



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION Y POSGRADO
CENTRO DE ESTUDIO DE POSGRADO**



TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TEMA:

**“DECISIONES GERENCIALES Y CALIDAD DE ATENCION EN EL
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN
DE GUAYAQUIL - ECUADOR”**

AUTOR:

Dra. Grace Sánchez Cajas

TUTOR:

Msc. Wellington Maliza Cruz

2015



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Babahoyo, 2 de Diciembre del 2015.

Sr. Ing.

Fabián Toscano Ruiz MBA.

DIRECTOR DEL CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Presente.-

Yo Dra. Grace Sanchez Cajas autora de la tesis cuyo titulo es **“DECISIONES GERENCIALES Y CALIDAD DE ATENCION EN EL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN DE GUAYAQUIL - ECUADOR”**, solicito fecha y hora de sustentación habiendo cumplido con todos los requisitos financieros y académicos.

Cordialmente,

Dr. Grace Sánchez Cajas, Msc



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Babahoyo, 4 de Diciembre del 2015.

Sr. Ing.
Fabián Toscano Ruiz MBA.
DIRECTOR DEL CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Presente.-

Yo, Msc. Wellington Maliza Cruz, Tutor de Tesis titulado “**DECISIONES GERENCIALES Y CALIDAD DE ATENCION EN EL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN DE GUAYAQUIL - ECUADOR**”, tema que corresponde a la posgradista: Dra. Grace Sánchez Cajas

Certifico: que la mencionada maestrante ha realizado las correcciones de acuerdo a las sugerencias que los miembros del tribunal hicieron en el momento de la sustentación, por lo que considero que el proyecto ha cumplido con las normativas del Centro de Posgrado

Atentamente

Msc. Wellington Maliza Cruz

TUTOR

CERTIFICACIÓN ANTIPLAGIO

Dedicatoria

Con amor mis hijos

Agradecimiento

A las instituciones que dieron el apoyo para que esta investigación salga adelante en especial al Hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil, a la Universidad Técnica de Babahoyo y a la Unidad de Posgrado por las facilidades prestadas durante el proceso investigativo.

CERTIFICACION DE AUTORIA

Son de mi absoluta responsabilidad las ideas, doctrinas, resultados y propuestas expuestas en el presente trabajo de investigación, y los derechos de autoría del mismo pertenecen a la Universidad Técnica de Babahoyo.

Grace Sánchez Cajas

RESUMEN

Tradicionalmente, la toma de decisiones en las instituciones odontológicas, tanto en la dimensión de la actividad clínica como en el ámbito administrativo, ha respondido a un criterio arbitrario derivado, en la mayoría de los casos, de la experiencia propia y la formación adquirida en las universidades. La primera, dada por ensayo y error en el abordaje de algunos aspectos relacionados con la organización y dirección de las instituciones prestadoras de servicios de salud bucal, dejando de lado, a veces por desconocimiento y otras por incapacidad para desempeñarlas, las funciones administrativas de planificación y control, fundamentales para un desarrollo organizacional integral y eficaz. La segunda, reflejada en las decisiones clínicas relacionadas tanto con la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades del sistema estomatognático, así como de aquellas necesarias para la formulación e implementación de políticas públicas de salud bucal.

ABSTRACT

Traditionally, decision making in dental institutions, both in the size of the clinical activity and in the administrative field, has responded to a derived arbitrary criterion, in the majority of cases, the experience and training gained at the universities. First, given by trial and error in the approach to some aspects related to the Organization and management of institutions providing services of oral health, leaving aside, sometimes by ignorance and others by inability to perform them, the administrative functions of planning and control, essential for a comprehensive and effective organizational development. The second, which is reflected in clinical decisions related to both the prevention, diagnosis and treatment of diseases of the Stomatognathic system, as well as those necessary for the formulation and implementation of public policies in oral health.

ÍNDICE

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN TUTOR	II
CERTIFICACIÓN ANTIPLAGIO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
CERTIFICACION DE AUTORIA.....	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT.....	VIII
1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN	3
3.- MARCO CONTEXTUAL.....	5
4.- SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	7
5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
5.1 Problema General	8
5.2 Problemas derivados.....	8
6.- DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	8
6.1 Delimitación Espacial	8
7.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
7.1 Objetivo general	9
7.2 Objetivos específicos	9
8.- JUSTIFICACIÓN	10
9.- MARCO TEÓRICO	12
9.1 Marco conceptual.....	12
9.2 Marco referencial	37
10. HIPÓTESIS	40
10.1 Hipótesis general	40
10.2 Hipótesis derivadas.....	40
10.3 Variables	41
11.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	41

11.1	Modalidad de Investigación.....	41
11.2	Tipo de Investigación	41
11.3	Métodos y Técnicas	42
11.4	Población y Muestra de Investigación.....	43
12.-	PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS	66
13.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
14.	ANEXOS	79

1.- INTRODUCCIÓN

La labor cotidiana del gerente se centra fundamentalmente en la toma de decisiones, de cuya efectividad depende el buen desempeño organizacional. En las instituciones prestadoras de servicios de salud, los problemas que surgen durante el desarrollo de las actividades administrativas pueden comprometer la calidad de la atención. Es por ello que los responsables de emprender acciones para resolver esos problemas deben contar con herramientas que les permitan definir alternativas factibles, seleccionar la más adecuada a la situación e implementarla de manera oportuna.

Esta investigación aporta un nuevo modelo de toma de decisiones que se sustenta en el uso de evidencia asociada a cada situación en particular, con la finalidad de incrementar los niveles de eficiencia y eficacia en el ámbito de las organizaciones odontológicas o de salud en general.

En salud, la clientela clave es la comunidad entera, deseosa de obtener su bienestar físico, psicológico y social; se quedó rezagado el concepto de que la salud es sinónimo de “ausencia de enfermedad” y se extendió la perspectiva al fomento, a la prevención, a la rehabilitación y a la pronta reincorporación del individuo a sus labores habituales.

Para los gerentes de servicios de salud la búsqueda “de la calidad del servicio” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para estos profesionales de la salud.

Ofrecer un servicio profesional es la elaboración progresiva de un conjunto de acuerdos imprescindibles para que la intervención profesional pueda llevarse a cabo. Representa una instancia realmente creativa, ya que integra aspectos técnicos – conceptuales y de comportamiento. No es otra cosa que lograr en la realidad que el

paciente (cliente o usuario) tome la decisión de elegir el servicio y la ejecute en consecuencia.

Para ello debemos empezar por analizar qué es lo que tenemos para ofrecer a los potenciales usuarios y de que herramientas nos vamos a valer para ejecutarlo.

Como oferente de un servicio, el profesional posee una amplia gama de herramientas específicas a utilizar para detectar oportunidades y aumentar la cantidad de usuarios satisfechos.

La propuesta de servicio debe orientarse a resolver los problemas del usuario y a agregarle valor al mismo como individuo. El verdadero desafío en esta etapa es comprender que cada usuario está ubicado mental y conceptualmente en planos diferentes.

Diferentes estándares se han establecido para medir la calidad de un servicio de salud, las mismas que servirán como ámbito de investigación para realizar el mejoramiento continuo de la unidad médica:

- ✓ Prontitud en la atención
- ✓ Efectividad en los procedimientos
- ✓ Comunicación con el usuario y su familia
- ✓ Ética en todas las fases del proceso.

El punto de partida de toda gestión de calidad, consiste en captar las exigencias de los pacientes y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades. Por tanto, los gerentes de servicios de salud deben admitir que ofrecer calidad significa corresponder a las expectativas de los usuarios e incluso sobrepasarlas, “DEBEN MEDIR LA CALIDAD DE SU SERVICIO EN FORMA REALISTA”. Esto implica conocer las virtudes y defectos del mismo para poder

exponerlos o mejorarlos según sea el caso, para ello deben establecer estándares y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad del servicio.

2.- IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN

Tradicionalmente, la toma de decisiones en las instituciones odontológicas, tanto en la dimensión de la actividad clínica como en el ámbito administrativo, ha respondido a un criterio arbitrario derivado, en la mayoría de los casos, de la experiencia propia y la formación adquirida en las universidades. La primera, dada por ensayo y error en el abordaje de algunos aspectos relacionados con la organización y dirección de las instituciones prestadoras de servicios de salud bucal, dejando de lado, a veces por desconocimiento y otras por incapacidad para desempeñarlas, las funciones administrativas de planificación y control, fundamentales para un desarrollo organizacional integral y eficaz. La segunda, reflejada en las decisiones clínicas relacionadas tanto con la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades del sistema estomatognático, así como de aquellas necesarias para la formulación e implementación de políticas públicas de salud bucal.

Unas y otras han estado ancladas a teorías y conceptos aprendidos en las escuelas de odontología, donde se erigen y defienden paradigmas incontrovertibles sustentados en la opinión de expertos de las distintas áreas que conforman el amplio campo de las ciencias odontológicas, desestimando la investigación como fuente primordial de actualización. Esta última malentendida y, por ende, reducida a la asistencia a cursos complementarios enmarcados en el denominado proceso de formación continua, en los que muchas veces no se presenta información válida y vigente.

Este enfoque tradicional tiene un impacto directo sobre dos dimensiones claramente delimitadas pero fuertemente interdependientes. Por un lado, sobre la organizacional, en donde la práctica clínica y gerencial basada en la experiencia puede representar poca eficiencia en el manejo de los recursos humanos, tecnológicos y financieros, que en términos globales comprometería la eficacia en el desempeño, la productividad y, subsecuentemente, la calidad de la atención. Por otro, sobre la dimensión social, en la que se podría generar una merma sustancial de la efectividad de las políticas públicas relacionadas con la salud bucal de la población.

Otro factor, que viene a agravar esta situación, es la falta de una metodología consistente para tomar decisiones en estos servicios de salud, por lo que la gestión en ellos se torna a menudo ineficaz y, por tanto, los esfuerzos se disipan en la resolución de problemas que de otro modo no se presentarían, perdiéndose de vista oportunidades que pudieran significar la adquisición de ventajas competitivas.

Tomando en consideración lo anteriormente expuesto, surgen las siguientes interrogantes:

¿Es posible optimizar el proceso de toma de decisiones en las instituciones prestadoras de servicios odontológicos?

¿Se puede diseñar un modelo que combine diversos elementos de los enfoques tradicionales de toma de decisiones y algunos aspectos metodológicos de la Práctica Clínica Basada en Evidencia?

¿Cuáles son los requerimientos para su implementación y eficiente aplicación?

3.- MARCO CONTEXTUAL

El Hospital lleva el nombre del Dr. Abel Gilbert Pontón, médico reconocido por su gran pasión hacia su profesión. Demostró una marcada sensibilidad por el sufrimiento del pueblo, de aquí parte su frase célebre: "Mis manos no me pertenecen: son del pobre cuando las necesita y del rico cuando las paga". Desde muy joven fundó la Clínica Guayaquil, y se dedicó a ofrecer servicios de salud a todo paciente que lo necesitara.

Al finalizar la década del 60, atendiendo la necesidad de los servicios de salud de una población vulnerable, comienza la construcción y equipamiento de un nuevo Hospital en el corazón de Guayaquil, en la parroquia Febres Cordero.

Así nace el Hospital Guayaquil, fundado el 7 de octubre de 1973 en el Suburbio de esta ciudad por el Señor General de División Guillermo Rodríguez Lara, Presidente de la República, y el Ministro de Salud, Dr. Raúl Maldonado Mejía, quienes nombraron como Director Hospitalario al Dr. Eduardo Iglesias Espinel.

En sus inicios, el hospital funcionó como un gran Centro de Salud, con un personal asistencial conformado por 15 médicos, 2 odontólogos y 15 auxiliares de enfermería. Los servicios fueron abriéndose progresivamente. La Consulta Externa empezó sus actividades en el año de 1974, Ginecología - Obstetricia y Quirófanos en 1975, Fisiatría y Medicina Interna en 1976, llegando a funcionar con capacidad total en 1978. En este mismo año se inauguró el Laboratorio Patológico.

En 1983 la Subsecretaría de Salud del Guayas ocupa parte del terreno perteneciente al Hospital con el fin de implementar el Servicio de Órtesis y Prótesis.

En 1981 se realizaron transformaciones internas en los quirófanos y en el año de

1985 se realiza un reequipamiento del Hospital para el área de Imagenología, cocina, Medicina Interna, UCI.

El 25 de Abril de 2012, mediante acuerdo Ministerial #667, suscrito por la Srta. Carina Vance Nafla, Ministra de Salud Pública, eleva al hospital a categoría 3, convirtiéndolo en Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón. Desde diciembre del mismo año, se encuentra en proceso de remodelación.

Actualmente, es un hospital de alta complejidad del Ministerio de Salud Pública, de referencia a nivel nacional, destinado a brindar atención ambulatoria, hospitalización, recuperación y rehabilitación de la salud a poblaciones vulnerables de la región Costa. Posee una amplia cartera de servicios, con personal sanitario especializado en brindar una atención de calidad y calidez, garantizando la gratuidad de todos los servicios, medicamentos e insumos.



4.- SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Ofrecer un servicio profesional es la elaboración progresiva de un conjunto de acuerdos imprescindibles para que la intervención profesional pueda llevarse a cabo. Representa una instancia realmente creativa, ya que integra aspectos técnicos – conceptuales y de comportamiento. No es otra cosa que lograr en la realidad que el paciente (cliente o usuario) tome la decisión de elegir el servicio y la ejecute en consecuencia.

Para ello debemos empezar por analizar qué es lo que tenemos para ofrecer a los potenciales usuarios y de que herramientas nos vamos a valer para ejecutarlo.

Como oferente de un servicio, el profesional posee una amplia gama de herramientas específicas a utilizar para detectar oportunidades y aumentar la cantidad de usuarios satisfechos.

Está de más decir que con los sistemas de toma de decisiones los usuarios alcanzarán una mejor atención de sus requerimientos y en consecuencia de ello se propone incorporar este modelo de toma de decisiones, el cual dará un giro total a la calidad del servicio, que se oferta en los centros hospitalarios.

Cabe señalar que los centros hospitalarios en su mayoría han sido equipados técnicamente por el Ministerio de Salud Pública, que apoya de manera integral con la capacitación para el correcto uso del equipamiento tecnológico, pero la realidad es que no se está aprovechando de la mejor manera la ayuda tecnológica con la que se cuenta, lo cual por desconocimiento o falta de preparación no es utilizado por los médicos en ciertos rincones del país siendo este un parámetro a corregir, buscando con ello aumentar la confiabilidad de la comunidad en general.

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1 Problema General

¿Cómo optimizar el proceso de toma de decisiones gerenciales y su incidencia en la calidad de Atención en el departamento de odontología del Hospital Abel Gilbert Pontón?

5.2 Problemas derivados

5.2.1 ¿Cuáles son las estrategias de Gestión que utilizan los administradores para mejorar la atención utilizada en el departamento de odontología del Hospital Abel Gilbert Pontón?

5.2.2 ¿Cuál es la actitud que el médico especialista adopta para mejorar la calidad de la atención en el departamento de odontología del Hospital Abel Gilbert Pontón?

5.2.3 ¿Cómo desarrollar un modelo de atención al usuario del departamento de odontología del Hospital Abel Gilbert Pontón?

6.- DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Se procede a un análisis de los temas de importancia respecto a la implementación del modelo de toma de decisiones gerenciales y su incidencia en la calidad de atención, desarrollando una metodología de atención al paciente y llegando a una aplicación práctica.

6.1 Delimitación Espacial

El hospital Abel Gilbert Pontón, conocido también como Guayaquil, cumple 41 años de brindar atención médica a las personas que habitan en el sur de la ciudad.

Esta casa de salud atiende un promedio de 21.000 pacientes mensuales en la consulta externa y aproximadamente a 9.000 personas en el área de emergencia.

Siendo el departamento de Odontología donde se realizara la evaluación de la calidad de atención al paciente, con miras a generalizarlo en todas las áreas del hospital.

7.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Objetivo general

Diseñar un modelo para la toma de decisiones gerenciales y su incidencia en la calidad de la atención para el departamento de Odontología del hospital Abel Gilbert Pontón, de la ciudad de Guayaquil, en el año fiscal 2014.

7.2 Objetivos específicos

Establecer las estrategias metodológicas que utilizan los administradores para mejorar la atención utilizada en el departamento de odontología del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Determinar la actitud que el médico especialista, adopta para mejorar la calidad de la atención en el departamento de odontología del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborar una un modelo para la toma de decisiones gerenciales que incida en la calidad de la atención para el departamento de Odontología del hospital Abel Gilbert Pontón, de la ciudad de Guayaquil

8.- JUSTIFICACIÓN

La importancia de la presente investigación radica en la preparación seria y responsable de todos los gerentes, con teorías y prácticas, basada en el desarrollo de técnicas y nuevas tecnologías las cuales son muy necesarias para la toma de decisiones, de cuya efectividad depende el buen desempeño organizacional.

