

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO  
VICERECTORADO ACADÉMICO  
ESCUELA DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**Indicadores básicos, de las prestaciones odontológicas  
en la División de Odontología del Hospital Nacional de  
la Policía, Enero 2016 – Diciembre 2016**

Tesis para obtener el Grado de Maestro en Estomatología con mención en  
Formación Estomatológica

**AUTOR: Falconí Ortiz, Carlos Amaro**

ASESOR: Dra. Flores Ragas, Gladys

**CHIMBOTE - PERÚ**

**2017**

## **RESUMEN**

Esta investigación tiene como objetivo determinar los indicadores básicos (concentración y extensión de uso) de las prestaciones odontológicas para la toma de decisiones en la División de Odontología del Hospital Nacional de la Policía 2016, para esto se utilizó la estadística llevada por el Hospital para determinar los indicadores de productividad, la cual está basada en el uso de hojas HIS, y determinar los valores mediante éstos indicadores de las prestaciones de atención especializada en odontología en : diagnóstico, cirugía buco máxilo-facial, periodoncia y operatoria dental, que se encuentran en la lista de prestaciones que se brindan en dicha institución. El resultado de la investigación mostró baja cantidad de usuarios que se atienden en la división de Estomatología.

**Palabras Clave:** Concentración y extensión de uso.

**Líneas de Investigación:** Otros temas de Medicina Clínica

### **ABSTRACT**

This research aims to determine the basic indicators (concentration and extent of use) of dental benefits for decision making in the Dentistry Division of the National Police Hospital 2016, for this was used the statistics carried by the Hospital to determine the productivity indicators, which is based on the use of HIS sheets, and determine the values by means of these indicators of dentistry care services in: diagnosis, Maxillofacial Surgery, periodontics and dental surgery, found in the list of benefits provided in that institution. The result of the investigation showed low number of users that are treated in the Division of Stomatology.

**Key Words:** Concentration and extension of use.

## **CONTENIDO**

<b>RESUMEN</b>	2
<b>ABSTRACT</b>	3
<b>CONTENIDO</b>	4
<b>CAPITULO I: INTRODUCCIÓN</b>	6
1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	8
1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION	14
1.3. PROBLEMA	15
1.3.1    Problema general	15
1.3.2    Problemas específicos	15
1.4. MARCO REFERENCIAL	15
1.4.1    Modelos de sistemas de salud a nivel internacional	15
1.4.2    A nivel nacional: Sistema de Salud en el Perú	27
1.4.3    Indicadores básicos de productividad	29
1.4.4    Prestaciones de salud	38
1.5. HIPÓTESIS	40
1.6. OBJETIVOS	40
1.6.1    Objetivo General	40
1.6.2    Objetivos específicos	40
<b>CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS</b>	41
2.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	42
2.1.1    Tipo de investigación: Descriptivo	42
2.1.2    Técnicas de contrastación: No experimental	42
2.2 POBLACION Y MUESTRA	42
2.3 VARIABLES	42
Operacionalización de las Variables	43

2.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	44
2.4.1 Instrumento para la recolección de los datos	44
2.5 PLAN DE ANÁLISIS	44
<b>CAPITULO III: RESULTADOS</b>	45
<b>CAPITULO IV: DISCUSIÓN</b>	66
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	70
<b>CONCLUSIONES</b>	71
<b>RECOMENDACIONES</b>	73
<b>CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	75
<b>CAPITULO VII: ANEXOS</b>	79

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

## I.-INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene una relevancia científico, social e innovador para el uso de indicadores de las prestaciones odontológicas que se usan actualmente y con ellos se mejorará la cobertura de salud bucal y la calidad de vida de la población beneficiaria, además servirá como aporte científico para el conocimiento de los indicadores a través del método científico que influirá en la toma de decisiones más cercana a la realidad y objetividad, saliendo del procedimiento empírico que actualmente se utiliza como modelo de gestión en el Hospital de Policía, es por ellos que para mejorar la gestión de la división de odontología se necesita conocer el uso de indicadores .

Los indicadores de gestión odontológica son herramientas de medida gerencial que nos permitirán medir y evaluar el desempeño de nuestras actividades, metas, estrategias y responsabilidades con los grupos de referencia en el consultorio.

La ventaja del uso de indicadores sobre cualquier otro método es que traducen la realidad en cifras cuya interpretación no se presta a discusión y pueden ser un instrumento de primer orden en la planificación de nuestro trabajo cotidiano, en el servicio que prestamos y en el control de los mismos, en la predicción de sus efectos a mediano y largo plazo o en el impacto de una estrategia para el empleo de una determinada política de atención y prestación de servicios a nuestros pacientes.

Este estudio presenta un breve análisis del área de odontología del Hospital Nacional de la Policía, en temas afines a la Gestión en Odontología, en estudios previos del sector odontológico en general se puede evidenciar que en su totalidad los Centros con Especialidad Odontológica del Área Metropolitana de Lima, dirigen al personal en función de experiencias adquiridas a lo largo de su ejercicio profesional, más no utilizan metodologías propuestas por profesionales en el tema. Todo ello, refiere a que la mayoría de centros odontológicos desconoce la existencia de Modelos de Gestión,

además, los pocos centros que los conocen, consideran que es compleja su implementación y que su uso es innecesario por el reducido número de empleados que tienen a su cargo.

Sin embargo la situación actual del sector nos empuja a usar herramientas de gestión para generar mayor productividad en nuestros centros y asimismo mejorar la calidad de nuestras atenciones.

Este trabajo tiene como objetivo ser una ayuda a la gestión actual encargada del área de odontología.

### **1.1.-ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA**

El trabajo de investigación que Mejía y cols. (2007) consistió en evaluar la equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia así como sus principales factores. Para el análisis de este estudio de tipo descriptivo se discriminaron variables de acceso a servicios de salud por nivel socioeconómico y tipo de afiliación, para identificar los factores de acceso a servicio de salud se construyó un modelo Logit cuyas variables explicativas son el estatus socio-económico, edad, educación, género, ubicación urbano/rural, estado de salud auto-reportado y tipo de afiliación a la seguridad social. Se obtuvieron los siguientes resultados: Primero ante la necesidad de buscar atención no se observan diferencias entre afiliados al régimen contributivo y subsidiado, pero sí entre éstos y los no afiliados; segundo las barreras financieras se constituyen en el principal obstáculo para no acceder a servicios de salud para los afiliados al régimen subsidiado y los no afiliados. Finalmente, se evidencian inequidades entre afiliados y no afiliados, en tanto los del régimen contributivo tienen mayores facilidades para continuar con la atención. Existe un sesgo positivo en el acceso a servicios de salud preventivos que favorece los de mejor situación económica. Obteniéndose como conclusión que la educación, edad y tipo de afiliación a la seguridad social son los principales factores que inciden sobre el acceso a servicios curativos y preventivos. El género, estado de salud



auto-reportado y ubicación geográfica son factores adicionales para explicar el acceso a servicios preventivos, pero que no inciden en el acceso a servicios curativos.

Asimismo Fernández(2008) señala que los indicadores son utilizados para determinar el rendimiento de las distintas áreas del servicio, para la evaluación técnica, administrativa y del recurso humano, son elementos de estrategia para combatir la selección adversa en la toma de decisiones, dicho de otra forma para detectar los problemas variados a evaluar, representan un dato o conjunto de datos que ayudan a medir objetivamente la evolución de un proceso o una actividad y proporcionan una base cuantitativa para conseguir mejoras. De manera indirecta la calidad es medida, mediante la selección de aspectos o características que la representan. Asimismo señala que para que la calidad de la prestación del Servicio tenga consistencia se deben definir los Indicadores a partir de estándares establecidos que permitan medir las diferencias entre éstos y la realidad observada. Concluye entonces que es necesario definir indicadores de calidad que nos permitan medir objetivamente la calidad de nuestro desempeño. En ese sentido el indicador es una expresión matemática, generalmente un cociente del tipo tasa o proporción, aunque puede ser otro tipo de cociente o solamente un número. Como toda expresión matemática, no es el problema, sino una simplificación del mismo, útil para llamar “objetivamente” la atención sobre una cuestión o un aspecto relevante de la misma. Deben ser fáciles de establecer y cuantificar, estar en relación directa con el proceso que miden, deben ser compatible con otros indicadores, comparables en el tiempo y sensibles a la detección de los errores.

Por otro lado Carrasco C. y cols.(2008) buscaron establecer la oferta de profesionales, dicen que existe una amplia oferta en la formación de pregrado de recursos humanos en salud. El promedio de médicos egresados anuales pasó de 27 en el período de 1917-1926 a 1 026 nuevos médicos anuales en el quinquenio 1990-1995,

habiendo un reporte de variación desde 1287 en 1998 a 2 183 en 2003. En ese sentido el Colegio Médico del Perú se plantea la preocupación sobre del riesgo de que la calidad en la entrega de servicios de salud a la comunidad y al individuo sea disminuida ante la oferta excesiva de profesionales con estándares de formación heterogéneos, así como ante una desordenada distribución y disímil competencia profesional de los médicos en nuestro país. Se plantearon como objetivo identificar el número y distribución de médicos, su situación laboral, así como la relación entre médicos generales y especialistas, evidenciando los aspectos de la oferta y demanda. Para esto se utilizó como método el estudio observacional descriptivo, analítico, prospectivo, transversal con tres componentes: descriptivo, exploratorio y prospectivo. Resultando que existe un importante aumento de egresados de medicina. De acuerdo a la tasa de proyección calculada en base a lo ocurrido en los últimos años (2,8% en universidades públicas y 12,7% en universidades privadas) pasaríamos de 2 156 egresados al año 2005 a 3 218 en el año 2011. La oferta actual de médicos generales es de 25 935 médicos para una demanda calculada de 16 196 lo que establece una sobre oferta de 9 739 médicos. En el caso de los especialistas también existe una sobre oferta de 1 611. Concluyendo que en vista del panorama descrito se requiere tomar medidas legislativas urgentes, entre ellas la suspensión temporal de la creación de nuevas facultades o escuelas de medicina durante los próximos cinco años, la conformación de una comisión que estudie medidas adicionales de regulación de la oferta de estudios de medicina.

Otros investigadores como Chacón Y. y col. (2010) mencionan que el recurso humano dentro de las organizaciones, sean estas públicas o privadas, se convierte en el capital más importante para el desarrollo de una buena gestión. En este sentido, el funcionamiento de estas instituciones es determinado entre otros factores por el desempeño de sus empleados. Siguiendo esta línea, toda actividad humana necesita supervisarse y evaluarse, por lo que el manejo de indicadores es relevante como

mecanismo para medir el grado de cumplimiento de metas y actividades programadas dentro de las organizaciones. En este orden de ideas, uno de los indicadores más empleados dentro de las instituciones, tanto públicas como privadas es la productividad; la cual debe estudiarse tanto en empresas privadas como en organizaciones públicas. Debemos tener presente que el servicio de emergencia debe brindar una atención oportuna, de fácil acceso y de calidad por lo que su modelo de atención debe responder a las necesidades y expectativas de los pacientes, objeto de cobertura que permita planificar acciones a asumir, actitudes y conductas en correspondencia con su estructura organizativa y funcional. Con el análisis del modelo Integral de salud aplicado en la emergencia de los Servicios Médicos Odontológicos de la Universidad del Zulia, se busca abarcar los aspectos relacionados con la productividad, las actividades que se ejecutan y las medidas de efectividad, de tal forma que se puedan conocer algunos de los factores que incidan en una buena prestación del servicio.

