / Referencia	Ley 1438 de 2011-Decreto-Ley 019 de 2012- Resolución 1552 de 2013- Resolución 4678 de 2015 y demás disposiciones vigentes.	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la información del indicador	El MSPS calculará el indicador a partir del reporte realizado por los Prestadores, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO.	
Observaciones	La consulta de primera vez, hace referencia a la primera consulta del paciente que se registra por primera vez en el año, razón por la cual se excluye la consulta de control. Aplica para IPS y no aplica para los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.	
Dominio	Experiencia de la atención	
Versión:	2	Elaborado por:
Fecha:	01/03/2017	Ministerio de Salud y Protección Social