Ante los posibles sucesos de que se brinde un servicio empírico a los pacientes, se plantea la necesidad de planificar y desarrollar coordinadamente, con la finalidad de incrementar los niveles de eficiencia y eficacia en el ámbito de las organizaciones odontológicas o de salud en general.

En su diseño, se partirá del análisis del contexto en el que se toman decisiones. Dentro de tales instituciones, hasta finalmente definir los fundamentos de dicho modelo.

Se aspira aplicar una investigación encaminada a cumplir con los objetivos de la institución, a fin de incursionar en el mejor manejo de un sistema de comunicación diferente y concientizar a los pacientes. En lo práctico se contribuirá a normas que indiquen como actuar frente a eventos o sucesos en trópicos.

En el país son cada vez más numerosas las iniciativas, por parte de los profesionales del campo de las ciencias odontológicas, orientadas a la conformación de centros que cuenten con una gama de servicios que permitan satisfacer la creciente demanda por procedimientos altamente especializados. Esto ha generado la necesidad de contar con expertos del área gerencial que puedan ser capaces de integrar las distintas actividades requeridas para una asistencia de calidad.

Pero para esta labor no sólo se ha recurrido al recurso humano proveniente de otras disciplinas, sino que un gran número de odontólogos se ha sumergido en el

fascinante mundo de la gestión sanitaria, incorporándose a programas académicos de cuarto nivel con la finalidad de obtener las herramientas necesarias para conducir exitosamente ese tipo de proyectos.

Referirse a sistemas de toma de decisiones hoy en día, es hablar de un tema globalizado y al alcance de todos donde se percibe un futuro, donde se tendrá foros de discusiones sobre las tecnologías apropiadas para cada una de las áreas de un centro hospitalario, pero definitivamente hablar de software es hablar de las necesidades de recursos de toda institución que brinda servicios, como por ejemplo los cambios en los procesos de trabajos, los nuevos oficios y las nuevas aplicaciones informáticas dirigida a los médicos y pacientes; entonces estamos hablando de formación integral.

De esta manera es como el sistema de toma de decisiones es considerado como el representante de la gerencia en esta era de innovación. Sus aplicaciones ya sean privativas o libres se han extendido hasta introducirse en el núcleo de una sociedad educativa que acepta sin remedio este cambio. Para nadie es oculto que las unidades que imparten la formación de conocimiento y destrezas donde lo han adoptado como un componente de mucha importancia para sus rutinarios procesos tecnológicos.

Las aplicaciones de la informática hoy en día, no solo pueden ser consideradas como una asignatura más en lo académico, sino que tiene que ser tomada en cuenta como el pilar de todas las gestiones realizadas en las entidades de salud, logrando así una masificación tanto para los médicos como para los usuarios. La planificación estratégica actual debería incorporar mucho más la tecnología donde el usuario tendrá la libertad individual, igualdad de oportunidades para las aplicaciones del usuario en general.

En la actualidad existen varios software que pueden ser usados en cursos prácticos de sistemas de toma de decisiones. Sin embargo, se cree que un software libre es el sistema operativo ideal para este propósito debido a su robustez, confiabilidad, estabilidad, disponibilidad del código fuente, libre licencia y su amplio uso en los ámbitos cotidianos.

En este proyecto se presenta un sistema de toma de decisiones para analizar la incidencia en la calidad de atención al paciente

9.- MARCO TEÓRICO

9.1 Marco conceptual

La Toma de Decisiones en el Contexto de los Servicios de Salud

El proceso de toma de decisiones.- se refiere a todas las actividades necesarias desde identificar un problema hasta finalmente resolverlo; Por lo tanto, está enmarcado en la solución de problemas donde se debe encontrar alternativas de solución

Sistemas de toma de decisiones.- Son sistemas que contienen una gran inteligencia, son diseñados con las técnicas para la creación de programas con inteligencia artificial teniendo en cuenta la teoría de forma cognitiva sobre el buen aprendizaje del mismo, estos programas pueden reproducir un dialogo de forma autentica entre el paciente y el programa haciendo la similitud de un tutor humano, que tiene la finalidad de guiar al alumno paso a paso en el proceso de búsqueda del aprendizaje, este sistema experto realiza un análisis sobre el estilo de aprender del estudiante e identifica sus errores generando una explicación o un ejercicio más idóneo.

La toma de decisiones es el eje central en el proceso de solución de problemas, ya que se inicia en el momento en que se identifica y define la situación que se desea cambiar y culmina con la elección de una alternativa para eliminar o reducir la diferencia entre el estado actual y el deseado, tal y como lo señalan Anderson, Sweeney y Williams (2004).

Esto coincide con la definición de Daft (2005) de toma de decisiones en el contexto organizacional como el proceso de identificación y resolución de problemas.

García-Tenorio Ronda, García Merino, Pérez Rodríguez, Sánchez Quirós y Santos Álvarez (2006), indican que se pueden identificar tanto problemas como oportunidades en dicho proceso, por lo que este incluye la selección de las vías para su adecuado abordaje de entre un conjunto de opciones halladas previamente, tomando en consideración para ello la disponibilidad de recursos, que como mencionan los citados autores, es siempre limitada. Este último aspecto, de acuerdo a David (2003), debe tener un peso importante a la hora de tomar decisiones estratégicas en la organización con un impacto a largo plazo, para asegurar así los mejores beneficios. Sin embargo, Robbins y DeCenzo (2002) advierten que la toma de decisiones no debe circunscribirse a la simple elección de alternativas, sino que debe tener un alcance mayor a través de la evaluación de la eficacia del curso de acción implementado. Esta evaluación, en tanto que retroalimentación, puede servir de insumo para la introducción de modificaciones en el mismo de ser necesario.

En cuanto a los tipos de decisiones que se pueden tomar en el ámbito de las organizaciones, Herbert Simón, en el marco de lo que se conoció a mediados del siglo XX como la teoría de las decisiones (Fernández-Ríos, 1999), las agrupó en dos grandes categorías (Daft, 2004; DuBrin, 2003; Gibson, Ivancevich, Donnelly y Konopaske, 2006; Mosley, Megginson y Pietri, 2005; Smith, 1999):

Las decisiones programadas, que intentan dar respuesta a situaciones rutinarias muy frecuentes. Generalmente, se toman en los niveles jerárquicos inferiores de la organización y se estructuran en torno a procedimientos ya establecidos, por lo que son características de los procesos estandarizados. Por su naturaleza, no revisten mayor riesgo para la institución.

Las decisiones no programadas, que persiguen la resolución de situaciones complejas, poco predecibles e infrecuentes. Se toman en los niveles más altos de la organización por las importantes repercusiones que podrían tener en ella.

Las situaciones que las originan, el que no existan reglas definidas para abordarlas y el que estén asociadas a un elevado riesgo, provocan incertidumbre en los que las toman, por lo que se requiere de un análisis exhaustivo del problema y una cuidadosa elección de la alternativa.

En el ámbito de los servicios de salud, la primera categoría está más asociada a situaciones que se enmarcan en el quehacer administrativo, como por ejemplo, la compra de insumos, mientras que la segunda categoría puede derivarse de las distintas intervenciones sanitarias, tanto preventivas como terapéuticas, a distintos niveles, desde el individual, mediado por la relación profesional-paciente, hasta el colectivo, en el que las decisiones toman la forma de políticas públicas con un profundo impacto sobre el desarrollo social.

9.1.2 Elementos del Proceso de Toma de Decisiones

En términos globales, el proceso de toma de decisiones debe incluir los siguientes aspectos (Robbins y Coulter, 2005):

- Identificación del problema.
- Identificación de los criterios de decisión.
- Ponderación de los criterios.
- Desarrollo de alternativas.
- Análisis de las alternativas.
- Selección de una alternativa.
- Implementación de la alternativa.
- Evaluación de la eficacia de la decisión.

Gibson et al. (2006), introducen como un paso preliminar a la identificación del problema, el establecimiento de metas y objetivos específicos y la medición de resultados, lo que está estrechamente vinculado a la evaluación del desempeño en

los niveles individual, grupal y organizacional, como una valiosa herramienta que permite evidenciar las brechas entre estos y las metas y objetivos planteados. Es lo que Daft (2005) reconoce como vigilancia de la información de las condiciones ambientales y organizacionales, que conduce al diagnóstico de las causas que generan esas brechas.

En la identificación del problema es fundamental involucrar a todos los actores de los distintos niveles jerárquicos de la organización, ya que se podría minimizar el tiempo para su resolución al tener una visión global de la situación, con todas sus causas y consecuencias, así como de las diversas percepciones de ella, permitiendo precisar su verdadera naturaleza (DuBrin, 2003). Esto es particularmente importante si se quiere evitar una perspectiva sesgada que comprometa el resultado del proceso.

En las organizaciones de salud, esta sería la forma idónea de identificar los problemas en la esfera administrativa, pero resulta limitada en el ámbito de la actividad clínica, ya que aquí se hace imprescindible la participación activa del usuario de los servicios asistenciales.

Posterior a la identificación del problema, se deben establecer los criterios o requisitos que tendrán que cumplir las diferentes opciones o alternativas a fin de garantizar una toma de decisión efectiva. Algunos criterios serán de necesario u obligatorio cumplimiento y otros, aunque no posean un carácter obligatorio, se tratarán de satisfacer en la medida de lo posible por su conveniencia (Lamata Cotanda, 1998). Cada uno de los criterios establecidos se ponderará de acuerdo a su importancia, o dicho de otra manera, el impacto que su cumplimiento o no tendrá en la resolución del problema.

El surgimiento de una gama de alternativas que estén en consonancia con los criterios fijados es una fase crucial del proceso de toma de decisiones, ya que una de ellas será en definitiva el curso de acción a seguir. En el sector salud, estas alternativas están subordinadas a la ética inherente a la práctica asistencial, por lo que la cultura de las organizaciones que lo conforman se adhiere en mayor o menor medida a esta de acuerdo a los valores predominantes en ellas. Por tanto, cuando se realiza el análisis de las opciones en ese contexto, no sólo se debe tomar en consideración el grado en que cumplen con los criterios establecidos y el riesgo que su posible elección e implementación acarrearán para la institución, sino también su impacto sobre los pacientes y, por extensión, sobre la comunidad. La consecuencia lógica de este análisis es la selección de una de las alternativas.

Para Rodríguez Valencia (2006), la implementación de la decisión debe seguir un plan establecido que responda a las siguientes interrogantes:

¿Qué se debe hacer?

¿Quién lo tiene que hacer?

¿Cuándo se debe hacer?

¿Cómo hay que hacerlo?

¿Cómo se medirá?

¿Cuánto costará y cuánto se ganará?

Este último aspecto, en la órbita de los sistemas sanitarios, supone un dilema ético importante, ya que las decisiones se toman en un entorno signado por el “enfrentamiento entre la justicia distributiva que representa el bien común y la justicia conmutativa que representa el bien individual” (Blanco Restrepo y Maya Mejía, 2005, p. 173). Esta situación es producto del incremento acelerado que ha experimentado

la demanda por los servicios de salud, siendo cada vez más imitados los recursos para satisfacerla.

El proceso se completa con la evaluación de la decisión, que a su vez persigue un doble propósito. Por un lado, determinar el grado en que esta ha contribuido a cerrar la brecha entre el statu quo y el deseado, y por otro, identificar nuevos problemas que servirán de insumo a nuevos procesos de toma de decisiones, en lo que podría considerarse un ciclo desde una perspectiva sistémica.

9.1.3 Pilares de la Investigación en Toma de Decisiones en Salud

Chapman y Sonnenberg (2000) sostienen que la investigación en procesos de toma de decisiones gerenciales en el sector salud ha buscado satisfacer tradicionalmente tres cuestiones fundamentales, cuya respuesta ha guiado el desarrollo de tres enfoques diferentes:

El enfoque normativo, que ha intentado determinar cómo se pueden tomar mejores decisiones y ha sido el marco de desarrollo de la mayoría de las teorías y modelos en este campo.

El enfoque descriptivo, que ha buscado identificar cómo se toman las decisiones realmente, por lo que ha prestado especial atención a los principios heurísticos que llevan a simplificar el proceso de toma de decisiones, los cuales no son más que guías cognitivas que los gerentes usan de manera intuitiva (Stoner, Freeman y Gilbert, 1996).

El enfoque prescriptivo, que ha pretendido establecer cómo puede ser utilizada la teoría de las decisiones para mejorar el proceso por el que estas son tomadas.

9.1.4 CONCEPTO DE CALIDAD

Calidad: etimológicamente proviene del latín *Qualitas* que significa el conjunto de cualidades o propiedades que caracterizan una cosa o a una persona.

El significado histórico de la palabra calidad es el de aptitud o adecuación del uso, (Juran, J.M, 1990). Se dice que un producto o servicio es de calidad cuando satisface las necesidades y expectativas del usuario o cliente en función de los siguientes parámetros:

- Seguridad que confiere el producto o servicio al cliente o usuario.
- Fiabilidad o capacidad que tiene el producto o servicio para cumplir las funciones especificadas, sin fallas y por un periodo determinado.
- Servicios que ofrecen el fabricante o distribuidor en caso de fallo del producto o servicio.

La Sociedad Americana para el Control de Calidad, (A.S.Q.C.) por sus siglas en inglés, define la calidad como el conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del cliente o usuario.

La relación entre la calidad de un producto o servicio y el precio que el cliente debe pagar no se contempla en las definiciones anteriores por lo que algunos autores prefieren definir la calidad siguiendo a Peter Drucker dejando claramente definida la relación calidad/precio, que en definitiva será el aspecto diferencial en el que se basará el cliente a la hora de adquirir un producto o servicio. Por tanto se puede definir la calidad como aquello que el cliente está dispuesto a pagar en función de lo que obtiene y valora. De esta definición se desprende la necesidad del uso de especificaciones, por lo que el concepto de calidad genera otras definiciones, entre las que se encuentran:

- a) Característica de calidad o propiedad de un producto o servicio que contribuya a su adecuación al uso: rendimiento, apariencia, sabor, fiabilidad, etc.

b) Calidad de diseño o adecuación de las características de calidad diseñadas para la generalidad de usuarios o clientes.

c) Calidad de conformidad o calidad de fabricación que indica la fidelidad con que un producto se ajusta a lo establecido en su proyecto.

Solo se obtendrán productos o servicios de calidad cuando se puedan definir el conjunto de características de calidad que garanticen una total adecuación al uso por parte del cliente o usuario, tomándolos en cuenta como parte interesada. Resumiendo, la calidad de un producto o servicio se puede entender como el nivel de excelencia que se ha escogido alcanzar para satisfacer el sector mercado al cual va dirigido el producto o servicio, cumpliendo las exigencias de dicho sector, y representa, al mismo tiempo, la medida en que se logra dicha calidad.

Desde el punto de vista del modelo industrial, la calidad tiende a definirse en función de la aceptación del producto por el cliente: Juran la define como “idoneidad o aptitud o para el uso” (Juran, J.M. 1990); en tanto que para Ishikawa es la “satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio”. (Ishikawa, K. 1985).

Norma ISO 8402 define la calidad como: “Conjunto de propiedades o características de un producto o servicio que le confieren aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas.”

En términos generales, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas del cliente. (OPS. Programa de garantía y mejoramiento de la calidad en los servicios de salud en América Latina).

W. Edwards Deming (1992), describe la calidad como “un grado predecible de uniformidad y confiabilidad de un producto a bajo costo y acorde con el mercado.” Esto solo será posible si se establece un control estadístico de la calidad, si se logra el cambio en la cultura organizacional y se compromete a los trabajadores en los procesos de producción de la empresa. Una observación que acompaña esta definición establece que al determinar si un producto o servicio satisface su aplicación debe considerarse el efecto de tal producto o servicio a la sociedad.

9.1.5 BREVE HISTORIA DE LA CALIDAD

Las necesidades humanas de calidad han existido desde los comienzos de la historia, aunque los medios empleados para satisfacer estas necesidades, el proceso de gestión de la calidad, han sufrido grandes cambios y se halla en continua evolución.

Hasta fines del siglo XIX, la calidad como concepto se limitaba, según Feigenbaum, a un control efectuado por el operario de una fábrica. No había hasta entonces una valoración pertinente desde los dueños o directivos de una empresa. La ciencia y el cálculo penetran y renuevan los procesos industriales, pero la gestión continua siendo empírica.