En ese sentido que Zevallos, Lesly y cols. (2011) realizaron un estudio para determinar y describir la oferta, la demanda y la brecha de médicos especialistas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú a nivel: Nacional, regional y por tipo de especialidad. En este estudio descriptivo y observacional, a través del cual se determinó la oferta (en este caso funcional) de médicos especialistas utilizando fuentes secundarias del MINSA. De este modo el análisis de la demanda de médicos especialistas se basó en dos metodologías: La primera fue medir necesidades de especialistas según la norma de categorización de los establecimientos de salud y la segunda, según el perfil epidemiológico y demográfico. Seguidamente para medir la brecha de médicos especialistas se basó en la diferencia aritmética entre la demanda calculada y la oferta. Se obtuvo como resultados.: El Ministerio de Salud, a nivel nacional, tiene una oferta funcional total de 6074 médicos especialistas, de los cuales el 61,5% pertenecen a las especialidades clínicas, 33,2% a especialidades quirúrgicas,

4,9% a especialidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento y 0,4% a las especialidades de salud pública. Según la norma de categorización existe una demanda total de 11 176 médicos especialistas y según el perfil epidemiológico y demográfico, de 11 738. Las brechas estimadas a nivel nacional son similares en ambos métodos, aunque difieren ampliamente en las regiones y por tipo de especialidad. A nivel de región, las brechas son mayores en Loreto, Piura, Puno y Madre de Dios cuando se usa la valoración del déficit en forma relativa a la oferta. En cuanto a especialidad, la brecha es mayor en las cuatro especialidades básicas: ginecología-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general. Se concluyó entonces, que existe una gran brecha entre la oferta y la demanda de médicos especialistas a nivel nacional y regional que, de forma agregada, representa aproximadamente el 45% de la oferta actual, independientemente del método de estimación empleado.

Al mismo tiempo Alcalde y cols.(2011) describen las condiciones generales de salud de la población peruana y, con mayor detalle, el sistema peruano de salud: su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, los recursos físicos, materiales y humanos con los que cuenta, y las actividades de rectoría que en él se desarrollan. Asimismo se discute el estado en el que se encuentran la generación de información y la investigación, y la participación de los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema. El artículo concluye con una discusión de las innovaciones más recientes, dentro de las que destacan el Seguro Integral de Salud, el sistema de Empresas Prestadoras de Salud, el proceso de descentralización y los Comités Locales de Administración de Salud. El reto principal que enfrenta este sistema es ampliar la atención a la salud a poco más de 10% de la población que todavía no recibe servicios básicos

Siguiendo la línea de investigación anterior el Miniterio de Salud del Perú (2011)Este informe nos menciona que haciendo una comparación de la presente década

con la pasada, los 2000 ha sido una década de reconstrucción, desde las bases, de la carrera en el sector salud se vienen sentando las bases actualmente para el diseño de la carrera pública. Para ello, la Dirección General de Recursos plantea que el primer paso será construir un sistema integrado de reclutamiento y selección, pues en la actualidad cada unidad ejecutora maneja su propio proceso de reclutamiento y selección conforme a sus criterios, por medio de concursos regionales e ingresos por orden de mérito. Sin embargo, este tema del régimen de carrera trasciende el sector salud y viene siendo moldeado desde la Presidencia del Consejo de Ministros y el Poder Ejecutivo. El Censo del MEF indicaba además que la mayor parte del personal activo estaba en los Gobiernos Regionales (314,836), pues en ellos se incluye al personal de educación y salud, y también estaba en otros sectores como el Sector Interior (94,645) que incluye al personal policial, el Sector Educación (92,176), el Sector Defensa (55,654) que incluye al personal de las Fuerzas Armadas y el Sector Salud de Lima (25,909). Tanto el personal total del sector salud como los empleados públicos existentes, tienen múltiples regímenes laborales y salariales. La mayoría de ellos debería estar inserto en alguna estructura de carrera pública, por flexible que fuese. Pero el desorden administrativo de décadas ha heredado a la actualidad una situación compleja. La Dra. Nuria Esparch, Presidenta de la Autoridad Nacional del Servicio Civil (Servir), informaba en agosto del 2009 que había más de 30 formas de contratación en el Estado y 157 escalas de remuneración aprobadas por decreto supremo, sin contar las informales, notificando que no se tenía una cifra exacta sobre cuántos empleados públicos existían. A pesar del desorden que se refleja en el 2009, durante la década han surgido dos estrategias que se pusieron en marcha para poder retomar la carrera pública: la primera, una reforma que intentó redefinir globalmente la política de Estado al respecto con una ley marco de carácter comprensivo y que se concretó en la Ley Marco de Empleo Público del 19 de febrero de 2004; y la segunda estrategia, aún vigente, que avanza en sentar las bases

para una transformación general por etapas y medidas concretas y que se inició con la conformación de la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) el año 2008. Estos regímenes de contratación han contribuido a la migración de especialistas en salud, ya sea a provincias del interior del país o al extranjero.

## **1.2.-JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo tiene relevancia social puesto que el Hospital Nacional de Policía presta servicios de salud a la población, es innovador pues no existen indicadores de las prestaciones odontológicas actualmente y con ellos se mejorara la cobertura de salud bucal y la calidad de atención de la población beneficiaria, además servirá como aporte científico para el conocimiento de los Indicadores a través del método científico que influirá en la toma de decisiones más cercanas a la realidad y objetividad saliendo del procedimiento empírico que actualmente se utiliza como modelo de gestión en el Hospital Nacional de la Policía, es por ello que para una mejor gestión de la División de Odontología; se necesita conocer los indicadores:

Hora odontólogo en las consultas de diagnóstico.

También para conocer la hora odontólogo en operatoria dental.

Para determinar la hora odontólogo en cirugía buco-máxilo facial.

Se requiere conocer la hora odontólogo en periodoncia- profilaxis.

## **1.3.-PROBLEMA**

### **1.3.1.- Problema general**

¿Cuáles son los indicadores básicos (concentración y extensión de uso) de las prestaciones odontológicas, en la División de Odontología del Hospital Nacional de la Policía, 2016?

### **1.3.2.-Problemas específicos**

¿Cuál es el rendimiento hora odontólogo en el consultorio de diagnóstico?

¿Cómo es el rendimiento hora odontólogo en el consultorio de operatoria dental?

¿Qué relación tiene el rendimiento hora odontólogo en el consultorio de cirugía buco máxilo-facial?

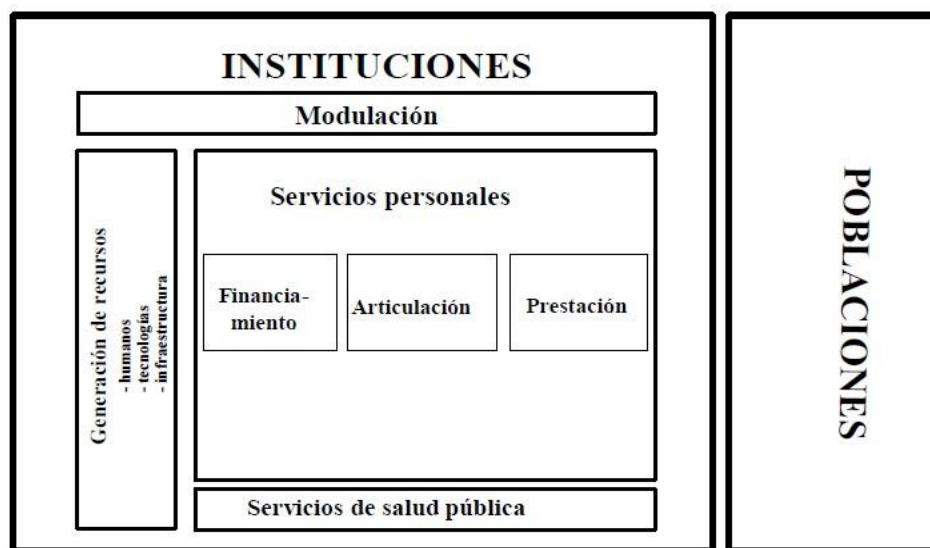
¿Cuánto es el rendimiento hora odontólogo en el consultorio de periodoncia?

## 1.4.-MARCO REFERENCIAL

### 1.4.1.-Modelos de sistemas de salud a nivel internacional

En el año 1997, Londoño, en su trabajo nos menciona que con demasiada frecuencia,

**Figura 2**  
**Componentes de los sistemas de salud**



los sistemas de salud son vistos como una colección simple de organizaciones, en lugar de ello, Londoño propone una visión dinámica de los sistemas de salud como un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales: las poblaciones y las instituciones; la noción importante es que los diversos grupos de población presentan una serie de condiciones que constituyen necesidades de salud, las cuales, a su vez, requieren de una respuesta social organizada por parte de las instituciones. En cada sistema de salud, esta respuesta se estructura a través de ciertas funciones básicas, mismas que las instituciones tienen que desempeñar a fin de satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones; al especificar las funciones del sistema de salud, resulta útil tener en mente la distinción convencional entre servicios de salud personales y públicos. Gran parte del análisis que sigue se concentrará en

los servicios de salud personales, esto es, el conjunto de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se aplican directamente a los individuos. Este énfasis se justifica por el hecho de que los servicios de salud personales absorben la gran mayoría de los recursos, y casi todos los debates en torno a la reforma del sistema de salud se refieren de manera central a ellos.

En ese sentido Roemer (1991) nos dice que la salud pública rebasa el ámbito de las acciones que caen dentro del dominio del sector salud definido de manera estrecha, para incluir también la interacción con todos los demás sectores que tienen una influencia en la salud de las poblaciones. Esta interacción es una función crucial de todo sistema de salud. Para el análisis de los sistemas de salud es preferible concentrarse en los servicios de salud personales, llámese prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación ya que absorben la mayoría de los recursos.

La Figura 1 muestra los componentes de los sistemas de salud modernos que no se limitan a un conjunto de instituciones que proporcionan servicios, sino que abarcan un grupo diversificado de organizaciones que producen los insumos necesarios para esos servicios, sobresalen las universidades e instituciones similares, que componentes esenciales de los sistemas de salud, sustrayéndose de la infinidad de detalles que convierten cada situación nacional en algo único suelen tener el doble papel de desarrollar recursos humanos y suministrar servicios de salud.

Sobre el asunto Frenk (1993) nos menciona que las funciones de financiamiento y prestación son las más conocidas; el financiamiento se refiere a la movilización de dinero de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y los organismos internacionales), y a su acumulación en fondos reales o virtuales (por ejemplo, fondos para el aseguramiento público, presupuestos públicos para la atención a la salud, ahorros familiares), que pueden ser asignados a



través de diversos arreglos institucionales para la producción de servicios. De otro lado la función de prestación se refiere a la combinación de insumos dentro de un proceso de producción, la cual ocurre en una estructura organizacional particular y conduce a una serie de productos (servicios de salud) que generan un resultado (cambios en el estado de salud del usuario). Como se examinará más adelante, es posible concebir un “proceso de financiamiento-prestación” integrado por una serie de pasos o sub-funciones. Al lado de estas dos funciones tradicionales, todo sistema de salud tiene que desempeñar una serie de funciones cruciales que pueden agruparse bajo el término “modulación”. Este es un concepto más amplio que el de regulación; implica establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica. El establecimiento de éstas reglas es un proceso delicado en el que es necesario equilibrar los intereses de los diversos actores. Con demasiada frecuencia, esta función se ha descuidado, particularmente en aquellos sistemas de salud en los que el ministerio de salud dedica la mayor parte de sus recursos humanos, financieros y políticos a la prestación directa de servicios.

Siguiendo con lo expuesto Chernichovsky (1995) nos dice que la última función del sistema de salud, como se muestra en la Figura 1, puede denominarse “articulación”. Esta función se encuentra en un punto intermedio entre el financiamiento y la prestación. En la mayor parte de los sistemas de salud actuales, ésta ha sido absorbida por cualquiera de las otras dos funciones, por lo que se ha mantenido como una función implícita. Una de las innovaciones importantes en muchas de las propuestas de reforma ha sido la de explicitarla y asignar la responsabilidad de llevarla a cabo a entidades diferenciadas.

Adicionalmente Enthoven (1988) nos dice que ésta función abarca también las funciones de agregación de demanda y representación de consumidores que se asignan a lo que se conoce como el “patrocinador” en los modelos de competencia administrada.

En ese contexto Star (1994) menciona lo que se quiere significar con el término

“articul

**Figura 2**  
**Tipología de los modelos de sistemas de salud en América Latina**

diversos

compon

Por otro

	<b>INTEGRACION DE FUNCIONES INSTITUCIONALES</b>	
<b>INTEGRACION DE POBLACIONES</b>	<b>Integración vertical</b>	<b>Separación</b>
<b>Integración horizontal</b>	<b>Modelo público unificado</b> (e.g., Cuba, Costa Rica)	<b>Modelo de contrato público</b> (e.g., Brasil)
<b>Segregación</b>	<b>Modelo segmentado</b> (la mayoría de los países latinoamericanos)	<b>Modelo privado atomizado</b> (e.g., Argentina, Paraguay)

ado del

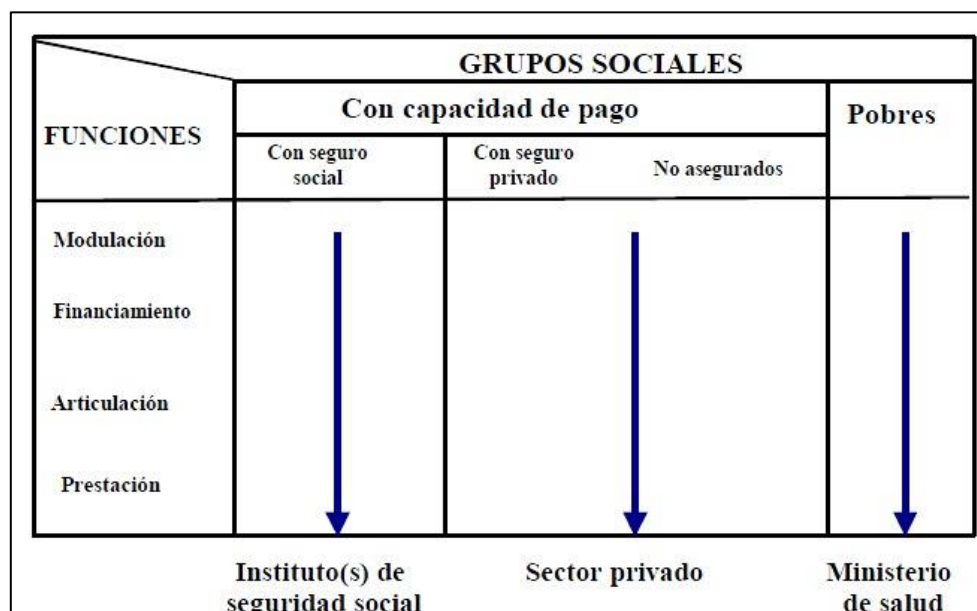
Figura 2.- Tipología de los modelos de sistemas de salud en América Latina (Fuente: Londoño y Frenk(1997))

proceso histórico de la mayor parte de los países latinoamericanos, el aspecto crucial que los sistemas de salud han tenido que resolver es la cuestión de la integración. Tanto en la literatura académica como en los documentos oficiales, este término ha sido usado de múltiples formas, algunas de ellas incluso equívocas. Por lo tanto, es necesario especificar su significado; la integración se refiere a cada uno de los dos componentes esenciales de los sistemas de salud, es decir, poblaciones e instituciones. Con base en estas dos dimensiones de la integración, la Figura 2 presenta una tipología de los principales modelos de sistemas de salud en América Latina.

Respecto de las poblaciones, la integración significa el grado en que los diferentes grupos tienen acceso a cada una de las instituciones del sistema de salud. Si bien dicho acceso constituye una variable continua, resulta útil establecer una dicotomía. Uno de los extremos de la dicotomía es la segregación. Como reflejo de las profundas desigualdades que afectan a la región, los sistemas de salud de muchos países segregan

a los diferentes segmentos de la población en diferentes instituciones de atención a la salud.

De esta manera Frenk (1994) nos aclara que por lo general, las posibilidades financieras e incluso legales de moverse de un segmento a otro son limitadas. El otro extremo de la dicotomía es lo que podría llamarse “integración horizontal”, en la que todos los grupos de la población tienen acceso a las mismas instituciones. Esta situación puede presentarse en uno de dos escenarios opuestos: o bien porque existe libertad de elección, o porque existe una única institución en el país. Dada la debilidad tradicional de la modulación y la articulación, el análisis del grado de integración sólo considera a las funciones de financiamiento y de prestación. Una vez más, el establecimiento de una dicotomía facilita las cosas. En uno de los extremos se encuentra la “integración vertical”, lo que significa que la misma institución desempeña diferentes funciones. En el otro extremo, las funciones se encuentran separadas en diferentes instituciones, como se muestra en la Figura 3



Figura

Figura 4b

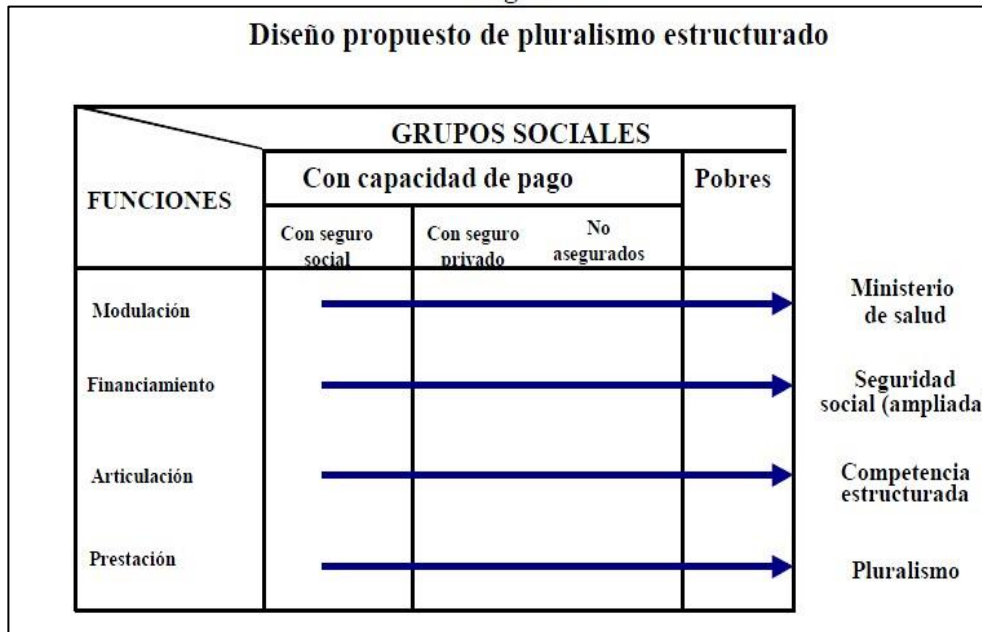


Figura 4

Cuar

de los principales modelos de sistemas de salud que han prevalecido en América Latina hasta antes de la más reciente oleada de reformas (como la ocurrida hace poco en Perú); cabe señalar que no hay país que constituya una expresión pura de cualquiera de estos modelos. Los modelos representan tipos ideales que sirven para comparar las principales soluciones organizacionales existentes hasta ahora. Dicha comparación pondrá de manifiesto las limitaciones de los arreglos actuales, permitiendo así la visualización de nuevas opciones. A continuación revisaremos los modelos que nos darán una visión más clara del tema que estamos tratando.

Al respecto Hirschman (1970) nos aclara, que en el modelo público unificado el estado financia y suministra servicios directamente a través de un sistema único integrado verticalmente. En su variante extrema, que actualmente se presenta solamente en Cuba, este modelo logra la integración horizontal de la población a costa de la libertad de elección, pues resulta ilegal ofrecer servicios fuera del monopolio gubernamental. De acuerdo con la tradición burocrática latinoamericana, este modelo excluye las opciones de prestación bajo el control del consumidor, y limita la

representación efectiva de los usuarios en la organización de los servicios. Así, los usuarios no pueden elegir porque, en la conocida formulación de no tienen ni voz ni opciones de salida. A su vez, los proveedores no pueden competir entre sí para suministrar un mejor servicio, ya que no existen alternativas posibles. Una variante menos extrema de este modelo se da en Costa Rica, donde el sistema público es casi universal, pero no existen limitaciones legales para elegir otras opciones de servicio.

Por otro lado Musgrove(1996) nos menciona en este tipo de casos, el virtual monopolio público se debe, más que nada, a la capacidad del estado para ofrecer servicios de calidad razonable, al tiempo que compite con el sector privado sobre la base de los precios. En efecto, como el estado no financia a otros proveedores, éstos deben cobrar lo que los servicios cuestan, o bien obtener algún subsidio privado. En cambio, los servicios públicos rara vez cobran a los usuarios el costo real. Esta ausencia de subsidio público a los servicios privados distingue al modelo público unificado del modelo de contrato público. Por su parte, la diferencia con el modelo segmentado radica en el hecho de que existe un solo presupuesto público, en vez de que se le divida entre el ministerio de salud y la seguridad social. En cualquiera de las variantes del modelo público unificado, la función de la modulación con frecuencia se ve limitada por conflictos de interés o porque el monopolio público simplemente no ve la necesidad de esta función. Por ejemplo, cuando el ministerio de salud participa de manera directa en la prestación de servicios, puede desarrollar una renuencia a promover la acreditación de hospitales por temor a que sus propios servicios e instalaciones resulten deficientes. Sea como fuere, la modulación se ejerce a través de formas de operación autoritarias, las cuales evitan los incentivos para el buen desempeño por parte de los proveedores. Además, la función de articulación se encuentra implícita, ya que la integración vertical y la ausencia de competencia hacen innecesaria la creación de instancias explícitas que

median entre las agencias de financiamiento, los prestadores de servicios y los consumidores.