Es a comienzos del siglo XX cuando la medida y el método científico penetran tanto en la organización como en la gestión de las empresas por dos vías diferentes:

- “La organización científica del trabajo”, cuyo principal ideólogo fue F. W. Taylor, quien publicó a principios de 1911, “The principles of Scientific Management”. En EEUU, las fábricas de Ford fueron las que adoptaron por primera vez el sistema Taylor de “organización científica”, el cual se fundamenta en la separación entre planificación y ejecución, lo que hace posible un aumento de la productividad, pero origina un efecto negativo en la calidad. El “taylorismo” respondía a las necesidades específicas de expansión rápida de la producción con una mano de obra no cualificada, lo

que hacía necesario la centralización de las informaciones y decisiones en el pequeño número de personal cualificado.

- La otra vía fue la de la *burocracia*. “El modelo ideal de burocracia”, de Max Weber, cuyos principios de regulación detallada, de decisión despersonalizada y de personal reglamentado, guiaron la organización de las administraciones y en muchos aspectos de toda la sociedad.

Tanto el taylorismo como la burocracia son universos jerarquizados (jerarquía de competencias), cerrados (cada uno en un espacio técnico funcional) y no participativos, salvo el pequeño grupo dirigente. Este sistema no prevee ningún circuito de ascenso de información, de escucha o de expresión de los niveles subordinados, ya que no existe nada que aprender de los empleados.

La utilización de este concepto origina que la importancia dada a la calidad disminuyera al mismo tiempo que la responsabilidad por la misma se hiciera cada vez más vaga y confusa. La consecuencia final fue que la alta dirección se desligó del proceso de gestión de la calidad.

En el siglo XX se produce un gran crecimiento en bienes y servicios, aparecen grandes industrias para producir, comercializar y mantener bienes de consumo, cada vez más complejos y con más exigencias en cuanto a calidad.

Sigue el crecimiento de los Departamentos Centrales de inspección que comienzan a denominarse: de Control de Calidad, Garantía de Calidad, etc., encabezados por un Director de Calidad. La actividad básica de estos departamentos continuaba siendo la de inspección y ensayo: separa los productos buenos de los malos. El resultado de esta actividad era la reducción del riesgo de que los productos defectuosos fueran enviados al cliente.

Es en la Primera Guerra Mundial cuando la comprobación de calidad ya no es ejecutada por el obrero sino por el capataz, por lo que adquiere ya una mayor importancia dentro del proceso productivo. Luego, entre las dos guerras aparece el Control de Calidad por Inspección o lo que conocemos como el Control de Calidad Moderno.

En 1931, Walter Shewhart publicó “Economic Control of Quality of Manufactured Products” (Control Económico de la Calidad de Productos Manufacturados), en el que se plantean los principios básicos del control de la calidad, sobre la base de métodos estadísticos, centrándose en el uso de Cuadros de Control. Se le considera, por este hito, como el padre del Control de Calidad Moderno. Diez años más tarde se publicaron los “Estándares Z” conocidos como los estándares de la Guerra, que enfocaban el uso de los Cuadros de Control para el análisis de datos y su aplicación durante la producción. Y también en 1941 Leslie E. Simons publicó “Un Manual de Métodos Estadísticos para Ingenieros”.

Estos tres aportes eran los únicos pilares en que se sustentaba el campo del control de calidad durante los años cuarenta en el mundo occidental, donde hasta ese momento la calidad y el mejoramiento no tenían mayor relevancia para las empresas, sino hasta 1947, fecha en que un grupo de empleados de Johns- Manville terminaron de rodar y editar un video llamado “ Control de Calidad Moderno “ con el objetivo de promover los aspectos básicos del control de calidad en su empresa entre los empleados e indirectamente a la gerencia : cuadros de control, histogramas, límites para gráficos de barras y cuadros R, así como muestreo. Fue tan exitoso, que trascendió a la empresa y fue utilizado en muchas otras durante décadas. Sin embargo, la verdadera importancia de la calidad no se asentaría en occidente sino hasta los años 80.

Mientras tanto, concluida la Segunda Guerra Mundial, Japón debía asumir la nada fácil tarea de reconstruir el país. En aquel momento, las fuerzas de ocupación de los EE.UU., decidieron apoyar en la reconstrucción de la economía y la infraestructura de manera directa, con el objetivo de evitar que el Japón recuperara su capacidad bélica. A las tierras niponas llegaron un importante número de expertos estadounidenses para ayudar en la labor, pero antes de esto, debían ganar la confianza de los japoneses, quienes aún los veían como los enemigos. Para ello crearon la CCS (Civil Communication Section), que debería difundir mensajes pro-EEUU en la población, entre otros a través de programas de radio. Lamentablemente, la población no contaba con radios.

Se construyeron establecimientos industriales orientados a la fabricación de radios, pero luego de la guerra, los administradores experimentados del Japón fueron alejados de puestos de esta naturaleza por su labor durante la guerra y el personal con el que se contaba carecía de formación y experiencia, por lo que el resultado fue productos de bajísima calidad.

Para apalear este problema se creó el NETL (National Electric Testing Laboratory), con la responsabilidad de controlar la calidad. Sin embargo, poco tiempo después se reconoció que esta estrategia nunca podría alcanzar buenos resultados en el largo plazo, así que se reorientaron los esfuerzos hacia la capacitación de esta nueva generación de administradores, programa que se realizó conjuntamente por la CCS y la JUSE (Unión de Científicos e Ingenieros del Japón).

Entre los temas de la capacitación, se incluyó el Control Estadístico de la Calidad (SQC – Statistical Quality Control) y especialmente los aportes en este campo de Walter Shewhart. La JUSE vio en esta temática una razón, tal vez la principal, de la

victoria de los EEUU en la guerra y orientó su interés hacia este campo, solicitando a la CCS que les recomendara a expertos que pudieran profundizar y reforzar el tema.

En aquel entonces Shewhart no estaba disponible, así que recomendaron a un profesor de la Universidad de Columbia, que había estudiado y aplicado los métodos de Shewhart, **W. Edwards Deming**. Ya en 1947 Deming había estado en el Japón como parte de una misión de observación económica, por lo que los japoneses ya lo conocían, facilitando su incorporación como instructor. En 1950, durante dos meses, Deming entrenó a cientos de ingenieros y administradores, así como a ejecutivos de primer nivel, enfocándose principalmente en tres aspectos claves

El ciclo **PDCA**.

Las causas de las variaciones.

El control de procesos con Cuadros de Control.

El Ciclo PDCA es un concepto ideado originalmente por Shewhart, pero adaptado a lo largo del tiempo por algunos de los más importantes personajes del mundo de la calidad, W. Edwards Deming.

EL CIRCULO DEMING

El Ciclo PDCA básico se conoce comúnmente como el Círculo Deming.

Consiste en una serie de cuatro elementos que se llevan a cabo consecutivamente:

P: PLAN (PLANEAR): establecer los planes.

D: DO (HACER): llevar a cabo los planes.

C: CHECK (VERIFICAR): verificar si los resultados concuerdan con lo planeado.

A: ACT (ACTUAR): actuar para corregir los problemas encontrados, prever posibles problemas, mantener y mejorar.



EL APORTE DE ISHIKAWA

Ishikawa también aportó en este campo, dividiendo los dos primeros pasos del Ciclo PDCA en dos etapas cada uno, resultando en un proceso de seis pasos:

P: 1) Determinar Metas y Objetivos y 2) Determinar Métodos para alcanzar las metas.

D: 3) Dar Educación y Capacitación y 4) Realizar el Trabajo.

C: 5) Verificar los efectos de la realización.

A: 6) Empezar la acción tomada.

Al inicio, cuando los japoneses aplicaron las enseñanzas de Deming, los resultados fueron bastante buenos, pero poco a poco se regresaba a la situación inicial, bajó la motivación a nivel de trabajadores, la información recolectada no era exacta y los ejecutivos no mostraban interés en continuar con el SQC. Para tratar de solucionar este dilema, la JUSE invitó a Joseph M.

Juran para realizar conferencias y charlas respecto del Rol de la Gerencia en la Promoción de las Actividades de Control de Calidad. Esta visita marcó el salto en Japón de los primeros pasos en Calidad hacia la Calidad Total, al introducir aspectos como la definición de las políticas de calidad y la planificación de la calidad. Que se reforzó con el lanzamiento en japonés del libro “ The Practice of Management “ de Peter Drucker, en el que se plantea la Administración por Objetivos.

Los japoneses fusionaron las enseñanzas de Deming y Juran con la Administración por Objetivos y dieron los primeros pasos hacia la Planeación Estratégica de la Calidad y hacia la Administración de la Calidad Total (TQM – Total Quality Management).

9.1.6 Evolución histórica del concepto de calidad

Etapa	Concepto	Finalidad
A Artesanal	Hacer las cosas bien independientemente del coste o esfuerzo necesario para ello.	<ul style="list-style-type: none"> * Satisfacer al cliente. * Satisfacer al artesano, por el trabajo bien hecho * Crear un producto único.
Revolución Industrial	Hacer muchas cosas no importando que sean de calidad (Se identifica Producción con Calidad).	<ul style="list-style-type: none"> * Satisfacer una gran demanda de bienes. * Obtener beneficios.
Segunda Guerra Mundial	Asegurar la eficacia del armamento sin importar el coste, con la mayor y más rápida producción (Eficacia + Plazo = Calidad)	<ul style="list-style-type: none"> * Garantizar la disponibilidad de un armamento eficaz en la cantidad y el momento preciso.
Posguerra (Japón)	Hacer las cosas bien a la primera	<ul style="list-style-type: none"> * Minimizar costes mediante la Calidad * Satisfacer al cliente * Ser competitivo
Posguerra (Resto del mundo)	Producir, cuanto más mejor	<ul style="list-style-type: none"> * Satisfacer la gran demanda de bienes causada por la guerra
Control de Calidad	Técnicas de inspección en producción para evitar <u>la salida</u> de bienes defectuosos	<ul style="list-style-type: none"> * Satisfacer las necesidades técnicas del producto.
Aseguramiento de la Calidad	Sistemas y procedimientos de la organización para <u>evitar</u> que se produzcan bienes defectuosos	<ul style="list-style-type: none"> * Satisfacer al cliente. * Prevenir errores. * Reducir costes. * Ser competitivo.
Calidad Total	Teoría de la administración empresarial centrada en la permanente satisfacción de las expectativas del cliente.	<ul style="list-style-type: none"> * Satisfacer tanto al cliente externo como interno. * Ser altamente competitivo. * Mejora continua.

9.1.7 Calidad en los Servicios de Salud

En el sector salud se han difundido varias definiciones de Calidad, entre las más relevantes están: “Es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.” (M.I. Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS - 1998) o la más conocida: “Proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica” (Dr. Avedis Donabedian-1984) siendo este último autor la referencia obligada al respecto por ser quien más ha investigado y escrito sobre el tema.

En las instituciones prestadoras de servicios de salud, la calidad asistencial es probablemente la característica más apreciada tanto por los pacientes como por los profesionales de la salud.

Los primeros datos relacionados con la calidad asistencial los encontramos en el año de 1858, cuando Florence Nightingale, (enfermera), introduce en el ámbito hospitalario dos importantes principios que se pueden relacionar con la calidad. Por un lado apoyó la formación de las enfermeras, y por otro estudió las tasas de mortalidad de los hospitales militares en el curso de la guerra de Crimea, observando una reducción drástica de la tasa de mortalidad en dichos hospitales, pasando de un 40% a un 4%.

Posteriormente, en 1910, Flexner, evaluó colegios de enseñanza médica en Canadá y Estados Unidos, descubriendo la gran ausencia de normas relativas a la educación médica, por lo que recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.

En 1912, Codman desarrolló un método que permitía clasificar y medir los “resultados finales” de la asistencia hospitalaria. En 1913, a consecuencia de los informes de Flexner

y Codman, el Colegio Americano de Cirujanos emprendió estudios sobre la normalización de Hospitales.

Fue en Canadá, en 1950, cuando se creó el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales, y en 1951, en los Estados Unidos, la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permitieron la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

En 1966, el **Dr. Avedis Donabedian** publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continuó desarrollando posteriormente y que constituirían una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control tenía tres pilares básicos:

- 1) Análisis de la estructura: se valora la capacidad de los medios materiales (edificios, instalaciones, etc.), medios humanos (índice de personal, dedicación, etc.) y la estructura organizativa (gobierno, grado de participación, etc.).
- 2) Análisis del proceso: se valora la calidad de los métodos, es una forma indirecta de análisis, analizando lo que hace, cómo lo hace y su funcionamiento. Su base fundamental es el análisis de la Historia Clínica, y consiste en seleccionar por muestreo un grupo de historias clínicas y analizar el método de trabajo realizado para establecer el diagnóstico y el proceso terapéutico. Además también se observa de forma directa el trabajo del médico y de enfermería en las consultas externas.
- 3) Análisis de los resultados: se valora la calidad del producto o resultado final de la asistencia. Los métodos anteriores, el estructural y el de proceso, son indirectos, es decir, no garantizan la calidad que el usuario o “cliente externo” recibe.

En Estados Unidos investigaron la validez de estos métodos indirectos, comparando sus resultados con el estado de salud de los “clientes” que fueran atendidos por el Hospital, comprobando que la relación causa-efecto, no es siempre directa, lo que

pone en duda la validez de estos métodos como mecanismo de valoración de la calidad.

A finales de los años sesenta, cuando la acreditación pasa a ser una condición necesaria de los Hospitales para entrar en los programas de financiación de MEDICARE y MEDICAID, nace el concepto de auditoría Médica, que opone al estudio externo que realizaba la acreditación, la opinión de los profesionales del hospital sobre la práctica que realizaban.

Los audits médicos son un método de control interno de una institución para verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Se han definido como la participación de un grupo de expertos clínicos avalados por la experiencia para evaluar la calidad de la atención prestada a los enfermos y contribuir a la mejora de los conocimientos sanitarios.

En 1972, se crean los Professional Standard Review Organizations, las cuales son organizaciones encargadas de revisar la calidad de los hospitales concertados por MEDICARE y MEDICAID, con lo que aparecen los primeros estudios protocolizados del proceso asistencial, basados en la documentación clínica, para valorar la fiabilidad del diagnóstico y si las atenciones hospitalarias habían sido adecuadas.

En 1976, en Estados Unidos se funda la National Association of Quality Assurance Professionals (NAQAP) y en 1980 la Canadian Association of Quality Assurance Professionals. Estas asociaciones se crean en torno al control de calidad en los hospitales y se encaminan a garantizar la calidad asistencial.

Por otra parte, desde la década de los cincuenta los hospitales han experimentado grandes cambios en relación a su tecnología, a los diferentes profesionales dependientes de los mismos y a la gran diversidad de personal y de los usuarios.

Esta proliferación de la tecnología ha tenido un efecto notable sobre la vida hospitalaria, en especial sobre las tareas que deben llevarse a cabo, el espacio en que se ejecutan y el ritmo de las actividades cotidianas dentro del recinto hospitalario. Además, las diferentes profesiones del campo de la salud han experimentado grandes cambios, como por ejemplo, la medicina se ha fragmentado en numerosas especialidades y subespecialidades. A todo esto se añade el incremento en las últimas décadas de las demandas de servicio tanto de los usuarios como de los empleados de los hospitales, sumado esto a recortes presupuestarios.

Frente a todo esto la única alternativa válida es la mejora de la eficiencia del sistema mediante el aumento de la calidad de los servicios sanitarios, lo cual solo puede llevarse a cabo mediante una estrategia de gestión.

Hasta hace poco la calidad en el ámbito asistencial se basaba exclusivamente en el control y se entendía como un conjunto de profesionales, generalmente médicos, reunidos en torno a una comisión, para el estudio de un determinado tema. Este grupo, trabajando independientemente de la directiva, podía llegar a unas conclusiones que luego no calaban en la institución y como consecuencia conducían a la desmotivación de sus integrantes y al descrédito del sistema. Siempre se ha concebido como una actividad de inspección verificadora que las actuaciones asistenciales se atenían a unos estándares fijados de antemano y aceptados por la comunidad científica, y se asumía la responsabilidad de la calidad desde una óptica externa al propio sistema.

Los principales inconvenientes de este enfoque son el crear la falsa imagen de que la calidad depende de la inspección del producto final y no del proceso de actuación

en sí, aporta poca información sobre los problemas de calidad, siendo lento el circuito entre la obtención de la información y la corrección del problema.

Como consecuencia de todo esto, al aplicar los conceptos de **calidad total** en las empresas de servicios podríamos definir la calidad como la totalidad de funciones y características de un servicio que determinan su capacidad para satisfacer las necesidades de los usuarios. Esta definición eleva al usuario de los servicios de salud al estatus de “cliente” al constituirlo en prioritario, y contempla el servicio desde una óptica integral, como una totalidad de funciones características.