Mientras que Goindaraj (1994) nos describe el modelo privado atomizado nos aclara que la función de financiamiento se lleva a cabo ya sea mediante desembolsos del bolsillo de los consumidores, o a través de múltiples agencias de seguros privados, las cuales reembolsan a los diversos prestadores de servicios sin que exista una integración vertical de estas dos funciones. Si bien ningún país latinoamericano presenta este modelo extremo en su forma pura, existen dos variantes importantes que se acercan al mismo.

La primera es una modalidad de mercado libre, que se observa en países en los que la abrumadora mayoría del gasto es privado y ocurre dentro de un entorno de prestación de servicios altamente desregulado con niveles muy bajos de aseguramiento o prepago. Un ejemplo de ello es Paraguay, en donde 87.5% del gasto en salud es privado. Aunque formalmente existe libertad de elección, las enormes diferencias en los grados de acceso financiero generan un mercado privado segmentado que excluye a la gran mayoría de la población de su nivel superior. Al igual que en el modelo público unificado, en esta variante la función de articulación es inexistente. A la luz de las conocidas imperfecciones del mercado de servicios de salud, la diversidad de financiamiento y de entidades de prestación no necesariamente se traduce en competencia. De hecho, la ausencia de una función explícita de articulación significa que no hay un mecanismo disponible para agregar la demanda, de forma que los consumidores pueden quedar desprotegidos por las asimetrías en la información. Aun cuando exista la competencia, con frecuencia ésta tiene lugar a través de la selección de riesgos más que de los precios. En suma, al excluir a grandes grupos de personas en necesidad y al segmentar la prestación de servicios, este modelo magnifica las fallas de mercado, que generan ineficiencias globales en el sistema de salud. La segunda variante del modelo privado

atomizado puede denominarse modalidad “corporatista”. Esta se caracteriza por la segregación de diferentes grupos ocupacionales en fondos de enfermedad exclusivos, no competitivos. Aunque en ocasiones algunos fondos cuentan con sus propias instalaciones para la prestación de servicios, el arreglo más común implica una separación entre el financiamiento y la prestación, de forma que el fondo de enfermedad cubre la atención que se recibe en instituciones públicas o privadas. Esta variante es muy poco frecuente en América Latina, si bien ha llegado a desarrollarse en el Cono Sur. El caso más ilustrativo lo representa el sistema de “obras sociales” en Argentina. En contraste con la experiencia de casi todos los países restantes de América Latina, estos fondos atomizados no han llegado a unirse en un instituto único de seguridad social. Asimismo, a pesar de que existen en gran número, no existe competencia entre ellos, ya que la afiliación es obligatoria en función, casi siempre, de criterios ocupacionales. El punto interesante es que estas organizaciones empiezan ya a desempeñar un papel de articulación, pues agregan las demandas de sus afiliados y actúan como compradoras colectivas de servicios.

Asimismo Londoño y Frenk (1997) al describirnos el modelo de contrato público, nos dicen que en algunos cuantos casos, el financiamiento público se ha combinado con una creciente participación privada en la prestación de servicios. Esta separación de funciones se consigue mediante la contratación de servicios. Cuando el financiamiento público tiene una cobertura universal, entonces se habla de una integración horizontal de la población. En contraste con los modelos polares, la población tiene mayores opciones, y los proveedores encuentran más oportunidades para la autonomía y la competencia. A menudo existe un presupuesto público global, igual que en el modelo público unificado. Pero a diferencia de éste, dicho presupuesto no se asigna por adelantado a prestadores públicos, independientemente de su desempeño, sino que se dirige a un conjunto plural de prestadores en función de ciertos criterios de

productividad y, en el mejor de los casos, también de calidad. A pesar de las anteriores ventajas, uno de los problemas más serios es la falta de una función de articulación explícita, que con frecuencia queda sometida a la función de financiamiento. Esta deficiencia conduce a la fragmentación de la prestación, y complica enormemente el control de la calidad y los costos. La tradicional debilidad de la función de modulación contribuye aún más a la fragmentación de la prestación. Aunque este modelo se asemeja a la experiencia canadiense, lo cierto es que no ha logrado desarrollar su acción moduladora, que en Canadá se ve enormemente fortalecida por la auto-regulación profesional. Por lo tanto, a la versión latinoamericana le ha resultado imposible alcanzar los niveles de igualdad y eficiencia del sistema de salud canadiense. En el caso de América Latina, Brasil ha sido ejemplo de este modelo en la última década.

Siguiendo el contexto anterior Frenk(1994)nos define el modelo segmentado como el modelo más común en América Latina; su estructura puede describirse de manera simplificada mediante la matriz que se muestra en la figura 3. Esta matriz relaciona las funciones del sistema de salud antes descritas con los diferentes grupos sociales. En forma característica, los sistemas de salud de América Latina se han dividido en tres grandes segmentos que corresponden a otros tantos grupos sociales. Así, se ha hecho una distinción fundamental entre los pobres y la población con capacidad de pago. A su vez, esta última abarca a dos grupos. El primero está formado por todos aquellos que trabajan en el sector formal de la economía (y con frecuencia sus familiares también), mismos que quedan cubiertos por una o varias instituciones de seguridad social. El segundo grupo está constituido por las clases medias y altas, en su mayoría urbanas, que no están cubiertas por la seguridad social. Las necesidades de salud de este grupo casi siempre son atendidas por el sector privado, mediante un financiamiento que proviene fundamentalmente de desembolsos del propio bolsillo. Cada vez más, algunas familias de este grupo empiezan a cubrirse mediante la contratación de seguros o planes de



prepago privados, ya sean comprados directamente u ofrecidos por los empleadores. Si bien se trata de una opción minoritaria en el panorama global de la región, en muchos países registra ya un rápido crecimiento. De cualquier manera, las diversas formas de aseguramiento privado se ajustan al modelo general como una modalidad más de participación privada. Finalmente, se encuentran los pobres, tanto rurales como urbanos, los cuales quedan excluidos de la seguridad social porque no están formalmente empleados. En el diseño del modelo segmentado, los ministerios de salud se encargan de suministrar servicios personales a los pobres (además, por supuesto, de realizar programas de salud pública que benefician a toda la población).

Además según Musgrove(1996) en promedio, aproximadamente una tercera parte de la población en América Latina se encuentra afiliada a algún instituto de seguridad social, otra tercera parte recibe casi toda la atención en las instalaciones del sector público y la tercera parte restante acude casi siempre al sector privado. Como se aprecia en la figura 4, el modelo segmentado segrega a los diferentes grupos sociales en sus nichos institucionales respectivos. De hecho, este modelo puede describirse como un sistema de integración vertical con segregación horizontal. Cada segmento institucional el ministerio de salud, las instituciones de seguridad social y el sector privado desempeña las funciones de modulación, financiamiento, articulación (cuando existe) y prestación de servicios, pero cada uno lo hace para un grupo específico. Tal configuración del sistema de salud presenta muchos problemas. Primero, genera duplicación de funciones y desperdicio de recursos, especialmente en los servicios de alta tecnología. Segundo, generalmente conduce a diferenciales importantes de calidad entre los diversos segmentos. En particular, los servicios que se encuentran reservados para los pobres adolecen de una escasez crónica de recursos. Tercero, la segmentación implica de hecho la coexistencia de los dos modelos polares, por lo que se combinan las desventajas de ambos. Así, el ministerio de salud integrado presenta todas las

desventajas del modelo público unificado, pero sin las ventajas de la cobertura universal.

De manera similar Gonzáles- Block (1988) nos dice cada institución de seguridad social ejerce un monopolio sobre su clientela respectiva. Y el sector privado presenta las limitaciones que se examinaron antes en el caso del modelo privado atomizado. El problema más importante que presenta el diseño del modelo segmentado es que no refleja el comportamiento real de la población. De hecho, la gente no necesariamente respeta las divisiones artificiales entre los tres segmentos. En efecto, existe un traslape considerable de la demanda, en el que una elevada proporción de los beneficiarios de la seguridad social utiliza los servicios que ofrece el sector privado o el ministerio de salud. El problema es que la carga de tal decisión recae sobre el consumidor, ya que se ve obligado a pagar por la atención que recibe en otra parte, a pesar de que ya antes pagó una prima de aseguramiento. Esto conduce a una importante fuente de desigualdad que consiste en la realización de múltiples pagos que imponen en muchas familias y empresas una carga financiera desproporcionada. Otra fuente de desigualdad es que el traslape de la demanda es unilateral, ya que las familias no aseguradas no pueden hacer uso de las instalaciones de la seguridad social (excepto en casos de urgencias y de algunos cuantos servicios de alta prioridad). Más aún, muchos ministerios de salud han fracasado en el intento de focalizar sus servicios en los pobres. La noción de que los servicios privados están reservados para las clases medias y altas, liberando así recursos públicos para la atención de los pobres, no se ve respaldada por los datos existentes sobre utilización de servicios. En la mayoría de los países que cuentan con tales datos, lo cierto es que el sector privado es una fuente importante de atención para los hogares pobres, mismos que, como ya se vio, destinan una proporción mucho mayor de sus ingresos en pagos directos para la salud que los hogares de mayores ingresos.

#### **1.4.2.-A nivel nacional: Sistema de Salud en el Perú**

Para la OMS (2001), el sistema nacional de salud es el conjunto interrelacionado de organizaciones, instituciones, dependencias y recursos, incluidos aquellos vinculados con otros sectores, que realizan principalmente acciones de salud. Lo conforman, asimismo, todas las personas que actúan en él y todas las actividades que se realizan. La interrelación de los elementos es una interacción dinámica y da lugar a propiedades que no poseen las partes, como por ejemplo la concertación, coordinación y articulación de acciones. Cada país tiene un sistema nacional de salud, aunque parezca funcionar de manera no sistémica. Sin la organización moderna y el progreso del sistema nacional de salud no es posible alcanzar un nivel aceptable de salud. Primero, porque los objetivos de un sistema nacional son mejorar la salud de toda la población, responder a sus expectativas y protegerla contra los riesgos financieros de la enfermedad y la discapacidad. En un sistema es muy importante cómo se protege a la persona contra los costos de la enfermedad y sus secuelas, cuál es el costo-beneficio de las prestaciones y cómo y en qué magnitud se recaudan los ingresos para el financiamiento; los sistemas de salud que responden a otros objetivos, por ejemplo neoliberales, no desarrollan cabalmente y no pueden lograr los objetivos en salud ni alcanzar los progresos que esperan. Segundo, porque el sistema nacional de salud tiene cuatro funciones esenciales: rectoría; financiamiento, incluida la recaudación; prestación de servicios, y generación de recursos humanos y físicos. La mayor o menor eficiencia en el desempeño de estas funciones explica las grandes brechas existentes entre los sistemas nacionales que funcionan bien y aquéllos que no lo hacen. Lograr un mejor nivel de salud y la satisfacción de las necesidades de la población está vinculado con otros factores condicionantes de la situación de salud, que suelen escapar del control del sector, como alimentación, educación, vestido, vivienda, trabajo, transporte, ambiente e intereses económicos y políticos. Por ende, la responsabilidad de la salud es también competencia de las instituciones de otros sectores sociales, económicos y políticos, sector privado,

universidades y, en general, de todos. El sistema nacional de salud permite la visión del conjunto de procesos y facilita la coordinación intersectorial. Los resultados que alcanzaron algunos países con los tres indicadores principales utilizados en la evaluación contenida en el Informe 2000 de la Organización Mundial de la Salud, se reseñan en la figura 5, donde se observa un mejor desempeño global de los sistemas nacionales con seguro social universal. La capacidad de respuesta del sistema implica su desempeño ante los problemas de salud y sus determinantes. Con posterioridad a la

	Indicadores		
	Desempeño global del sistema	Capacidad de respuesta	Equidad de la contribución financiera
Francia	1	16	26
Italia	2	22	45
España	7	34	26
Chile	33	45	168
Costa Rica	36	68	64
EE.UU.	37	1	54
Cuba	39	115	23
Perú	129	172	184

publicación del Informe 2000 surgieron divergencias que no encontraron un camino de entendimiento, por lo que este fundamental estudio mundial de sistemas de la OMS fue discontinuado hace catorce años.