Esta definición de calidad descansa sobre unos principios básicos:

- La calidad se consigue entre todos (atañe a toda la organización).
- No es un problema de “medios” sino de “actitud”.
- El profesional responsable de su trabajo es el más capacitado para mejorarlo.
- El profesional bien informado puede resolver, solo o en grupo, los problemas de su área.

En resumen, se podrá utilizar un modelo de Calidad Total, cuyas principales características son las siguientes:

- Existe un compromiso y una participación de toda la dirección.
- Todo el personal toma parte en la preparación, realización y evaluación de actividades.
- La mejora de la calidad debe afrontarse y seguirse de forma planificada y sistemática.
- Es un proceso continuo.
- Debe orientarse hacia los usuarios, considerados como clientes, y a la sociedad.
- Todos los integrantes del sistema deben conocer los logros de las actuaciones.

La Gestión de la Calidad Total debe comprender desde la calidad de las prestaciones y servicios, hasta la calidad de la administración, reconociendo para

ello como primer objetivo la necesidad imperiosa de conocer las necesidades y requerimientos tanto de los clientes internos como externos a la organización.

Debemos entender entonces que cuando de calidad total se trata se está hablando de la calidad en todas y cada una de las actividades y procesos de la organización.

En una institución prestadora de salud la calidad es imprescindible. Debe existir calidad en los procesos de aprovisionamiento o compras, calidad en la reservación de los turnos a los pacientes, calidad en las prestaciones, calidad en los servicios de comida, calidad en los servicios a los acompañantes, calidad en los sistemas internos de información, calidad en el mantenimiento de los equipos, calidad en los servicios de urgencia, calidad en cada uno de los servicios que se prestan. Todos estos procesos constituyen eslabones en los servicios que la institución de salud brinda, razón por la cual se debe perseguir de manera sistemática la detección de fallas o defectos, para su prevención y erradicación.

La mejora continua de la calidad trae consigo un importante efecto sobre la productividad, y consecuentemente en los costes. Ya se trate de los niveles de calidad, como de los correspondientes a la productividad y los niveles de costes, estos pueden ser monitoreados y controlados mediante la utilización de los Controles Estadísticos de Procesos (CEP).

El CEP aplicado a la gestión empresarial del área de producción permite visualizar la capacidad del sistema para operar dentro de determinados niveles de calidad, productividad, costos y rentabilidad, distinguiendo las variaciones propias del proceso de aquellas que son especiales, de manera tal de aplicar las medidas correctivas que sean necesarias de acuerdo a sus características.

Si lo aplicáramos en el área de cirugía o tratamientos nos permitiría conocer el coste medio, pero también los niveles máximos y mínimos dentro de los cuales está operando el sistema, permitiendo a partir de ello aplicar una serie de herramientas y metodologías que permiten la reducción en los niveles de costes.

9.1.8 Bases Legales

El Artículo 32 de la Constitución de la República de Ecuador establece que La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”;

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) afirma, en su declaración de principios, que una población informada y cooperativa es de crucial importancia para el mejoramiento de la salud colectiva.

Es por ello que el modelo aquí propuesto busca optimizar dicho proceso de toma de decisiones a fin de incrementar de manera progresiva la eficiencia y eficacia de los servicios de salud bucal, además de contribuir al mejoramiento de cualquier institución prestadora de servicios de salud, en un sentido más amplio, al ser fácilmente adaptable a sus características particulares.

Adicionalmente, su aplicación puede llevarse a cabo tanto en la esfera de los servicios privados como de los públicos. Estos últimos, en su conjunto, conforman el subsistema de salud del sistema de seguridad social de Ecuador, que de acuerdo a la **Ley Orgánica**

del Sistema de Seguridad Social del Ecuador, concretamente a lo señalado en su Artículo 1, se rige por una serie de principios, entre los que cabe señalar:

- Solidaridad
- Obligatoriedad
- Universalidad
- Equidad
- Eficiencia
- Subsidiariedad
- Suficiencia

Son precisamente estos aspectos sobre los que esta investigación desea tener un impacto positivo y determinante, en la misma medida en que las decisiones que se tomen en el marco de este modelo demuestren una verdadera efectividad.

Las decisiones de los gerentes deben orientarse también a proporcionar a sus subordinados condiciones idóneas para un buen desempeño laboral, tal y como lo señala la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo en su Artículo, que garantiza el derecho de los trabajadores a un ambiente de trabajo adecuado para el desarrollo de sus actividades, lo que implica condiciones óptimas de seguridad y salud.

Finalmente, y en la órbita de las organizaciones odontológicas la Federación Odontológica Ecuatoriana en su Art. 2. Define:

1. El servicio al país de acuerdo con los principios de la salud pública;
2. El perfeccionamiento científico de la estomatología en general y de los profesionales odontólogos en particular;

3. La cooperación con el Ministerio de Salud Pública, en la planificación y desarrollo de proyectos específicos de salud;
4. La colaboración en la educación odontológica;
5. La eficiencia de los servicios odontológicos sociales;
6. La unificación de sus organismos filiales y de sus miembros;
7. La promoción de una adecuada distribución de los odontólogos en el país para el ejercicio de su profesión; y,
8. Velar por la defensa de los derechos y el cumplimiento de los deberes de los profesionales odontólogos.

Y el **Art. 3.** Menciona que para alcanzar los fines establecidos en el artículo anterior, la Federación gestionará ante los poderes públicos y autoridades de salud que se garantice el legal y eficiente ejercicio de la odontología y se erradique el empirismo en el país; y, ante las Universidades y otras instituciones nacionales y extranjeras para que se adopten resoluciones y convenios tendientes a facilitar el perfeccionamiento de la odontología en sus aspectos científico, técnico y asistencial.

El logro de tan nobles propósitos requiere del conocimiento de herramientas gerenciales por parte del odontólogo, a fin de que pueda tomar decisiones oportunas, eficaces y que, por sobre toda consideración, salvaguarden su dignidad profesional y la de sus pacientes.

A este respecto, El Código de Ética Profesional para Odontólogos del Ecuador en el Capítulo II - Normas de Acción en su Artículo 2 señala:

1. El Profesional Odontólogo es un servidor de la Sociedad y debe someterse a las exigencias que se desprenden de la naturaleza y dignidad humana;

2. El Odontólogo debe propender a la ampliación de sus conocimientos y de su cultura general, ciñéndose a una intachable honestidad en el desempeño de su cometido, para contribuir a mantener y aumentar el prestigio de su profesión.
3. En su actividad, el Odontólogo respetará y hará respetar su profesión y procederá en todo momento con la prudencia debida y probidad que exige la Sociedad. Sus conocimientos no podrán emplearlos ilegal o inmoralmemente. En ningún caso utilizará procedimientos que menoscaben el estado de completo bienestar físico, mental y social de sus semejantes;
4. No hará en el ejercicio de su profesión distingo de raza, religión, nacionalidad, nivel socio-económico, ni de convicciones políticas; y,
5. La conducta privada del Odontólogo influye y repercute en el prestigio de la profesión y deberá ser preservada de todo comentario desfavorable

9.2 Marco referencial

Jorge Mejía López (2012) en su investigación “Modelo de gerencia para toma de decisiones en salud perinatal”, Propone el modelo variables de fácil recolección contenidas en los registros vitales de obligatorio diligenciamiento. Ilustra las causas básicas y directas de defunción permitiendo definir intervenciones específicas que apuntan a la solución de los problemas identificados. El caso permite que el lector se introduzca en la instrumentación del modelo con cifras de su institución o región de acuerdo con los datos disponibles.

Alejandro Rosado (2011) en su trabajo “Toma de decisiones como instrumento de ayuda para supervisiones médicas “Los pacientes se encuentran muchos más familiarizados con las herramientas informáticas de aplicaciones médicas (p. 107)”.

Miguel Ángel Cardozo (2011) en su investigación “Diseño de un modelo de toma de decisiones gerenciales aplicable a organizaciones odontológicas venezolanas:

Aspectos metodológicos de la práctica clínica basada en evidencia (p. 102)". Esta investigación, desarrollada en el marco del plan de estudios del Postgrado en Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud de la Universidad Católica Andrés Bello, entre septiembre de 2007 y abril de 2008, con el propósito de diseñar un modelo de toma de decisiones gerenciales que incorpore aspectos metodológicos de la Práctica Clínica Basada en Evidencia y sea aplicable a organizaciones odontológicas venezolanas, surgió de la necesidad de proporcionar una herramienta efectiva a las personas que ocupan posiciones gerenciales en tales instituciones y, por extensión, en organizaciones de salud en general.

9.2.1 Servicios de salud

En salud, la clientela clave es la comunidad entera, deseosa de obtener su bienestar físico, psicológico y social; se quedó rezagado el concepto de que la salud es sinónimo de "ausencia de enfermedad" y se extendió la perspectiva al fomento, a la prevención, a la salud pública, a la rehabilitación y a la pronta reincorporación del individuo a sus labores habituales.

Si bien la razón de ser de un hospital es la preservación de las condiciones físicas ideales del individuo y la meta fundamental es salvaguardar la vida, el concepto de hospital encierra todo un universo que abarca los más variados recursos, elementos y dispositivos.

En el país existen diferentes instituciones dedicadas al cuidado de la salud de la población, con sus propios objetivos y modalidades de atención. Los esfuerzos para que los recursos disponibles desarrollen actividades coordinadas, hasta el momento han tenido poco éxito, existiendo todavía deficiencias evidentes como cobertura insuficiente, atención inoportuna y carente de calidad.

A pesar de ello, en los últimos años se han desarrollado iniciativas para cambiar este modelo. Dichas acciones han necesitado, en primera instancia, reformular la organización y las estructuras de las unidades operativas consideradas como red. Estas unidades están constituidas o caracterizadas por ser organizaciones de distintas complejidad, las cuales urge articularlas en diversos niveles de atención. En principio, de estos niveles surge del criterio de optimizar el uso social de los recursos y garantizar así su productividad.

Para establecer los niveles de atención, es necesario partir de la aceptación de que existe una necesidad de servicios originada en una situación o problema de salud y el grado de complejidad necesario para lograr una capacidad de resolución adecuada.

Con el transcurrir del tiempo, los cambios sociales y tecnológicos han impuesto profundas transformaciones en el concepto mismo del hospital, su organización, manejo y funcionamiento. A pesar de ello y, por múltiples motivos, el primer nivel ha sido deficitario en recursos y calidad, lo que ha estimulado que los usuarios continúen concurriendo, como secularmente lo han hecho, a las consultas externas y emergencias de los Hospitales.

Diferentes estándares se han establecido para medir la calidad de un servicio de salud. Aun cuando en muchos hay criterios diversos según la cultura de los países, se pueden considerar los siguientes como los aceptados más comúnmente:

En un servicio de salud, se considerarían parámetros de calidad:

- ✓ Puntualidad
- ✓ Presentación del personal

- ✓ Prontitud en la atención
- ✓ Cortesía, amabilidad y respeto.
- ✓ Trato humano -Destreza y habilidad para la solución del problema
- ✓ Efectividad en los procedimientos
- ✓ Comunicación con el usuario y su familia
- ✓ Aceptación de sugerencias
- ✓ Capacidad profesional
- ✓ Ética en todas las fases del proceso
- ✓ Equidad
- ✓ Presentación adecuada de los utensilios y elementos.

10. HIPÓTESIS

10.1 Hipótesis general

La implementación de un modelo para la toma de decisiones a nivel gerencial incidiría en la calidad de atención en el departamento de odontología del Hospital Abel Gilbert Pontón

10.2 Hipótesis derivadas

10.2.1 Estableciendo estrategias metodológicas mejoraría la calidad de atención en el departamento de odontología del Hospital Abel Gilbert Pontón, inciden en la calidad de atención.

10.2.2 La actitud que el médico especialista adopte podría mejorar la calidad de la atención en el departamento de odontología del Hospital Abel Gilbert Pontón.

10.2.3 Una propuesta para desarrollar un modelo de atención al usuario del departamento de odontología del Hospital Abel Gilbert Pontón ayudaría a que el paciente defina la fecha en el que se podría atender sin complicaciones.

10.3 Variables

Variable Independiente : Decisiones gerenciales

Variable dependiente: Calidad de Atención

Unidad de análisis: Departamento de Odontología Hospital Roberto Gilbert Pontón

11.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

11.1 Modalidad de Investigación

Los parámetros concernientes a las percepciones, que conllevan a las nuevas actitudes de forma determinante para la construcción del conocimientos y formulación de juicios o hipótesis de una acción, la investigación en sí, en cualquiera de sus campos disciplinarios, tiene relación con diferentes formas de razonamiento, donde la forma de razonar tiene una estrecha relación con la percepción

11.2 Tipo de Investigación

Establecemos una investigación que involucra los parámetros que conlleva al tema del proyecto.

Por el alcance:

Descriptiva.- De acuerdo a la problemática y a los objetivos especificados, se toma en cuenta un tipo de investigación descriptiva ya que se necesita conocer la problemática

que experimentan los estudiantes, poder puntualizar los requerimientos, los factores que inciden que le estudiante no demuestre toda su capacidad y destreza en las asignaturas que recibe.

Por la factibilidad de aplicación:

Proyecto factible.- se lo identifica como factible, pues la misma pretende proponer estrategias para desarrollar el pensamiento lógico y generar el interés en el estudiante, mediante la asignatura que él, se esté preparando. Respecto al tema Rodríguez (2003, p.72) afirma que los proyectos factibles generan propuestas para transformar una realidad dándole solución a un problema, y a su vez dándole solución a un problema, trabajando para la elaboración de un producto.

Este contenido forma parte de las afirmaciones de Arias (2006, p.134) cuando formula que el proyecto es factible “es una propuesta de acción para llegar resolver un problema práctico o poder satisfacer una necesidad. Es indispensable que dicha propuesta se acompañe de una investigación que manifieste su factibilidad o posibilidad de realización”.

Por el lugar:

De campo.-Por consiguiente debido al ambiente e idea, la investigación a más de ser un proyecto factible, conforma un análisis de estudio de campo, ya que se ejecutara en el Hospital Abel Gilbert Pontón, con los médicos y los pacientes de la institución hospitalaria del departamento de odontología durante el mes de octubre del 2014.

11.3 Métodos y Técnicas

Reafirmando la investigación de campo, donde se aplicara las técnicas cualitativas para continuar con el proceso de recolección de la información solicitada:

Encuesta: La forma de recolección de los datos se realizara por medio de la encuesta, además se toma en cuenta que la encuesta se la podrá utilizar para obtener los datos que están vinculados con lo observado en determinación a la problemática.

Por otro lado Sabino (2002, p.71) mediante la técnica de la encuesta se tiene en cuenta que de “requerir información a un grupo socialmente significativo de personas acerca de los problemas en el estudio para luego, mediante un análisis de tipo cuantitativo, sacar las conclusiones que se correspondan con los datos recogidos”.

Por otro lado, Arias (2006, p.72) manifiesta que, el modelo de encuesta es “una técnica que pretende obtener información suministrada por el grupo o muestra de sujetos acerca de sí mismos, o en relación con un tema en particular”.

11.4 Población y Muestra de Investigación.

El siguiente proyecto de investigación se centra en una población que se constituye en los médicos y pacientes del departamento de odontología del hospital Abel Gilbert Pontón:

Se define tradicionalmente la población como “el conjunto de todos los individuos (objetos, personas, eventos, etc.) en los que se desea estudiar el fenómeno. Éstos deben reunir las características de lo que es objeto de estudio” (Latorre, Rincón y Arnal, 2003).

Entonces, una población es el conjunto de todas las cosas que concuerdan con una serie determinada de especificaciones.

La Muestra es un conjunto de unidades, una porción del total, que representa la conducta del universo en su conjunto. Una muestra, en un sentido amplio, no es más que eso, una parte del todo que se llama universo o población y que sirve para representarlo.

El Diccionario de la Lengua Española (RAE, 2001) define la muestra, en su segunda acepción, como “parte o porción extraída de un conjunto por métodos que permiten considerarla como representativa de él”.

La muestra según Arias (2006, p.83) la define como “un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población”. Por otro lado, Hernández (2006, p.241) propone que “un subconjunto de la población en el cual todos los elementos de esta tienen la misma posibilidad de ser elegidos”

La muestra descansa en el principio de que las partes representan al todo y, por tal, refleja las características que definen la población de la que fue extraída, lo cual indica que es representativa. Por lo tanto, la validez de la generalización depende de la validez y tamaño de la muestra. Por lo tanto la selección y el tamaño de la muestra van a jugar un papel muy importante en la investigación.