Figura 5.-Evaluación Mundial del desempeño de los sistemas nacionales de salud: lugar ocupado entre 191 países (Fuente: Informe sobre la salud en el mundo, OMS 2000).

### 1.4.3.-Indicadores básicos de productividad

Madueño D.(2003)menciona que los Indicadores básicos de productividad en gestión odontológica son herramientas de medida gerencial que permiten medir y evaluar el desempeño de nuestras actividades, metas, estrategias y responsabilidades con los grupos de referencia en el consultorio. La ventaja del uso de indicadores sobre cualquier otro método subjetivo, es que traducen la realidad en cifras cuya interpretación no se presta a discusión y pueden ser un instrumento de primer orden en la planificación de

nuestro trabajo cotidiano, en los servicios que prestamos, en el control de los mismos, en la predicción de sus efectos a mediano y largo plazo o en el impacto de una estrategia, y una determinada política de atención y prestación de servicios a nuestros pacientes. Los indicadores ayudan a generar explicaciones y conocimientos sobre fenómenos que se dan en el acontecer social. Expresa un problema epistemológico que se refiere tanto a la relación sujeto/objeto como a la construcción de lo concreto/abstracto, a la relación entre la reconstrucción empírica de la realidad y la teoría que debe resolverse en el ámbito del modo en que el sujeto la piensa. Fundamentalmente porque todo conocimiento brota del sujeto, es decir son la expresión morfológica del objeto y también la traducción empírica de la teoría.

Un buen indicador se caracteriza por:

1. Validez: Se dice que un indicador es válido cuando consistentemente mide lo que debe medir.
2. Confiabilidad: Su medición repetida en condiciones similares produce los mismos resultados
3. Especificidad: Mide solamente los fenómenos que se quieren medir y no otros.
4. Costo -Efectividad: Que los resultados justifiquen la inversión en tiempo y en recursos.
5. Sensibilidad: Reflejan los cambios ocurridos en una determinada situación.



Figura 6.- Indicadores del consultorio de una clínica odontológica (Fuente: Madueño D. (2003)

A continuación definiremos algunos puntos específicos:

**Indicador:** Descrito por Madueño (2003), como una expresión matemática que permite evaluar el comportamiento de una variable o característica objeto de estudio. Es una herramienta de consulta para controlar y mejorar la calidad en la prestación de los servicios y en todos los aspectos que intervienen en procesos y procedimientos. El primer reto cuando se va a definir un indicador es tener claramente identificada la variable o característica que se pretende medir. A través de ellos se mide el desempeño de los procesos en una institución de salud. Evaluar la gestión, identificar oportunidades de mejoramiento, generar acciones para lograr el cumplimiento de objetivos, sensibilizar a las personas en la toma de decisiones, tomar medidas preventivas a tiempo, comunicar ideas, valores o pensamientos de forma resumida son algunos aspectos que nos permite el uso de indicadores en los procedimientos en la prestación de servicios. Sin embargo, los indicadores no representan únicamente la expresión morfológica del objeto (osea, la forma de presentarse del fenómeno), así como tampoco representan la traducción empírica de la teoría, el sentido de ser la operación de los conceptos o producto de la definición de categorías, dimensiones o variables. El problema es más complejo, dado que se refiere a la propia *estructura sintética* del objeto de estudio, al objeto como totalidad concreta. Existen diversas concepciones y maneras de entender y definir el papel de los indicadores, así como su función en el proceso de investigación. En este caso, habría que definirlo desde tres perspectivas o sentidos del uso de los indicadores. La primera perspectiva expone el orden y la sistematización de información para la evaluación, planeación y toma de decisiones. Estos indicadores se presentan en censos, banca de datos u otros referentes de

contextos geográficos. Esta perspectiva tiene que ver con la necesidad de contar con índices para el ejercicio gubernamental, institucional o de la cuantificación de los aspectos más relevantes que se generan en las distintas esferas de las actividades de los sectores económico-social, establecen estadísticas y referentes básicos para tener una representación cuantitativa de la realidad social. A partir de la postguerra, la tendencia de sistematizar la información se convirtió en una necesidad para los gobiernos locales, como para las organizaciones supranacionales. Las utilidades de estos índices han sido diversas, principalmente son utilizadas como referentes cuantitativos para medir los grados de crecimiento de un país o para medir avances o desniveles entre regiones. Esto ha permitido tener una noción que permita identificar y comparar los principales rasgos económicos, políticos y sociales. La perspectiva nos muestra el uso de indicadores en el análisis estadístico sobre problemas y fenómenos sociales. Ayuda en la interpretación y traducción de conceptos y nociones teóricas en las unidades de análisis, unidades de medida cuantitativa, y la realidad del objeto de estudio. Esta perspectiva está relacionada con ciertas tendencias dominantes de la investigación en ciencias sociales en donde los conceptos empíricos que tienen referentes más o menos directos de su significado en la experiencia sensorial son especialmente importantes ya que son los que pueden referirse a cosas observables. En esta perspectiva el sujeto se superpone al objeto, de tal manera que este último es menos importante que la técnica y los procedimientos estadísticos. Los indicadores son datos cuantitativos, producto de los procedimientos establecidos por el investigador, quien genera resultados que todos pueden observar de la misma manera, pero son hallazgos del investigador, no del objeto; las metodologías y las técnicas de medición adquieren mayor relevancia que el conocimiento de la realidad. Resulta más atractivo para el investigador el interés por la medición precisa que la explicación y conocimiento del objeto. La relación sujeto-objeto se presenta como una relación cómoda si se da por sentada la existencia del

objeto, la teoría que lo explica y las estrategias metodológicas para verificar su modo morfológico de presentarse. Con la aplicación de fórmulas regular ese itinerarios predeterminados el conocimiento es predecible y sólo requiere ser confirmado. La perspectiva tres se enfoca en la construcción de indicadores como parte de una estructura sintética o una totalidad concreta, es decir, el modo morfológico de presentarse del objeto. La realidad se construye yendo de lo concreto a lo abstracto y viceversa para establecer la expresión teórica y empírica del objeto no es lo morfológico por sí mismo lo que determina la construcción de los indicadores, sino que es la reflexión del sujeto sobre los distintos planos y articulaciones del fenómeno, visto desde diferentes puntos de observación, en tanto el objeto tienen múltiples significados y que a pesar de constituir una realidad determinada, por el propio recorte que se plantea para pensarla, no parte de una preexistencia. Esto significa que la construcción de indicadores no responde a una conexión inmediata con la realidad a partir de una teoría preexistente, sino que responde a mediaciones articuladas por una teoría propia del objeto; conceptos pensados a partir del objeto y sus múltiples articulaciones en un momento en que éste está dado dentro de procesos heterogéneos. De lo que se trata, en esta perspectiva, es de ubicarlas distintas facetas del fenómeno en su modo morfológico de presentarse, verlo desde diferentes puntos de observación para identificarlo determinado del fenómeno. De las tres perspectivas planteadas, las dos primeras se refieren a la morfología del objeto y la tercera al modo morfológico de presentarse el fenómeno. Dicho de otra manera, para las dos primeras la prioridad es el qué piensa el sujeto sobre la realidad y en la tercera el cómo la piensa. Así, el sujeto se plantea sobre qué piensa del objeto y no en el otro sentido sobre cómo lo piensa. Representan dos formas de resolver la relación sujeto-objeto y dos formas distintas de plantear la construcción de indicadores. De un lado lo determinado, el dato tal cual se presenta; de otro lo determinado-indeterminado a partir de la historicidad de la realidad. Tanto para



una perspectiva como para la otra, la función y el uso de indicadores es importante, de hecho fundamental para el proceso de conocer. Es fundamental, también, para el tránsito de lo abstracto a lo concreto, en tanto el objeto contiene elementos teóricos y empíricos y los indicadores posibilitan la aplicación de metodologías cualitativas o cuantitativas que conducen a una nueva teorización sobre el objeto, como teoría renovada, como un nuevo conocimiento.

**Indicador básico de productividad:** Es una medida que se utiliza a través del tiempo para determinar el rendimiento de las funciones o procesos de una organización, o de una de sus áreas o dependencias. Los indicadores de gestión son Herramientas de medida gerencial que permiten medir y evaluar el desempeño de nuestras actividades, metas, estrategias y responsabilidades con los grupos de referencia en el consultorio. Es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso, muestra las variaciones, sobre las cuales se toman acciones correctivas o preventivas. Debe poder ser comparado con algún nivel de referencia. Lo que no se mide no se puede evaluar, y si no se evalúa no se puede saber si es malo o bueno, ambos casos debemos conocerlos para poderlos mejorar implementando los cambios necesarios a que den lugar y así acercarnos al cumplimiento de las metas propuestas y crear nuevas estrategias. La pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad, seguridad, eficiencia, respeto, efectividad, coordinación y eficacia son algunos de los atributos de calidad que se pueden medir a través de los indicadores de gestión.

**Indicador hora / odontólogo:** Mide el rendimiento del recurso humano odontólogo por cada hora de atención en consulta externa.

**Indicador de calidad:** La calidad se mide indirectamente, mediante la selección de aspectos o características que la representan. Para que la calidad de la prestación del Servicio tenga consistencia se deben definir los Indicadores a partir de estándares establecidos que permitan medir las diferencias entre éstos y la

realidad observada. Debemos definir indicadores de calidad que nos permitan tener una medida objetiva de la calidad de nuestro desempeño. Algunos de los más comunes son: Número de quejas mensuales, tiempos de espera en admisión, demora en tiempos de proceso, retratamientos, satisfacción de los pacientes. El indicador es una expresión matemática, generalmente un cociente del tipo tasa o proporción, aunque puede ser otro tipo de cociente o solamente un número. Como toda expresión matemática, no es el problema, sino una simplificación del mismo, útil para llamar “objetivamente” la atención sobre una cuestión o un aspecto relevante de la misma. Deben ser fáciles de establecer y cuantificar, estar en relación directa con el proceso que miden, deben ser compatible con otros indicadores, comparables en el tiempo y sensibles a la detección de los errores. El indicador de calidad es una medida indirecta que sirve para identificar áreas de mejoramiento y monitorizar los procesos de mejora de la calidad, aunque la mayor proporción de su variación sea explicada por factores asociados a la calidad de la atención; también hay factores causales que pueden estar asociados a otros factores, por lo cual siempre es necesario realizar análisis causal para afirmar que efectivamente se dio una falla de calidad. Cuando la mayor proporción de la variación del indicador está explicada por factores diferentes a la calidad de la atención, no es un buen indicador de calidad. Igualmente debe entenderse que la calidad es multidimensional y para la medición de su comportamiento deben tomarse en consideración diferentes mediciones. El indicador de calidad generalmente se diseña para identificar áreas de mejoramiento y monitorizar este, por lo cual no es de extrañar que los resultados iniciales que arroje el indicador muestren una situación no deseable desde la perspectiva de la calidad de la atención. Consecuentemente con lo planteado en la definición anterior, se entiende que los indicadores de calidad tienen un propósito doble: Proveer información que sea trazadora de la calidad de la atención en el sistema y permita la referenciación a nivel

nacional y/o internacional y promover procesos de mejoramiento en las instituciones. No todos los indicadores cumplen al mismo tiempo los dos propósitos, y esto debe ser tomado en consideración durante el análisis. Por esa misma razón en los sistemas de información para la calidad se utilizan tanto: indicadores basados en registros como los basados en la búsqueda activa. Los primeros indicadores se caracterizan porque el dato es fácilmente verificable y puede dar información acerca del comportamiento de la calidad en el sistema o en la institución. Mientras que en los segundos se asume la existencia de grados variables de subregistro, pero que son altamente útiles para desatar procesos de mejoramiento de la calidad en las instituciones. Igualmente es necesario entender que todo proceso de desarrollo de un sistema de información, pasa por una etapa inicial de mejora de extensión de la cobertura y mejora de la calidad del dato, lo cual también debe ser tomado en consideración en el momento del análisis. Los puntos específicos donde surgen los problemas de satisfacción de los usuarios podemos conocerlos a través de las herramientas de la Calidad: encuestas, buzones, diagramas de flujo, reuniones eficaces, etc. Un buen modelo para mejorar la atención a los usuarios podría consistir primero en medir su grado de satisfacción y luego evaluar dichas mediciones. Una decisión basada en una mala evaluación puede ocasionar que un problema pequeño se convierta en uno mayor. Entonces, el sistema de gestión de calidad de la institución, siempre debe contemplar la aplicación de métodos que permitan conocer las expectativas de los usuarios y evaluar su grado de satisfacción. La medición del grado de satisfacción debe relacionarse con algunas de las características del producto o servicio brindado de manera que sirva para orientar la toma de decisiones.

#### **1.4.3.1.-Principales indicadores de productividad**

Según lo descrito por Madueño, D. (2003) los principales indicadores de gestión son:

**Extensión de uso.**- Es el número de asegurados que hacen uso del servicio por lo menos una vez en el año.

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ usuarios (atendidos)}}{\text{n}^\circ \text{ asegurados}} \times 100$$

Se expresa en:

porcentaje: 50%

decimales: 0.50

**Concentración.**- Es el número de veces que un usuario (atendido) ha hecho uso del servicio en un año

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ ATENCIONES}}{\text{N}^\circ \text{ ATENDIDOS}}$$

Se expresa en:

DECIMALES: 3.50

**Rendimiento.**- Es el producto de una unidad de factor de producción por unidad de tiempo.

Unidades de factor de producción:

Consultas externas

Atenciones odontológicas

El Rendimiento puede ser de:

Recurso humano

Equipamiento

Infraestructura

Condicionados (Rendimiento estándar):

Normativas institucionales o nacionales

Estándares establecidos

Objetivos – Metas

Calidad de la atención

#### **Rendimiento de consultas x hora odontólogo**

$$\frac{\text{Nº consultas externas realizadas x odontólogo en el mes}}{\text{Nº horas ejecutadas en consulta externa en el mes}}$$

#### **Rendimiento de atenciones por hora odontólogo**

$$\frac{\text{Nº atenciones realizadas x odontólogo en el mes}}{\text{Nº horas ejecutadas en atenciones en el mes}}$$

#### **1.4.4.-Prestaciones de salud**

Rovira y cols. (2003) definen el término prestaciones de salud como el conjunto, lista o relación de servicios o prestaciones financiados total o parcialmente por un sistema público o privado, que son objeto potencial derechos y obligaciones para los actores de dicho sistema. El conjunto de prestaciones de salud garantizadas con recursos públicos a los individuos de menor renta se ha calificado como paquete mínimo de prestaciones. Cuando la totalidad de la población tiene garantizada la cobertura de estas prestaciones de salud se ha denominado, también, paquete universal o prestaciones universales.

La elaboración de un conjunto de prestaciones consiste en una secuencia de pasos que pueden darse de varias maneras distintas. Un primer punto que se ha de aclarar es cuáles son y cómo se definen los objetos que es preciso incluir. Tal como se ha indicado, la elaboración del conjunto de prestaciones exige seleccionar un subconjunto de servicios de entre todo el universo de servicios que puede ofrecer la tecnología médico de salud en un momento y lugar determinados. Sin embargo, los servicios pueden definirse de forma muy específica e individualizada o de un modo más genérico. Si se quiere definirlos de forma genérica, hay que determinar el criterio de agrupación; por ejemplo, se pueden agrupar servicios en función del tipo de proveedor servicios de

atención primaria, del tipo de enfermedad o condición de salud servicios materno infantiles, de otras características servicios preventivos o de combinaciones de criterios prevención de enfermedades transmisibles. Puesto que el efecto más inmediato del conjunto de prestaciones es convertir un derecho difuso a la protección de la salud o a recibir asistencia de salud en un derecho objetivable a recibir unos servicios específicos, posiblemente puede hablarse con mayor propiedad de conjunto de prestaciones cuanto más específica sea la lista o relación de servicios. No obstante, el conjunto de prestaciones, más que una simple relación de servicios, es una relación derechos y obligaciones a recibir, suministrar o pagar dichos servicios, lo que significa que puede ser necesario, o por lo menos conveniente, que junto a cada servicio se detallen las circunstancias o condiciones en que dichos derechos obligaciones son efectivos. Esto puede incluir tanto el tipo de enfermedad o las características del beneficiario, como otras condiciones de acceso tales como el tiempo demora o de espera máximos. Otra cuestión importante es quién hace la selección de servicios y cómo se hace. La puede hacer un decisor individual (o colectivo) a partir de sus conocimientos y preferencias, sin ningún procedimiento ni criterio explícito. Alternativamente, se pueden usar unos criterios de prioridad y selección y establecer mecanismos bien definidos de votación o consenso. Una opción promovida desde posiciones disciplinarias la economía de la salud es la de basar la selección en una ordenación o en un establecimiento de prioridades inicial entre los servicios disponibles, en función de un criterio o criterios que reflejen los objetivos de la política de salud, por ejemplo, el criterio de costo-efectividad. En principio, cada elemento del universo, es decir cada servicio, debería ocupar un lugar de la ordenación. La disponibilidad de recursos sería la que delimitaría el conjunto de prestaciones, de acuerdo con el principio de que hay que asignar a cada servicio incluido en el conjunto de prestaciones los recursos necesarios para prestarlo a todo beneficiario que tenga derecho al mismo. Con este enfoque se garantiza que el

conjunto de prestaciones incluye los servicios con un mayor nivel de prioridad (los más costo-efectivos). Un proceso de este tipo sería más transparente y objetivable, por cuanto el nivel de prioridad y la consiguiente selección de servicios se obtienen con métodos analíticos que pueden explicitarse y debatirse. En resumen, a nuestro juicio, lo que caracteriza un conjunto de prestaciones es que 1) constituya una lista lo más detallada y específica posible de servicios, en la cual se hagan explícitas las circunstancias en que son objeto derecho u obligación, y 2) que se hayan establecido la viabilidad financiera y las condiciones de acceso efectivo.

### **1.5.- HIPÓTESIS**

Se trata de una investigación descriptiva, la hipótesis está implícita.

### **1.6.-OBJETIVOS**

#### **1.6.1.- Objetivo General**

Determinar los indicadores básicos (concentración y extensión de uso) de las prestaciones odontológicas, para la toma de decisiones en la División de Estomatología del Hospital Nacional de la PNP.

#### **1.6.2.-Objetivos específicos**

Establecer el indicador hora/odontólogo en el consultorio de diagnóstico.

Determinar la hora/odontólogo en el consultorio de operatoria dental.

Conocer la hora/odontólogo en el consultorio de cirugía buco máxilo-facial.

Definir la hora/odontólogo en el consultorio de periodoncia.

## **CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS**



## **II.- MATERIALES Y MÉTODOS**

### **2.1.-Tipo de Estudio y Diseño de Investigación**

**2.1.1.-Tipo de investigación:** Descriptivo

Diseño: Transversal

**2.1.2.-Técnica de contrastación:** No experimental

### **2.2.- Población y Muestra**

Población: Todos los usuarios asegurados a la Institución Administradora de Fondos de Salud IAFAS- SALUDPOL.

Muestra: Personal titular y derechohabientes usuarios que acudieron a la División de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía en el año 2016.

### **2.3.- Variables**

Variable 1: Indicadores básicos (concentración y extensión de uso)

Variable 2: Prestaciones odontológicas: número de atendidos y número de atenciones

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

PROBLEMA	VARIABLES	DEFINICION		DIMENSIONES	INDICADORES
		CONCEPTUAL	OPERACIONAL		
¿Cuáles son los indicadores básicos de las prestaciones odontológicas del Hospital Nacional de la Policía 2016?	<b>VARIABLE 1:</b> Indicadores básicos	Máxima producción del recurso humano en un proceso asistencial basado en normas legales e institucionales y correlacionándolo con la programación asistencial óptima	Estándar número de indicadores básicos de las prestaciones odontológicas por hora	<b>INDICADOR BASICO:</b> Es una expresión matemática, que permite medir y evaluar el desempeño de nuestras actividades, metas y responsabilidades.	Hallar el indicador básico de la hora odontólogo en las consultas odontológicas. Conocer el indicador básico de la hora odontólogo en operatoria dental. Determinar el indicador básico de la hora odontólogo en cirugía buco- máxilo facial. Definir el indicador básico de la hora odontólogo en periodoncia, profilaxis dental.
	<b>VARIABLE 2:</b> Prestaciones odontológicas			<b>PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS:</b> Son los conocimientos y prácticas odontológicas adquiridas tanto en pre-grado, como en post-grado.	Hallar el indicador básico de la hora odontólogo en las consultas odontológicas. Conocer el indicador básico de la hora odontólogo en operatoria dental. Determinar el indicador básico de la hora odontólogo en cirugía buco- máxilo facial. Definir el indicador básico de la hora odontólogo en periodoncia, profilaxis dental.

## **2.4.- Técnicas e instrumentos de investigación**

### **2.4.1- Instrumentos para la recolección de los datos.**

Trabajo de estadística no paramétricos

## **2.5.-Plan de Análisis**

Se empleó la hoja HIS que es usada en la institución como herramienta de medición de su producción. En esa oficina se procesó la estadística Spss.