El muestreo a adoptar es el **Estratificado**, porque este muestreo se usa cuando la población está constituida en estratos o conjuntos de la población homogéneos con respecto a la característica que se estudia. Consiste en subdividir la población en subgrupos o estratos con arreglo a la/s característica/s que se consideren y en elegir la muestra de modo que estén representados los diferentes estratos, lo cual garantiza que todos los empleados de la unidad participen en el muestreo, teniendo la misma probabilidad de ser seleccionados.

11.5 Tamaño de la muestra

Se utilizara la fórmula de cálculo para poblaciones Finitas utilizadas por el Centro de Postgrado (CEPEC) de la Universidad Técnica de Babahoyo con un margen de error de la muestra aceptable del 5 %

11.6 Selección de la Muestra

Para aplicar al Personal Administrativo y de Salud del hospital

CALCULO PARA POBLACIONES FINITAS
(POBLACIONES MENORES A 100.000)

TAMAÑO MUESTRAL PARA PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DE SALUD HOSPITAL

TAMAÑO DEL UNIVERSO		50											
σ	p	q	N	ERROR MUESTRAL (E)									
2	85	15		50	1	2	3	4	5	6	7	8	9
			50	50	48	46	43	40	37	34	31	28	26
σ	p	q	N	ERROR MUESTRAL (E)									
3	50	50		50	1	2	3	4	5	6			
			50	22	50	49	48	47	46				

$$n = \frac{\sigma^2 X p X q X N}{E^2 X (N-1) + \sigma^2 X p X q}$$

P_c Sigma (o) con 95% de confianza = 2
Sigma (o) con 99% de confianza = 3

donde:

n total de muestra
o sigma, intervalo o nivel de confianza
E error
p proporción
q proporción
N Tamaño del Universo

***Nota: La muestra que hemos escogido es 30 empleados tecnicos y administrativos con error**

CALCULO PARA POBLACIONES FINITAS
(POBLACIONES MENORES A 100.000)

TAMAÑO MUESTRAL PARA USUARIOS (PACIENTES)

TAMAÑO DEL UNIVERSO		2,000											
σ	p	q	N	ERROR MUESTRAL (E)									
2	85	15		2,000	1	2	3	4	5	6	7	8	9
			2,000	1,437	779	442	275	185	132	99	77	61	50
σ	p	q	N	ERROR MUESTRAL (E)									
3	50	50		2,000	1	2	3	4	5	6			
			2,000	816	1,476	1,111	826	621	476				

$$n = \frac{\sigma^2 X p X q X N}{E^2 X (N-1) + \sigma^2 X p X q}$$

Sigma (o) con 95% de confianza = 2
Sigma (o) con 99% de confianza = 3

donde:

n total de muestra
o sigma, intervalo o nivel de confianza
E error
p proporción
q proporción
N Tamaño del Universo

USUARIOS (PACIENTES)

***Nota: La muestra que hemos escogido es 83 pacientes con error muestral del 5%**

11.7 Técnicas de recolección de Datos

Las técnicas que se utilizarán en la investigación serán las siguientes:

Entrevistas.- Esta técnica se aplicará a los Directores, Sub-Directores y Jefes de las unidades Operativas, con el fin de recabar información sobre la investigación.

Encuestas.- Se aplicará al personal médico; personal paramédico y afines; personal técnico y auxiliar de medicina; personal administrativo y a los pacientes que concurren a las diferentes Unidades Operativas de los Hospitales de tercer Nivel.

Análisis documental.- Esta técnica permitirá conocer, comprender, analizar e interpretar cada una de las normas, revistas, textos, libros, artículos de Internet y otras fuentes documentales.

Indagación.- Esta técnica facilitará disponer de datos cualitativos y cuantitativos de cierto nivel de razonabilidad.

Conciliación de datos.- Los datos de algunos autores serán conciliados con otras fuentes, para que sean tomados en cuenta.

Tabulación de cuadros con cantidades y porcentajes.- La información cuantitativa será ordenada en cuadros que indiquen conceptos, cantidades, porcentajes y otros detalles de utilidad para la investigación.

Comprensión de gráficos.- Se utilizarán los gráficos para presentar información y para comprender la evolución de la información entre periodos, entre elementos y otros aspectos.

Otras.- el uso de instrumentos, técnicas, métodos y otros elementos no es limitativa, es meramente referencial; por tanto en la medida que fuera necesario otros tipos.

11.8 Análisis e interpretación de la información

Se aplicarán las siguientes técnicas de procesamiento de datos:

Ordenamiento y clasificación.- Esta técnica se aplicará para tratar la información cualitativa y cuantitativa en forma ordenada, de modo de interpretarla y sacarle el máximo provecho.

Registro manual.- Se aplicará esta técnica para digitar la información de las diferentes fuentes.

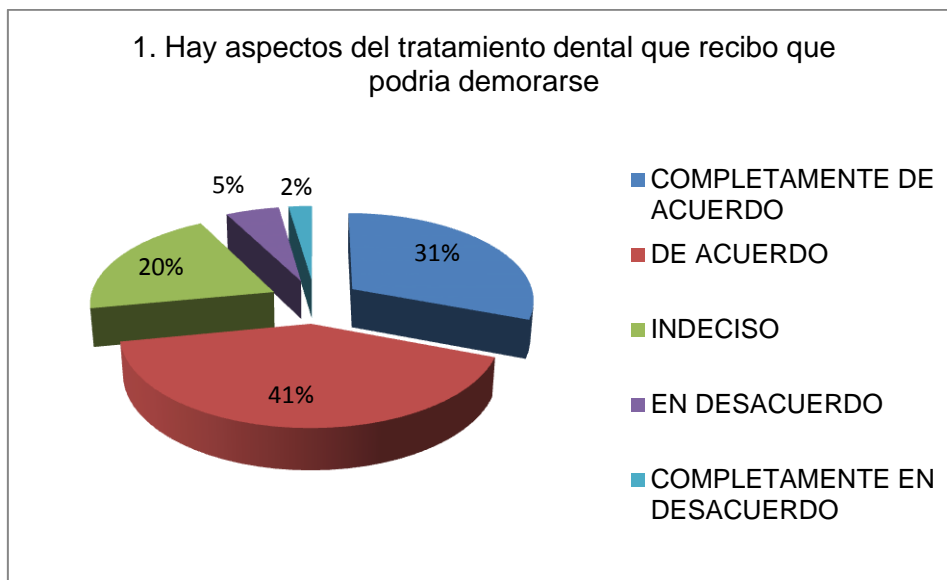
Proceso computarizado con Excel.- Para determinar diversos cálculos matemáticos y estadísticos de utilidad para la investigación.

Proceso computarizado con SPSS.- Para digitar, procesar y analizar datos de las empresas y determinar indicadores promedios, de asociación, diferenciación, correlación, regresión, etc.

1. Hay aspectos del tratamiento dental que recibo que podría demorarse

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	92	31%
DE ACUERDO	124	41%
INDECISO	61	20%
EN DESACUERDO	16	5%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	7	2%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

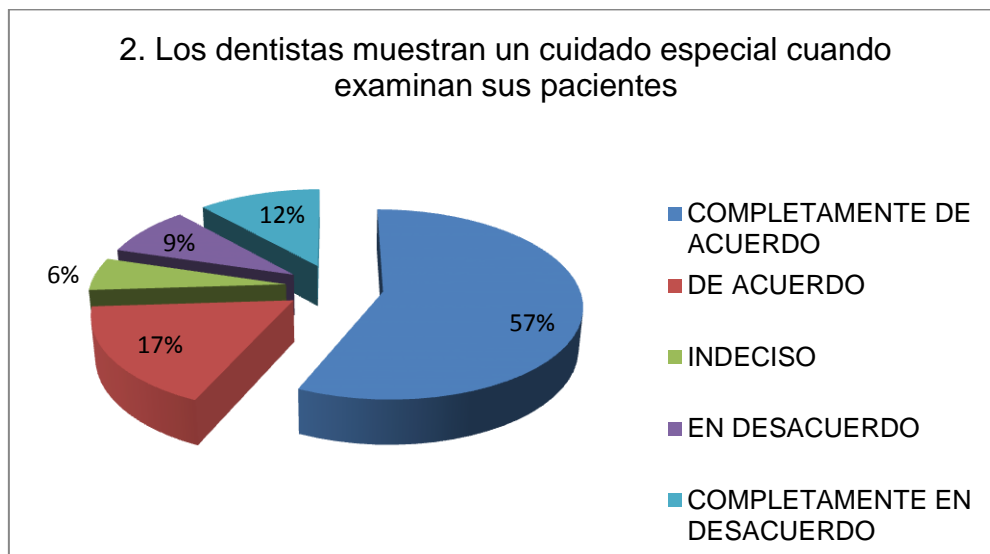
INTERPRETACION

Observamos que tenemos un gran porcentaje que respondió de acuerdo 41% seguido de los que están completamente de acuerdo 31%, indeciso 20% en desacuerdo 2% y completamente desacuerdo 2%.

2. Los dentistas muestran un cuidado especial cuando examinan sus pacientes

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	170	57%
DE ACUERDO	52	17%
INDECISO	17	6%
EN DESACUERDO	26	9%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	35	12%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

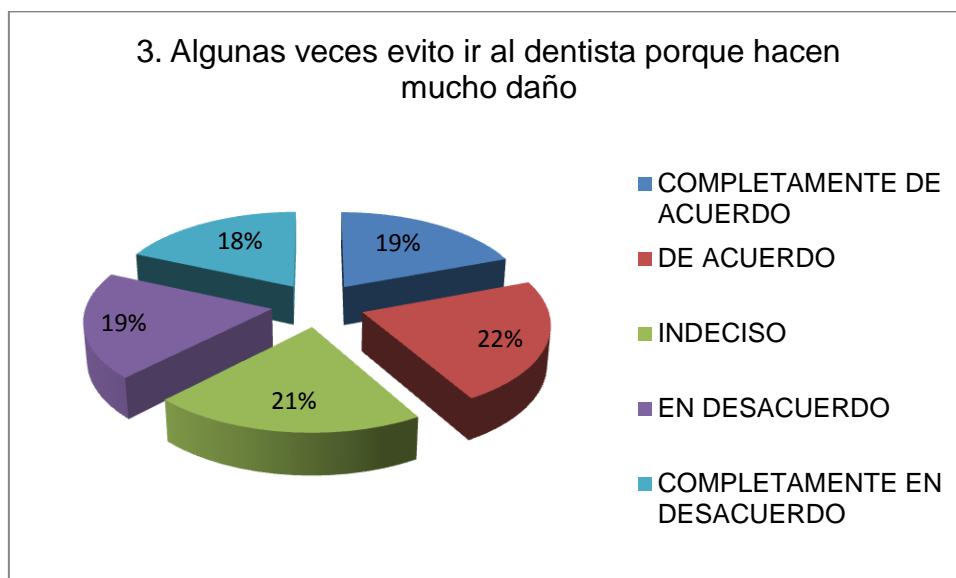
INTERPRETACION

Un 57% dice estar de acuerdo con el cuidado especial de los dentistas, seguido de acuerdo con un 17%, indeciso 6%, desacuerdo 9% y completamente desacuerdo 12%

3. Algunas veces evito ir al dentista porque hacen mucho daño

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	58	19%
DE ACUERDO	67	22%
INDECISO	62	21%
EN DESACUERDO	58	19%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	55	18%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

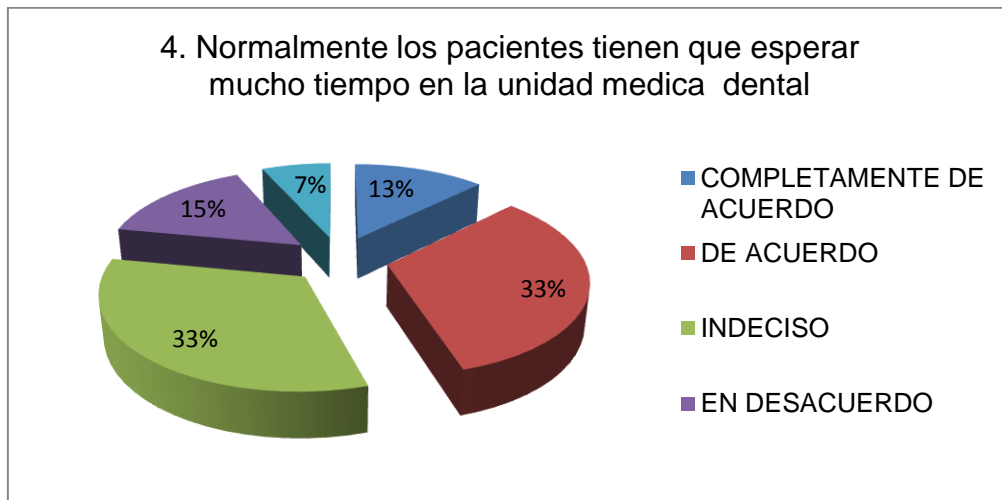
INTERPRETACION

Completamente de acuerdo 19%, de acuerdo 22%, indeciso 21%, en desacuerdo 19%, completamente 18%, la falta de cultura preventiva, hace que los pacientes no acudan a consultorio oportunamente.

4. Normalmente los pacientes tienen que esperar mucho tiempo en la unidad médica dental del hospital.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	38	13%
DE ACUERDO	98	33%
INDECISO	98	33%
EN DESACUERDO	46	15%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	20	7%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

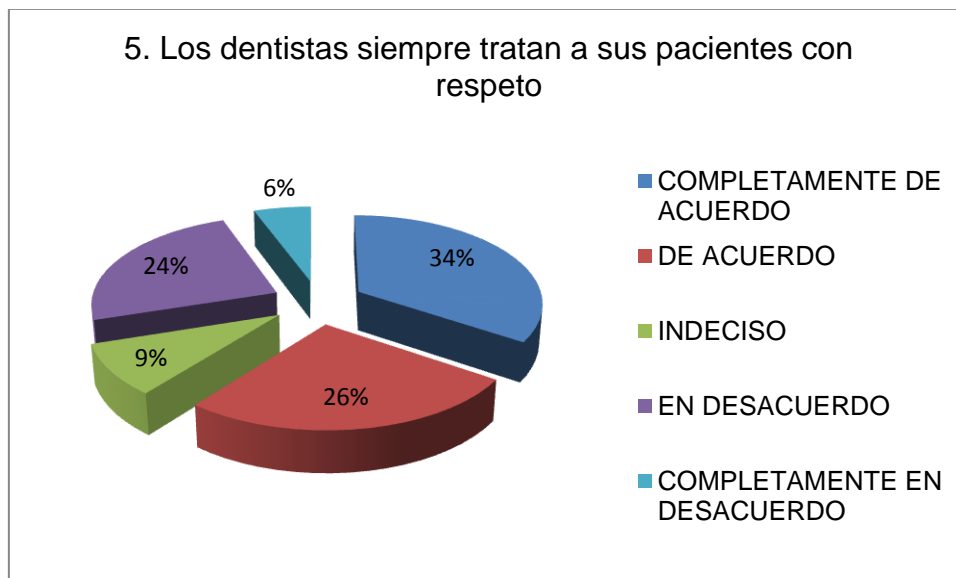
INTERPRETACION

Los pacientes que acuden a las citas odontológicas acuden porcentualmente en el siguiente orden: 13% completamente de acuerdo, 33% de acuerdo, 33% indeciso, 15% en desacuerdo y 7% completamente en desacuerdo

5. Los dentistas siempre tratan a sus pacientes con respeto

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	103	34%
DE ACUERDO	79	26%
INDECISO	28	9%
EN DESACUERDO	73	24%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	17	6%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