### **CAPÍTULO III: RESULTADOS**

## RESULTADOS

Empleando la base de datos de la PNP se determinaron los siguientes indicadores:

Tabla 1  
*Usuarios atendidos por mes AF 2016*

MES	USUARIOS ATENDIDOS
ENERO	1728
FEBRERO	2107
MARZO	2285
ABRIL	1978
MAYO	1592
JUNIO	2053
JULIO	1331
AGOSTO	1456
SETIEMBRE	2073
OCTUBRE	1895
NOVIEMBRE	781
DICIEMBRE	547
TOTAL	19826

Nota: Fuente: DIRSAN PNP 2016

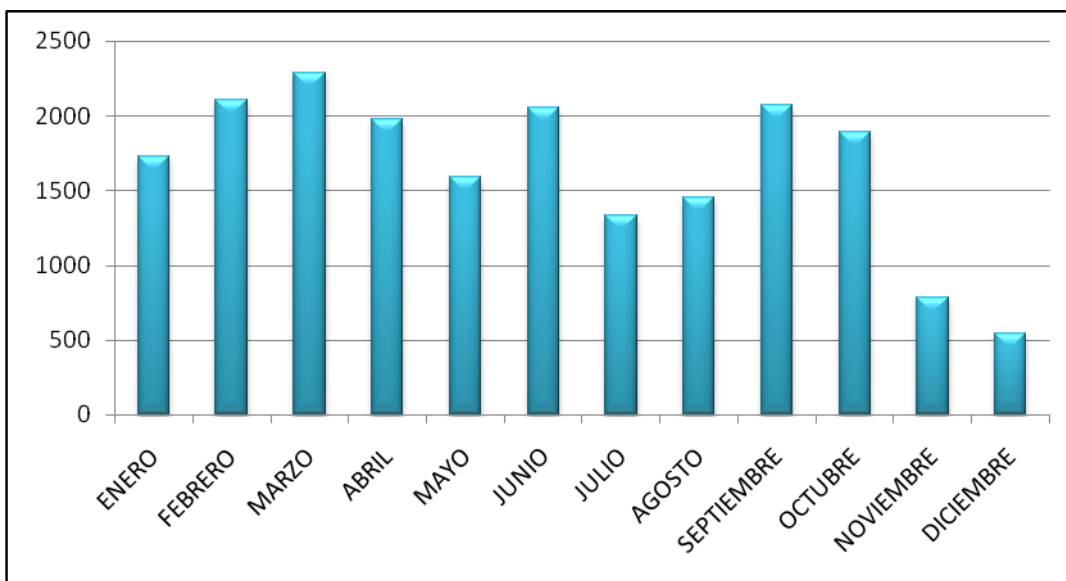


Figura 1 Usuarios atendidos por mes AF 2016 (Fuente: DIRSAN PNP 2016)

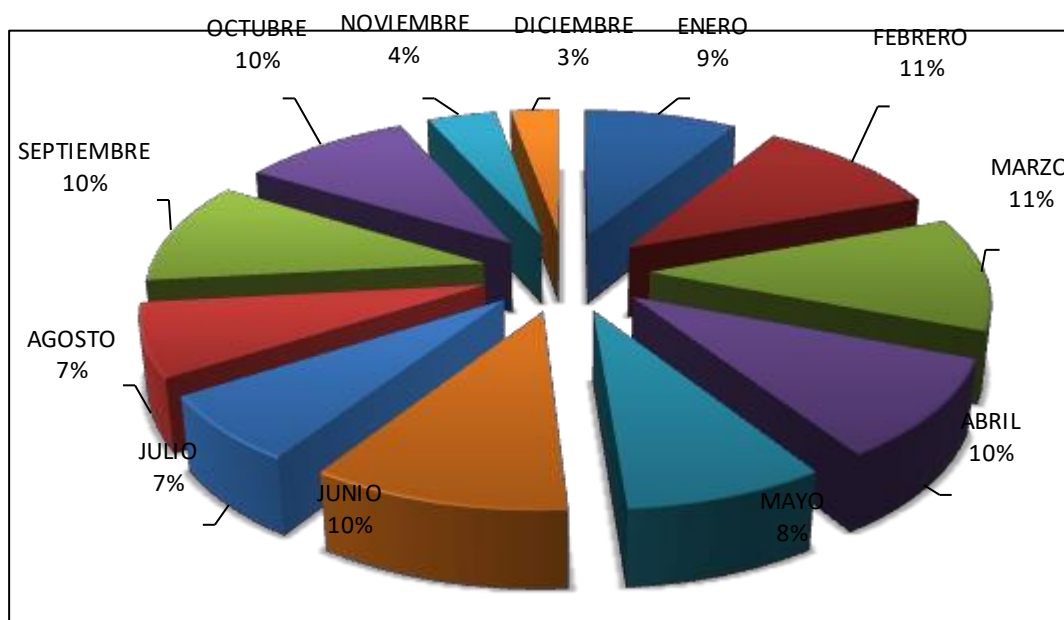


Figura 1 Usuarios atendidos por mes AF 2016 (Fuente: DIRSAN PNP 2016)

Según Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú – DIRSAN se obtiene el siguiente dato

TABLA N° 2

*AF- 2016*

<b>NUMERO DE ASEGURADOS</b> 525,000 PERSONAS
--

**Nota:** Fuente: DIRSAN PNP 2016



Figura 3 Año Fiscal 2016 (Fuente: DIRSAN PNP 2016)

Para el indicador extensión de uso aplicamos la siguiente fórmula

$$EU = \frac{\text{Nº DE USUARIOS ATENDIDOS}}{\text{Nº DE USUARIOS ASEGURADOS}} \times 100$$

En nuestro caso deducimos la siguiente fórmula

$$EU = \frac{\text{Nº DE USUARIOS ATENDIDOS AF 2016}}{\text{Nº DE USUARIOS ASEGURADOS AF 2016}} \times 100$$

$$EU = \frac{19826}{525000} \times 100 = 3.78$$

Extensión de uso en la División de Estomatología AF 2016 es de 3.78

Tabla2  
*Número de Atenciones AF 2016*

MES	ATENCIONES
ENERO	7428
FEBRERO	12547
MARZO	6932
ABRIL	6126
MAYO	6307
JUNIO	7977
JULIO	5867
AGOSTO	7701
SETIEMBRE	7543
OCTUBRE	8245
NOVIEMBRE	9070
DICIEMBRE	6391
TOTAL	92134

Fuente: DIRSAN PNP 2016

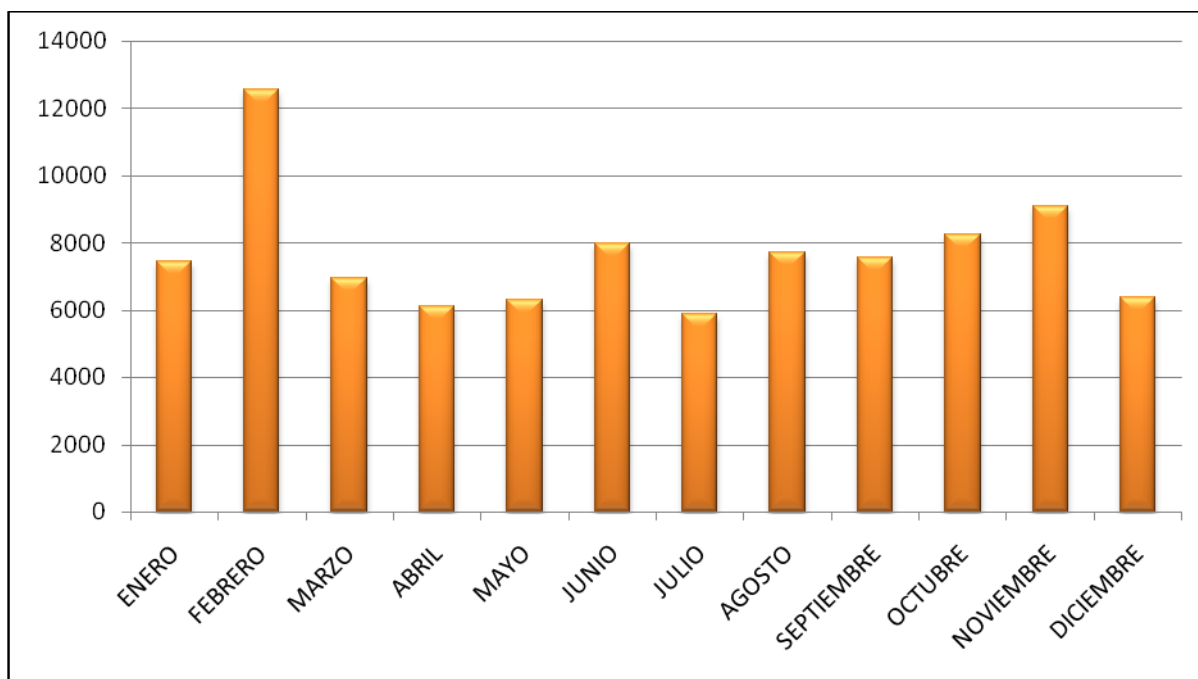


Figura 3 Número de Atenciones (Fuente: DIRSAN PNP 2016)



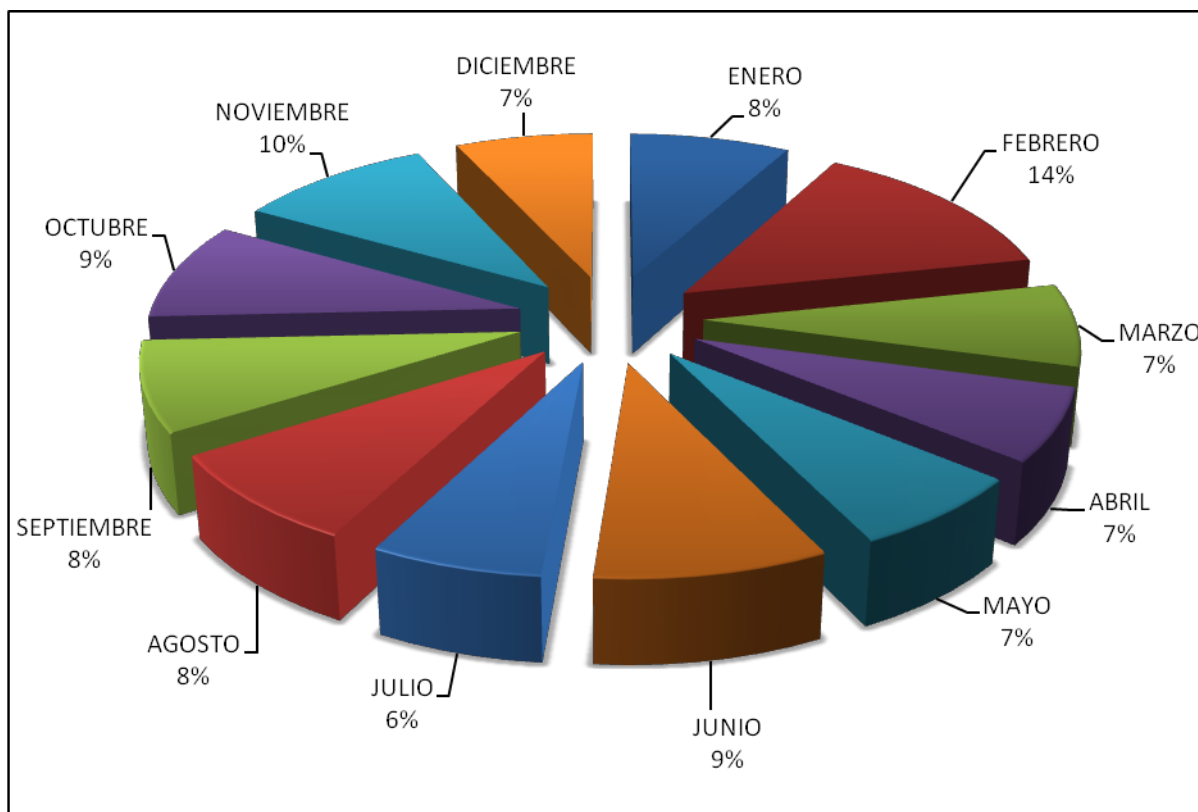


Figura 5 Número de Atenciones (Fuente: DIRSAN PNP 2016)