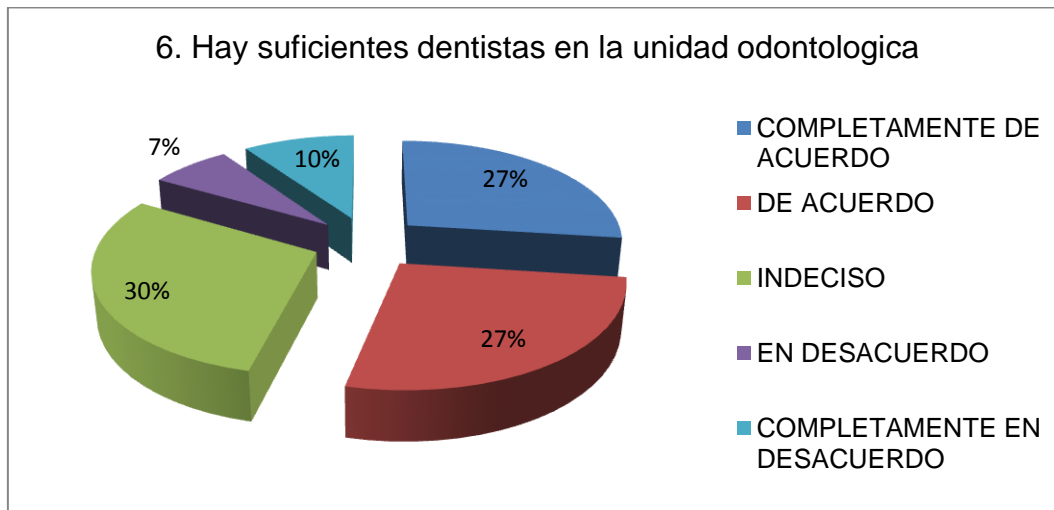
INTERPRETACION

El personal de odontólogos que laboran en el hospital si bien es cierto que los pacientes manifiestan que les tratan bien, sin embargo hay un grupo que está descontento , los insatisfechos suman el 30%, lo cual es crítico y es necesario buscar las causas

6. Hay suficientes dentistas en la unidad médica odontológica

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	81	27%
DE ACUERDO	80	27%
INDECISO	89	30%
EN DESACUERDO	21	7%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	29	10%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

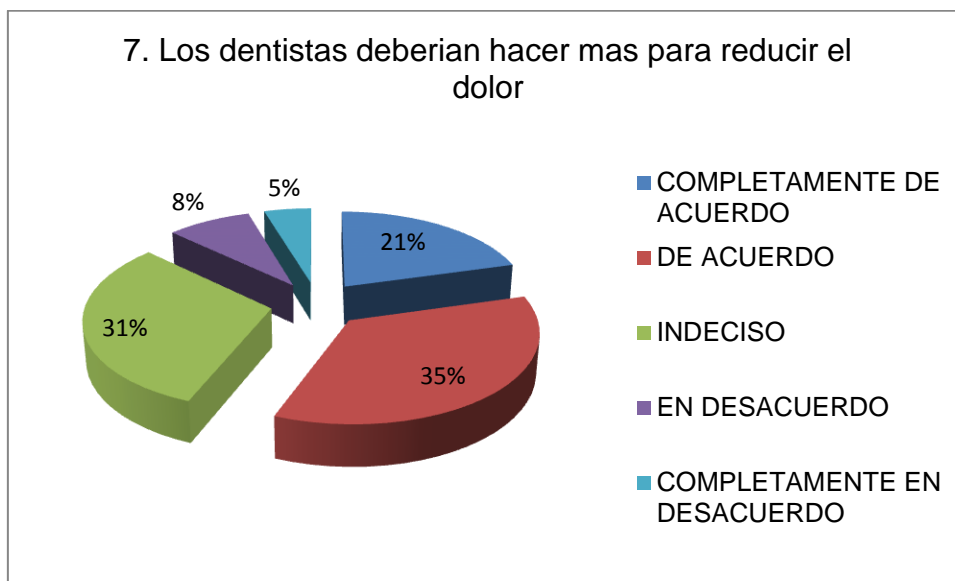
INTERPRETACION

Cerca del 20% de los pacientes se sienten insatisfechos con los turnos, por los intervalos de la cita anterior a la actual, justifica por la falta de personal de odontólogos pero que debería presupuestarse para el próximo año

7. Los dentistas deberían hacer más para reducir el dolor

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	62	21%
DE ACUERDO	106	35%
INDECISO	93	31%
EN DESACUERDO	25	8%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	14	5%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

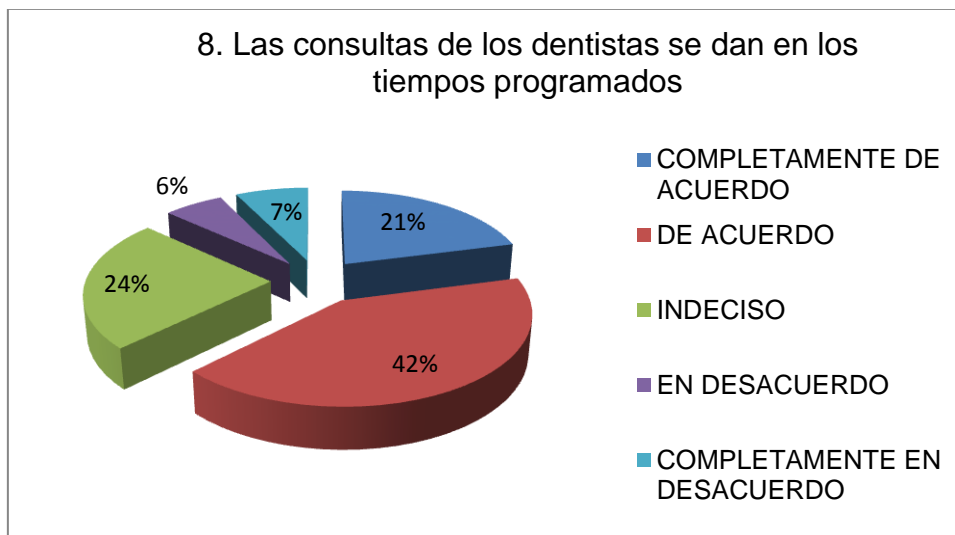
INTERPRETACION

La mayoría de los pacientes manifiesta que si bien es cierto el dolor es inevitable, sin embargo casi el 60%, comenta en sus encuestas que debería aplicarse terapias de dolor que existen muchas técnicas pero por los tiempos de atención se los omite

8. Las consultas de los dentistas están se dan en los tiempos programados

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	63	21%
DE ACUERDO	125	42%
INDECISO	72	24%
EN DESACUERDO	18	6%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	22	7%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

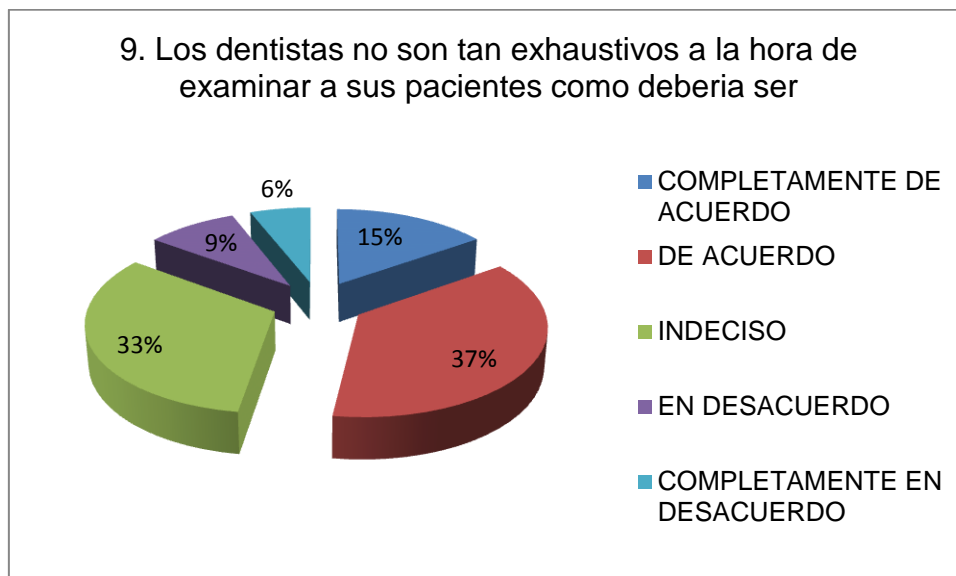
INTERPRETACION

Cerca del 40% de los clientes externos entre los indecisos, en desacuerdo y completamente en desacuerdo, manifiestan que las citas se dan en el día señalado, pero existe una demora entre lo programado y lo ejecutado entre una a dos horas

9. Los dentistas no son tan exhaustivos a la hora de examinar a sus pacientes como debería ser

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	46	15%
DE ACUERDO	111	37%
INDECISO	98	33%
EN DESACUERDO	27	9%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	18	6%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

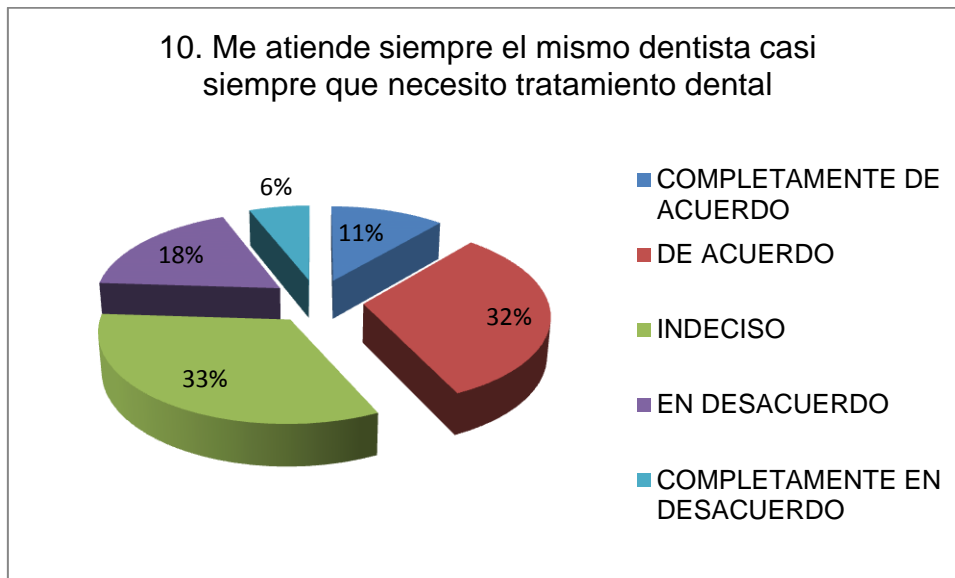
INTERPRETACION

Alrededor del 40%, de los pacientes encuestados manifiestan un grado de insatisfacción a la hora de ser atendidos, los tiempos de demora por los tratamientos que unos demoran más que otros

10. Me atiende siempre el mismo dentista casi siempre que necesito tratamiento dental

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	34	11%
DE ACUERDO	95	32%
INDECISO	99	33%
EN DESACUERDO	54	18%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	18	6%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

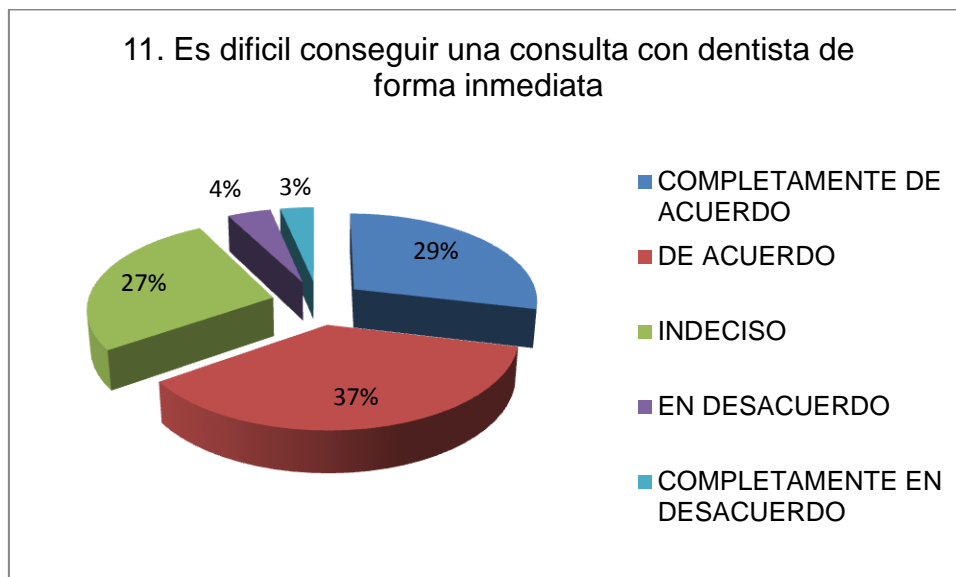
INTERPRETACION

La tendencia y la historia de los usuarios manifiestan en un porcentaje de alrededor del 42%, que los turnos de atención no son con el mismo dentista, sugieren que deberían mantener el mismo médico para cada tratamiento.

11. Es difícil conseguir una consulta con dentista de forma inmediata

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	86	29%
DE ACUERDO	110	37%
INDECISO	81	27%
EN DESACUERDO	13	4%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	10	3%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

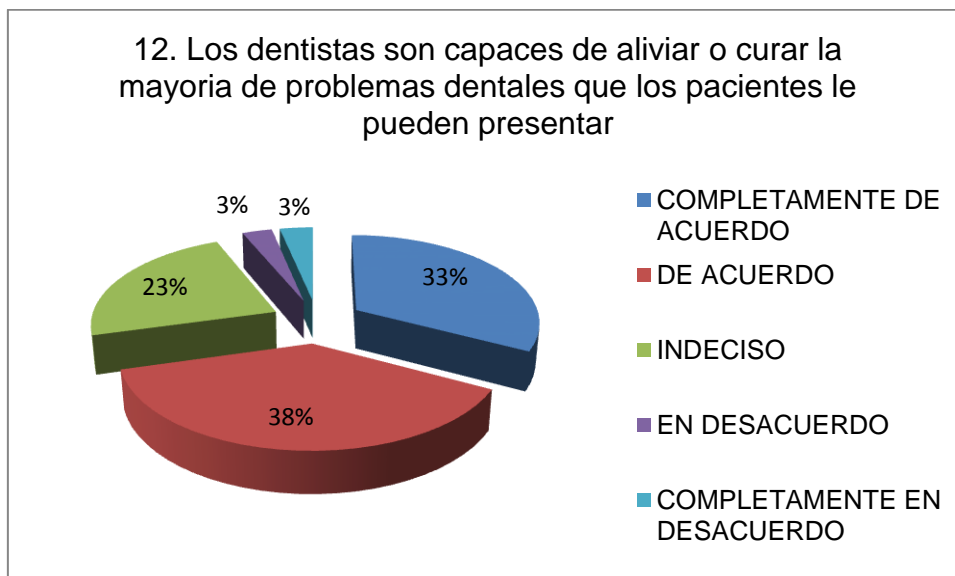
INTERPRETACION

29% completamente de acuerdo, 37% de acuerdo, 27% indeciso, 4% en desacuerdo, 3% completamente en desacuerdo

12. Los dentistas son capaces de aliviar o curar la mayoría de problemas dentales que los pacientes le pueden presentar

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	98	33%
DE ACUERDO	114	38%
INDECISO	69	23%
EN DESACUERDO	9	3%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	10	3%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

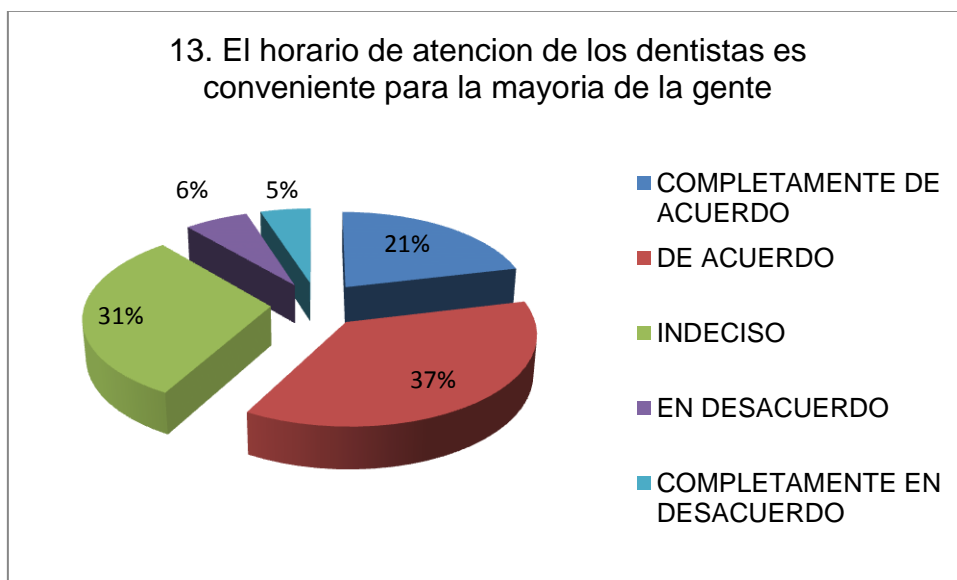
INTERPRETACION

33% completamente de acuerdo, 38% de acuerdo, 23% indeciso, 3% en desacuerdo, 3% completamente en desacuerdo.

13. El horario de atención de los dentistas es conveniente para la mayoría de la gente

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	64	21%
DE ACUERDO	110	37%
INDECISO	92	31%
EN DESACUERDO	19	6%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	15	5%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

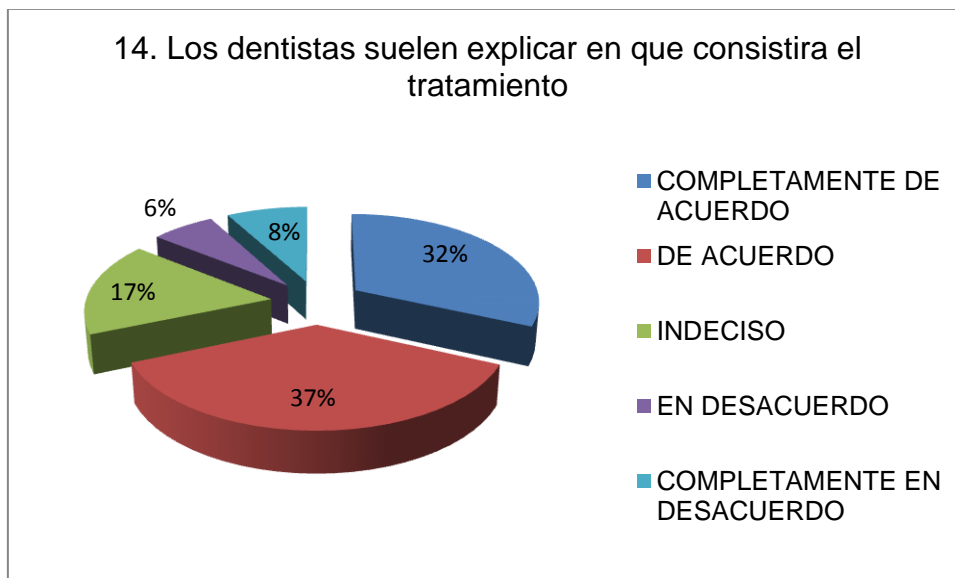
INTERPRETACION

El horario de atención es importante y se lo consigue a través del call center, sin embargo cuando se presentan emergencias estas se desfasan en tiempos, es por esto que el 42% reflejan inconformidad en la atención del justo a tiempo

14. Los dentistas suelen explicar en que consistirá el tratamiento

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	95	32%
DE ACUERDO	111	37%
INDECISO	51	17%
EN DESACUERDO	19	6%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	24	8%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

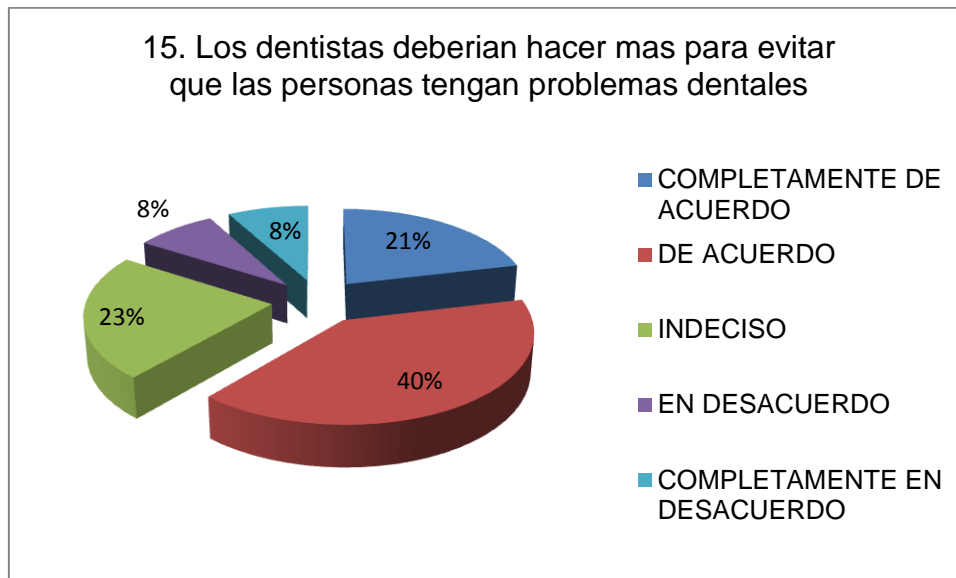
INTERPRETACION

Los pacientes se quejan que los odontólogos no explican sus dolencias solo se remiten a llenar su ficha médica, realizar el tratamiento y recetar, no hay una comunicación afectiva, que a veces es la solución a muchos problemas

15. Los dentistas deberían hacer más para evitar que las personas tengan problemas dentales

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	64	21%
DE ACUERDO	120	40%
INDECISO	68	23%
EN DESACUERDO	24	8%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	24	8%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

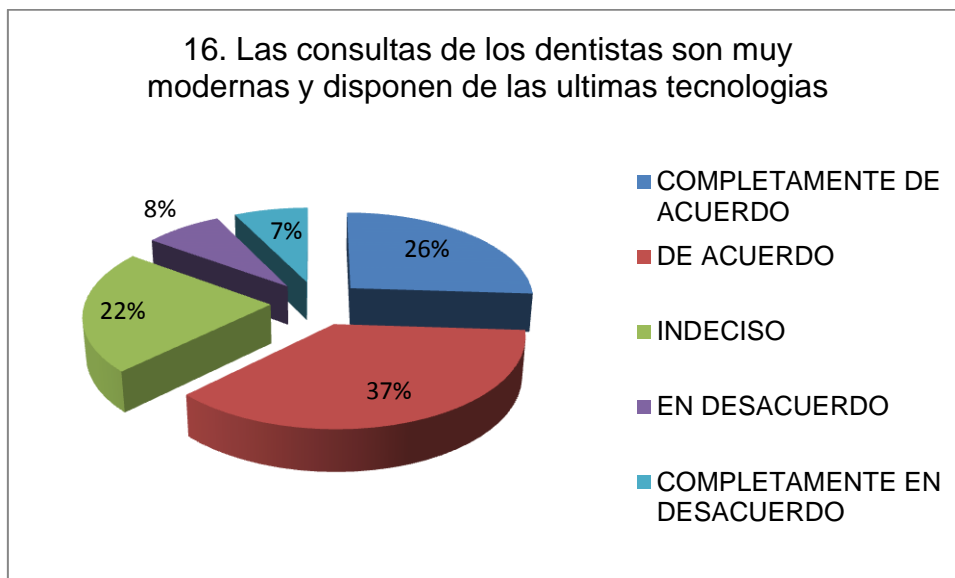
INTERPRETACION

El 39% de los pacientes atendidos expresan que no hay campañas preventivas de educación oral, así se evitaría los post tratamientos con dolor

16. Las consultas de los dentistas son muy modernas y disponen de las últimas tecnologías

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	78	26%
DE ACUERDO	110	37%
INDECISO	67	22%
EN DESACUERDO	23	8%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	22	7%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

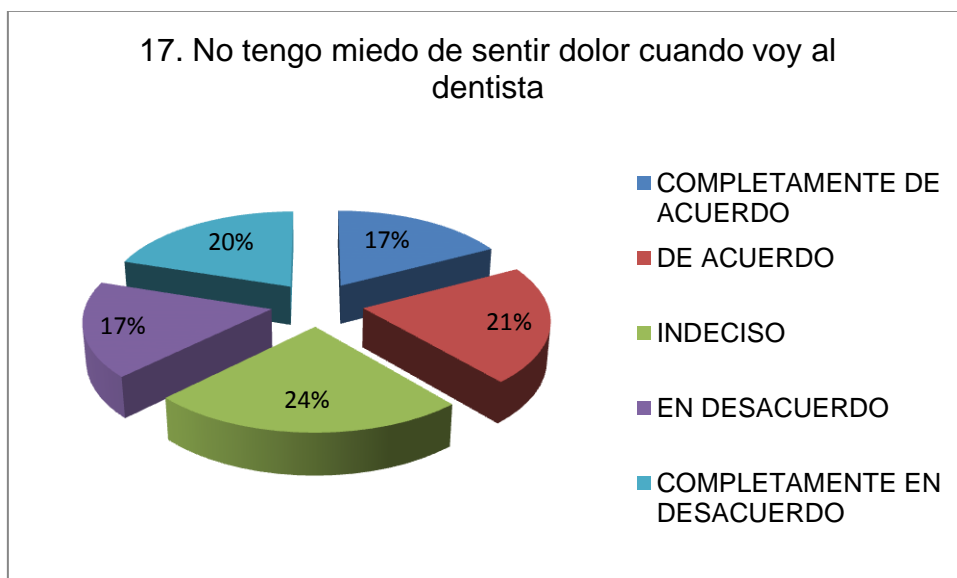
INTERPRETACION

Vemos que el 26% completamente de acuerdo, 37% de acuerdo, 22% indeciso, 8% en desacuerdo, 7% completamente en desacuerdo, existen equipos con tecnología de punta pero subutilizados se necesita más especialistas

17. No tengo miedo de sentir dolor cuando voy al dentista

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	52	17%
DE ACUERDO	64	21%
INDECISO	72	24%
EN DESACUERDO	52	17%
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	60	20%
TOTAL	300	100%

GRAFICO



Autor: Grace Sánchez Cajas

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

INTERPRETACION

17% completamente de acuerdo, 21% de acuerdo, 24% indeciso, 17% en desacuerdo, 20% completamente en desacuerdo

11.9 Conclusiones y recomendaciones

11.9.1 Conclusiones

- El modelo de atención que predomina en los servicios odontológicos del hospital se caracteriza por ser curativo y mutilador, lo curativo predomina sobre lo preventivo.

- Los servicios de la unidad odontológica que presta a la población de la parroquia de Febres Cordero no tienen tarifario médico, sin embargo los servicios que recibe no son los suficientes puesto que algunos tratamientos son caros y el hospital no dispone de insumos para toda la comunidad.

- Las charlas preventivas son ejecutadas sin mucha frecuencia, por lo que la comunidad y los usuarios desconocen de tratamientos preventivos de salud oral.

- Los equipos odontológicos se caracterizan por poseer tecnología de punta sin embargo son utilizados parcialmente por no disponer del personal técnico especializado suficiente

11.9.2 Recomendaciones

- Educación continúa permanentemente a los profesionales en odontología para una atención adecuada a los pacientes que se atienden en el Hospital Abel Gilbert Pontón.

- Es importante que exista una organización planificada y ordenada para que los turnos y el orden de los pacientes sean características de la unidad odontológica.

- El paciente debe contar con una información básica de su tratamiento mediante la explicación del odontólogo.

- Brindar charlas de salud y prevención oral a los pacientes y a la comunidad que es atendida en la unidad odontológica.

12.- PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS

12.1 Alternativa obtenida

Nombre de la propuesta

Estrategias de marketing de salud bucal para la toma de decisiones en el departamento de odontología Hospital Roberto Gilbert Pontón.

Objetivos

- Identificar la demanda en áreas una investigación de mercado
- Analizar la situación de los consultorios dentales en el hospital Guayaquil
- Desarrollar estrategias de salud bucal a través del marketing mix.

12.2 Alcance de la alternativa

Con la propuesta se pretende involucrar a los actores directos en los siguientes aspectos:

- Formación técnica y profesional del departamento de odontología
- Evaluaciones periódicas para establecer correctivos los programas de salud oral
- Planes de marketing corporativo para desarrollar estrategias de mejoramiento en la unidad odontológica del Hospital Abel Gilbert Pontón.

12.3 Aspectos básicos de la alternativa

12.3.1 Investigación de mercado

Con la información recolectada en la investigación de mercados hemos decidido desarrollar estudios de mercados en cuanto al usuario y al mercado de salud dental en los siguientes términos:

Perfil del usuario caracterizado por sexo

Sexo	Población	Porcentaje
Masculino	128.167	50.46
Femenino	125.833	49.54
Total	254.000	100.00

Fuente: Proyección población INEC

Elaboración: Grace Sánchez C

Perfil del usuario caracterizado por sexo

Rango de edad	Población	Porcentaje
4 a 12	58.420	23
12 a 17	27.940	11
18 a 25	30.480	12
26 a 35	53.340	21
36 a 50	58.420	23
50 a 60	25.400	10
Total	254.000	100

Fuente: Proyecciones población INEC

Elaboración: Grace Sánchez Cajas

Mercado de salud bucal.

El ejercicio odontológico en Guayaquil como muchas otras ciudades y regiones es consecuencia del modelo de atención al usuario, especialmente en lo referente a la atención manejada por el sector público, que corresponde al tipo de atención que

recibe más del 85% de la población. Dicho modelo ha hecho un gran énfasis en la solución de problemas de corto plazo, aplicando las técnicas dentales en las últimas etapas de las enfermedades, de acuerdo a las estadísticas más del 65 % de las actividades clínicas se ubican en el después de la enfermedad, el 25 % en el durante y el 10 % en el antes , todo esto sucede en el escenario del sistema público, la situación se agrava en el sector publico pues más del 90 % de las enfermedades dentales son en el después, ocasionando que los tarifarios y costos médicos por insumos, tratamientos se eleven potencialmente.

La situación se agrava cuando la concentración del tipo de atención que se ofrece en el país tiene que ver con la cultura y la valoración que la población da a su dentadura, esta valoración tiene que ver con la estética como parte integral de su salud personal.

En el 90% de la población existe una cultura del dolor, donde el lema es sino duele no hay dentista, no hay concientización de la prevención como medio para evitar el dolor y tener menor inversión en tratamientos correctivos.

Comportamiento del usuario

De acuerdo a la investigación de mercado se detalla la forma como el cliente se comporta con las siguientes tendencias:

- Los usuarios potenciales de la unidad de salud odontológica actúan de manera reactiva, debido a que acudieron una sola vez en el año a consulta externa

- El paciente odontológico posee la “cultura del dolor”, el 74% de los pacientes que acuden a consulta externa tuvieron tratamientos como: caries, limpiezas, extracciones entre otras.

Servicios odontológicos que se ofertan en el mercado de salud bucal.

A pesar del constante crecimiento en el número de odontólogos en el país, la salud bucal de la población ecuatoriana no ha mejorado sustancialmente. En Guayaquil existe un odontólogo graduado cada 755 habitantes y un odontólogo practicante cada 1510 ciudadanos, dada la población reducida de usuarios, la utilización del servicio odontológico en los hospitales públicos cada día está en aumento, existen alrededor de 4000 odontólogos en el área urbana, cada profesional de la salud. La mayoría de las unidades médicas que atiende en los hospitales públicos no cuentan con los instrumentos dentales actualizados para realizar diferentes tipos de tratamientos, entre los servicios que el hospital Abel Gilbert Pontón no cuenta como balcón de servicio son:

Proyección de especialidades a ser ofertadas en el 2016

Especialidad	4 a 12	12 a 17	18 a 25	26 a 35	36 a 50	50 a 60
Odontopetria						
Ortodoncia						
Endodoncia						
Periodoncia						

Fuente: Departamento de estadística

Autor: Grace Sánchez Cajas

A continuación realizaremos un análisis FODA, de los servicios de salud bucal.

Fortalezas	Debilidades
<p>Los odontólogos se pueden mantener vigentes, ofrecen productos odontológicos con técnicas actualizada en sus distintas especialidades.</p> <p>Mejoramiento de la infraestructura en la unidad médica que da servicios de salud en el hospital.</p> <p>Asignación presupuestaria en aumento para la dotación de instrumentos odontológicos.</p>	<p>Ubicación geográfica de hospital, la cobertura médica dental es para el segmento de la parroquia Febres Cordero</p> <p>El hospital no está considerado como docente investigativo por lo que un buen porcentaje de profesionales esta desactualizado</p> <p>La oferta de servicio particular que ofertan las clínicas va en amento por el tarifario que es económico y accesible a la clase media para abajo</p> <p>La distribución de turnos , se consigue a uno o dos meses, el usuario se ve obligado a buscar otras alternativas</p>
Oportunidades	Amenazas
<p>Los nuevos esquemas de productos dentales facilitan la tarea de los profesionales en la unidad médica.</p> <p>Posibilidad de abrir convenios con otros hospitales para el desarrollo de especialidades</p>	<p>La competencia crece y los demanda de los servicios se incrementar proporcionalmente</p> <p>Disminución del ingresos familiar de la clase media , por lo que su valoración x</p>

1.-- Estrategias de imagen penetración del mercado.

- Penetración en el mercado de los clientes internos
- Incrementar el porcentaje de atención de atención
- Ser una alternativa dental para todas los pacientes del hospital

2.- Estrategias de rentabilidad

- Control y eficiencia en costos de oportunidad por la relación costo-beneficio de los insumos médicos utilizados en consulta externa dental

- Control de los inventarios e instrumentos médicos de las consultas externas para definir vida útil de los bienes
- Mantener un promedio de citas médicas por odontólogo no menor a 10 en los tratamientos que siguen los pacientes
- Desarrollar metas de seguimiento preventivo de los pacientes que realizan consultas de rutina

3.- Estrategias de comunicación

- Conocer las bondades del hospital y de su unidad de estudio en un 100% para difundir charlas y talleres de salud bucal
- Promover e incentivar la asistencia a consulta dental de la comunidad guayaquileña que esta alrededor del Hospital
- Crear posicionamiento de marca unidad médica dental para que talento humano y directivos acrediten en la certificación de calidad en servicios de la salud
- Desarrollar seguimientos en el entorno para crear clínicas médicas móviles

Tácticas de posicionamiento

Para efectivizar la estrategia de comunicación informativa se procede de la siguiente manera:

- Entrega del material informativo a los usuarios del hospital
- Campaña de relaciones públicas mediante convenios y alianzas con instituciones y medios de comunicación televisiva y escrita

Estrategia	Actividad	Responsable	Tiempo	Duración
Campaña de comunicación dental a beneficio de los clientes externos	Desarrollo de material en digital	Gerente medico	15 días	20 días
	Reparto de material publicitario para su revisión	Comisión técnica	12 meses	Todo el año
Campaña de relaciones publicas	Comunicación a los medios de prensa	Director de la unidad dental	1 semana	7 días
	Convenios con instituciones publicas	Director medico	12 meses	Todo el año

Tácticas de servicio

El sistema se basara en la preferencia por ofrecer un servicio diferenciado para lo cual se ha establecido las siguientes políticas:

- El usuario solicita turno a través del call center
- Atención todos los días de la semana para encontrar cita
- Personal médico y paramédico a encontrar trato preferencial y con calidez
- Garantía en los tratamientos médicos dentales
- Creación de protocolos que normalicen la relación cliente interno y externo

Proyecto de prevención de salud oral en marco lógico

HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN

MATRIZ DE FORMULACIÓN DE PROYECTOS

UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD SALUD ODONTOLÓGICA		
RESPONSABLE DEL PROYECTO	DIRECTOR DE LA UNIDAD DENTAL		
NOMBRE DEL PROYECTO	FORTALECIMIENTO DE LA SALUD ORAL EN LOS USUARIOS EXTERNOS		
DURACIÓN (MESES)	DOCE		
PROGRAMA			
PROMOCIÓN DE SALUD ORAL			
OBJETIVO DEL PROYECTO			
Desarrollar programas de salud oral preventiva para mejorar la calidad de vida de los pacientes que ingresan Hospital a recibir tratamientos profilácticos			
COMPONENTES PRINCIPALES DEL PROYECTO		PONDERACIÓN	MONTO aprox. PRESUPUESTO
1	Tratamiento extramural charlas educativas	21%	4.700,00
2	Seguimiento para captación de pacientes	29%	4.200,00
3	Rehabilitación oral , Tratamiento oral terminado (TOT)	50%	13.500,00
TOTAL		100%	22.400,00

	NOMBRE DEL PERFIL:	Promoción de salud oral		
	RESPONSABLE:	Unidad de salud odontológica hospital Abel Gilbert Pontón		
	OBJETIVO	INDICADORES	VERIFICADORES	SUPUESTOS
FIN:				
	Incluir el servicio de medicina preventiva dental preventiva en el Hospital Abel Gilbert Pontón	Cantidad de pacientes atendidos en el sector y grado de satisfacción.	Listado de pacientes atendidos en la promoción de salud oral	Motivación a los afiliados para asistir a las charlas de medicina preventiva.
PROPÓSITO:				
	Mantener la salud dental en la comunidad con medios preventivos oportunos.	Resultado del sondeo de opinión sobre la imagen de la unidad médica dental Numero de programas desarrollados de atención médica preventiva extramural.	Cantidad de Trípticos elaborados por el equipo para reforzar conocimientos	Organización de los miembros de la comunidad a participar en el programa
COMPONENTES				
1	Tratamiento extramural charlas educativas	Visita del odontólogo a la comunidad	Ruta de sectorización , fotografías	Asignación presupuestaria
2	Seguimiento para captación de pacientes	Distribución de médicos de acuerdo al cronograma	Formulario de registro odontológico , hoja de ruta	
3	Rehabilitación oral , Tratamiento oral terminado (TOT)	Visitas a las escuelas y colegios del sector con privilegio de primero y séptimo de básica	Programación a las unidades educativas	

ACTIVIDADES				
A	1,- Tratamiento extramural charlas educativas 2,- Seguimiento para captación de pacientes 3,- Rehabilitación oral , Tratamiento oral terminado (TOT)			
A,1	Análisis de las necesidades del medio social	Al final de cada trimestre se verifica las evidencias de los talleres de educación oral , registro mensual de las actividades extramurales	Cronograma de odontólogos para visitas insitu, preferencias a pacientes niños, tercera edad y enfermos catastróficos, hojas de ruta señaladas en el planificación estratégica del hospital	Asignación presupuestaria disponible
A,2	Elaborar un proyecto de medicina preventiva.			
A,3	Cronograma de actividades con los ciudadanos sectorizados			
A,5	Codificación y distribución de los pacientes de acuerdo a los sectores y derivación a los centros de salud			
A,6	Atención medica preventiva del sector por tratamiento oral terminado			

**HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON
MATRIZ DE PRESUPUESTO**

UNIDAD EJECUTORA : Unidad odontológica

NOMBRE DEL PROYECTO: Fortalecimiento de salud oral

COMP.	Componentes	EGRESOS 2016						SUBTOTAL
		EN	MAR	MAY	JUL	SEP	NOV	
1	Tratamiento extramural charlas educativas	1.200,00		1.500,00		2.000,00		4.700,00
2	Seguimiento para captación de pacientes	500,00	500,00	800,00	800,00	700,00	900,00	4.200,00
3	Rehabilitación oral , Tratamiento oral terminado (TOT)	2.500,00	2.500,00	3.000,00	1.500,00	2.500,00	1.500,00	13.500,00
TOTAL COMPONENTES 1-2-3								22.400,00

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Dental Association. (2003). ADA policy on evidence-based dentistry [Documento en Internet]. Disponible en: <http://www.ada.org/prof/resources/positions/statements/evidencebased.asp#top> [Consulta: 2007, Septiembre 16].

Anderson, D. R., Sweeney, D. J. y Williams, T. A. (2004). *Métodos cuantitativos para los negocios* (9ª. ed.). México, D. F.: Thomson.

Antequera Vinagre, J. M. y Arias Menéndez, E. (2005). *Sistema sanitario y recursos humanos: Manual para gestores y profesionales*. Madrid: Díaz de Santos.

Blanco Restrepo, J. H. y Maya Mejía, J. M. (2005). *Fundamentos de salud pública. Tomo I: Salud pública* (2ª. ed.). Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Cardozo Montilla, M. A., Sorate Marcano, Y. y Herrera Galarraga, M. (en imprenta). *Odontología basada en la evidencia: Paradigma del siglo XXI. Acta Odontológica Venezolana*.

Cerezo Sanmartín, M. (2002). *Práctica clínica basada en la evidencia científica: Papel del gestor de información como integrante de un equipo multidisciplinar*.

Código de Deontología Odontológica. (1992, Agosto 15). [Transcripción en Internet]. Disponible en: <http://www.elcov.org/ley2.htm> [Consulta: 2007, Octubre 24].

Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (1946, Julio 22).

[Transcripción en Internet]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [Consulta: 2007, Octubre 19].

Daft, R. L. (2005). *Teoría y diseño organizacional* (8ª. ed.). México, D. F.: Thomson.

David, F. R. (2003). *Conceptos de administración estratégica* (9ª. ed.). México, D.F.: Pearson Educación.

Fernández-Ríos, M. (1999). *Diccionario de recursos humanos: Organización y dirección*. Madrid: Díaz de Santos.

García García, J. F. y Royo Bordonada, M. A. (2006). *Salud pública y epidemiología*. Madrid: Díaz de Santos.

Quirós, I. y Santos Álvarez, M. V. (2006). *Organización y dirección de empresas*. Madrid: Thomson.

Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., Donnelly, J. H. y Konopaske, R. (2006).

Organizaciones: Comportamiento, estructura, procesos (12ª. ed.). México, D.

F.: McGraw-Hill.

Guerra Romero, L. (1996). La medicina basada en la evidencia: Un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 107(10), 377-382.

Hellriegel, D., Jackson, S. E. y Slocum, J. W. (2005). *Administración: Un enfoque basado en competencias* (10ª. ed.). México, D. F.: Thomson.3.-

14. Anexos



ANEXO 1.- DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE

Fue desarrollado por Davies y Ware en 1982 en un estudio nacional en Estados Unidos con la finalidad de medir la satisfacción del paciente con la atención odontológica en ese país. La muestra estaba formada por 3464 personas, de zonas rurales y urbanas, predominantemente de raza blanca, con un nivel de educación medio-alto, y una media de ingresos bastante superior al nivel de pobreza. Los criterios de inclusión a la hora de confeccionar la muestra incluyen en el estudio a todas aquellas personas de 14 años o más, excluyendo a las edades comprendidas entre 0 y 13 años. El cuestionario se diseñó para ser auto cumplimentado por parte del paciente, para lo cual estimaron un tiempo aproximado de 5 minutos. En aquellos pacientes que tenían problemas para responder a las preguntas, un entrevistador le prestó la ayuda necesaria.

Las principales dimensiones relacionadas con la satisfacción con el tratamiento dental que los autores identificaron en la literatura fueron: calidad del tratamiento (incluyendo aspectos técnicos y de relación interpersonal dentista-paciente), accesibilidad (económica y física), disponibilidad, conveniencia y manejo del dolor. Otras dimensiones identificadas, pero con menos frecuencia, hacían referencia a la continuidad del tratamiento, eficacia y resultados, organización, y satisfacción general con el tratamiento dental.

Para componer este cuestionario, los autores trabajaron con el “HIE health questionnaires” (Ware et al, 1976) que media la satisfacción con el tratamiento

médico, y seleccionaron aquellos ítems que median las dimensiones de calidad del tratamiento (técnica e interpersonal), accesibilidad (económica y no económica), disponibilidad, conveniencia, continuidad, resultados/eficacia, y satisfacción general (Tabla). En estos ítems, cambiaron las referencias a “médicos” y “tratamiento médico” por “dentistas” y “tratamiento dental”. Los ítems que hacían referencia al manejo del dolor fueron escritos por los autores.

Por lo tanto, la versión original del cuestionario “Dental Satisfaction Questionnaire” está compuesta por 19 ítems (Tabla), de los cuales, en 18 de ellos se pregunta sobre estados de opinión sobre aspectos del tratamiento dental o de los dentistas, mientras que en uno de ellos (el ítem número 12) se pregunta por un estado de hecho.

A cada pregunta, el paciente puede contestar eligiendo una opción de la siguiente escala:

1. Completamente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Neutral
4. Desacuerdo
5. Completamente en desacuerdo

Una vez contestado y cumplimentado el cuestionario, cada paciente obtiene una puntuación en la satisfacción, la cual se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems; además puede obtenerse la puntuación de cada una de las escalas sumando los ítems que las componen (Tabla). Puntuaciones altas indican mayor satisfacción. Pero para ello es necesario recodificar previamente la puntuación contestada y reasignar los valores que a continuación se indican (Tabla).



ANEXO 2.- CALCULO DE LAS PUNTUACIONES DE LAS

CÁLCULO DE LAS PUNTUACIONES DE LAS ESCALAS POSIBLES DEL CUESTIONARIO "DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE"

ESCALA	SUMATORIO DE PUNTUACIONES OBTENIDOS EN LOS ÍTEMS
ACCESO	5+13+15
DISPONIBILIDAD/CONVENIENCIA	7+9
COSTE	3+10
CONTINUIDAD	12
SATISFACCIÓN GENERAL	1
MANEJO DEL DOLOR	4+8+19
CALIDAD	2+6+11+14+16+17+18
ACCESO TOTAL	3+5+7+9+10+13+15
ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DENTAL	1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11+12+13+14+15+16+17+18+19

VERSIÓN ORIGINAL DEL CUESTIONARIO "DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE"

ÍTEM	CONTENIDO	CATEGORÍA
1	There are things about the dental care I receive that could be better	General
2	Dentists are very careful to check everything when examining their patients	Competencia técnica
3	The fees dentist charge are too high	Accesibilidad económica
4	Sometimes I avoid going to the dentist because it is so painful	Dolor
5	People are usually kept waiting a long time when they are at dentist's office	Acceso
6	Dentists always treat their patients with respect	Interpersonal
7	There are enough dentists around here	Disponibilidad
8	Dentist should do more to reduce pain	Dolor
9	Places where you can get dental care are very conveniently located	Conveniencia
10	Dentist always avoid unnecessary patient expenses	Accesibilidad económica
11	Dentists aren't as thorough as they should be	Competencia técnica
12	I see the same dentist just about every time I go for dental care	Continuidad
13	It's hard to get a dental appointment for dental care right away	Acceso
14	Dentists are able to relieve or cure most dental problems that people have	Resultado
15	Hours when you can get dental care are good for most people	Acceso
16	Dentists usually explain what they are going to do and how much it will cost before they begin treatment	Interpersonal
17	Dentist should do more to keep people from having problems with their teeth	Prevención
18	Dentist office's are very modern and up to date	Competencia técnica
19	I am not concerned about feeling pain when I go for dental care	Dolor

VERSIÓN ESPAÑOLA DEL TEST “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”

ITEM	CONTENIDO
1	Hay aspectos del tratamiento dental que recibo que podrían mejorarse
2	Los dentistas muestran un cuidado especial cuando examinan a sus pacientes
3	Los dentistas cobran precios demasiado elevados
4	Algunas veces evito ir al dentista porque hacen mucho daño
5	Normalmente los pacientes tienen que esperar mucho tiempo en la clínica dental
6	Los dentistas siempre tratan a sus pacientes con respeto
7	Hay suficientes dentistas en mi zona
8	Los dentistas deberían hacer más para reducir el dolor
9	Las consultas de los dentistas están en lugares a los que es muy fácil llegar
10	Los dentistas siempre evitan a sus pacientes gastos innecesarios
11	Los dentistas no son tan exhaustivos a la hora de examinar a sus pacientes como deberían ser
12	Me atiende siempre el mismo dentista casi siempre que necesito tratamiento dental
13	Es difícil conseguir una consulta con el dentista de forma inmediata
14	Los dentistas son capaces de aliviar o curar la mayoría de problemas dentales que los pacientes le puedan presentar
15	El horario de atención de los dentistas es conveniente para la mayoría de la gente
16	Los dentistas suelen explicar en qué consistirá el tratamiento y su coste antes de iniciarlo
17	Los dentistas deberían hacer más para evitar que las personas tengan problemas dentales
18	Las consultas de los dentistas son muy modernas y disponen de las últimas tecnologías
19	No tengo miedo a sentir dolor cuando voy al dentista



ANEXO 3.- Formato de encuestas a los pacientes de la unidad odontológica

1. Hay aspectos del tratamiento dental que recibo que podría demorarse

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

2. Los dentistas muestran un cuidado especial cuando examinan sus pacientes

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

3. Algunas veces evito ir al dentista porque hacen mucho daño

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

4. Normalmente los pacientes tienen que esperar mucho tiempo en la unidad odontológica

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

5. Los dentistas siempre tratan a sus pacientes con respeto

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

6. Hay suficientes dentistas en la unidad odontológica

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

7. Los dentistas deberían hacer más para reducir el dolor

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

8. Las consultas de los dentistas están en lugares a los que es muy fácil llegar

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

9. Los dentistas no son tan exhaustivos a la hora de examinar a sus pacientes como debería ser?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

10. Me atiende siempre el mismo dentista casi siempre que necesito tratamiento dental

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

11. Es difícil conseguir una consulta con dentista de forma inmediata

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

12. Los dentistas son capaces de aliviar o curar la mayoría de problemas dentales que los pacientes le pueden presentar

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

13. El horario de atención de los dentistas es conveniente para la mayoría de la gente

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

14. Los dentistas suelen explicar en que consistirá el tratamiento

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

15. Los dentistas deberían hacer más para evitar que las personas tengan problemas dentales

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

16. Las consultas de los dentistas son muy modernas y disponen de las últimas tecnologías

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		

17. No tengo miedo de sentir dolor cuando voy al dentista

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETAMENTE DE ACUERDO		
DE ACUERDO		
INDECISO		
EN DESACUERDO		
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO		
TOTAL		