Para el indicador concentración aplicamos la siguiente fórmula

$$C = \frac{\text{Nº DE ATENCIONES}}{\text{Nº DE ATENDIDOS}}$$

En nuestro caso deducimos la siguiente fórmula

$$C = \frac{\text{Nº DE ATENCIONES AF 2016}}{\text{Nº DE ATENDIDOS AF 2016}}$$

$$C = \frac{92134}{19826} = 4.65$$

La Concentración de Estomatología AF 2016 es de **4.65**

Para establecer el indicador básico hora/ odontólogo se utilizó la siguiente fórmula

$$H/O = \frac{N^{\circ} \text{ CONSULTAS EXTERNAS X ODONTOLOGO}}{N^{\circ} \text{ HORAS EJECUTADAS EN CONSULTA AL MES}}$$

De acuerdo a los datos brindados por DIRSAN, se encuentran 4 odontólogos en el departamento de Diagnóstico, 100 horas mensuales; por lo cual, en nuestro caso para establecer la hora/ odontólogo se utilizó la siguiente fórmula:

$$H/O = \frac{N^{\circ} \text{ CONSULTAS EXTERNAS X ODONTOLOGO AF 2016}}{N^{\circ} \text{ HORAS EJECUTADAS EN CONSULTA AL MES AF 2016}}$$

**ENERO:**

$$H/O = \frac{384}{100} = 3.84$$

**FEBRERO:**

$$H/O = \frac{688.25}{100} = 6.88$$

**MARZO:**

$$H/O = \frac{346.25}{100} = 3.46$$

**ABRIL:**

$$H/O = \frac{299.75}{100} = 3$$

**MAYO:**

$$H/O = \frac{323}{100} = 3.23$$

**JUNIO:**

$$H/O = \frac{420.75}{100} = 4.21$$

**JULIO:**

$$H/O = \frac{361}{100} = 3.61$$

**AGOSTO:**

$$H/O = \frac{445.5}{100} = 4.46$$

**SETIEMBRE:**

$$H/O = \frac{410.25}{100} = 4.10$$

**OCTUBRE:**

$$H/O = \frac{440}{100} = 4.4$$

**NOVIEMBRE:**

$$H/O = \frac{533.25}{100} = 5.33$$

**DICIEMBRE:**

$$H/O = \frac{363}{100} = 3.63$$

Tabla 2

*Rendimiento de Consultas por Hora Odontólogo en el Mes (Departamento De Diagnóstico)*

MES	N° CONSULTAS EXTERNAS POR	N° CONSULTAS	N° ATENCIONES
	ODONTOLOGO AL MES	POR HORA	PERSONA
ENERO	384	3.84	4
FEBRERO	688.25	6.88	7
MARZO	346.25	3.46	3
ABRIL	299.75	3.00	3
MAYO	323	3.23	3
JUNIO	420.75	4.21	4
JULIO	361	3.61	4
AGOSTO	445.5	4.46	4
SETIEMBRE	410.25	4.10	4
OCTUBRE	440	4.40	4
NOVIEMBRE	533.25	5.33	5
DICIEMBRE	363	3.63	4
TOTAL	5015	50.15	49

Fuente: DIRSAN PNP 2016

Número de consultas por hora/mes en promedio es igual a 49 igual 4 personas atendidas por hora en el departamento de diagnóstico.

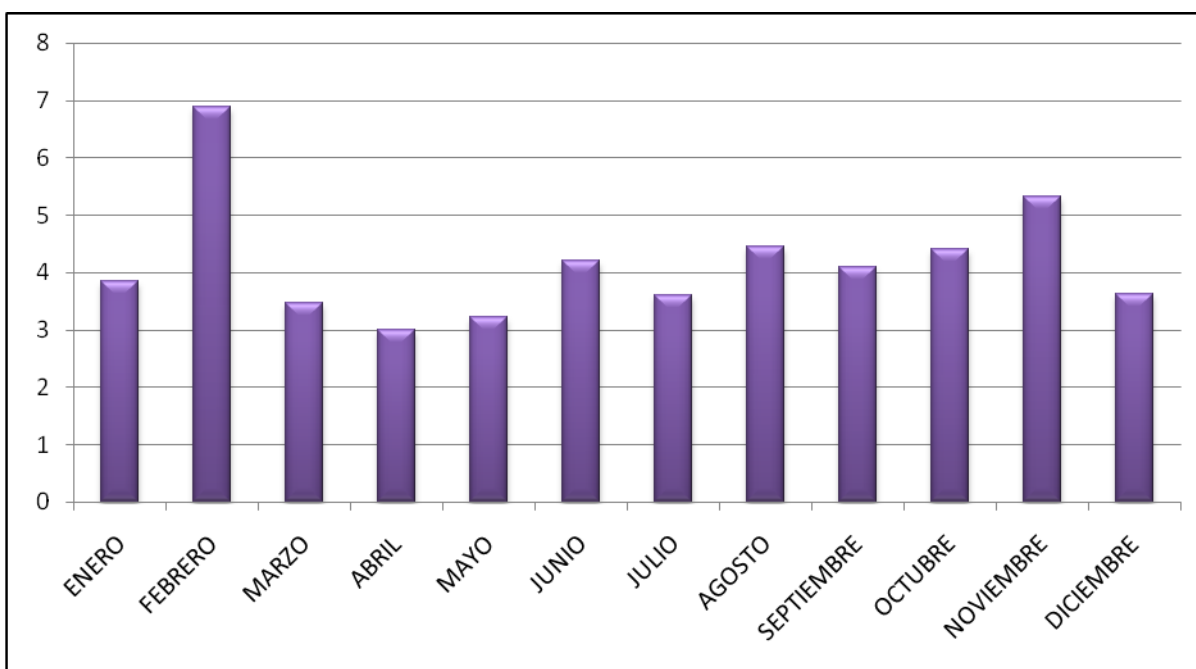


Figura 6. Rendimiento de consultas por hora odontólogo en el mes (departamento de diagnóstico) Fuente: DIRSAN PNP 2016

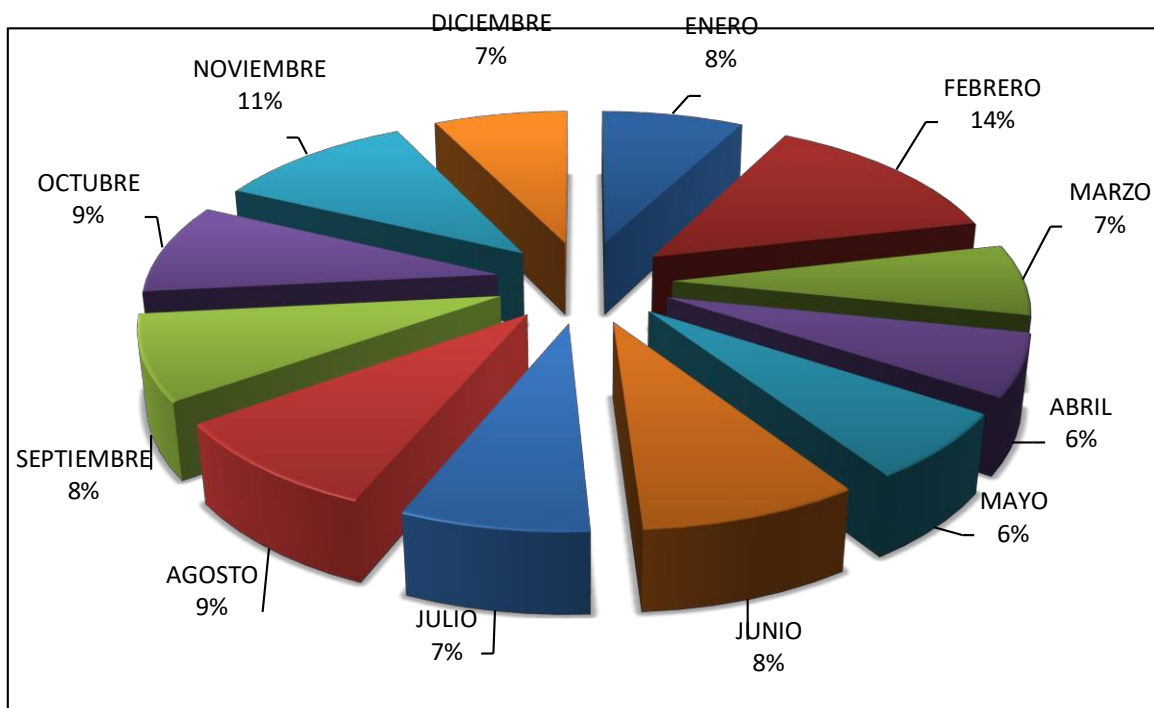


Figura 1 47. Rendimiento de consultas por hora odontólogo en el mes (departamento de diagnóstico) Fuente: DIRSAN PNP 2016

Para establecer el indicador básico hora/ odontólogo se utilizó la siguiente fórmula

$$H/O = \frac{N^{\circ} \text{ CONSULTAS EXTERNAS X ODONTOLOGO}}{N^{\circ} \text{ HORAS EJECUTADAS EN CONSULTA AL MES}}$$

De acuerdo a los datos brindados por DIRSAN, se encuentran 4 odontólogos en el departamento de Cirugía Buco-Máxilo Facial, 100 horas mensuales; por lo cual, en nuestro caso para establecer la hora/ odontólogo se utilizó la siguiente fórmula:

$$H/O = \frac{N^{\circ} \text{ CONSULTAS EXTERNAS X ODONTOLOGO AF 2016}}{N^{\circ} \text{ HORAS EJECUTADAS EN CONSULTA AL MES AF 2016}}$$

**ENERO:**

$$H/O = \frac{45}{100} = 0.45$$

**FEBRERO:**

$$H/O = \frac{44}{100} = 0.44$$

**MARZO:**

$$H/O = \frac{49}{100} = 0.49$$

**ABRIL:**

$$H/O = \frac{49}{100} = 0.49$$

**MAYO:**

$$H/O = \frac{43}{100} = 0.43$$

**JUNIO:**

$$H/O = \frac{55.75}{100} = 0.56$$

**JULIO:**

$$H/O = \frac{51.25}{100} = 0.51$$

**AGOSTO:**

$$H/O = \frac{56}{100} = 0.56$$

**SETIEMBRE:**

$$H/O = \frac{57.75}{100} = 0.58$$

**OCTUBRE:**

$$H/O = \frac{62.25}{100} = 0.62$$

**NOVIEMBRE:**

$$H/O = \frac{72.75}{100} = 0.73$$

**DICIEMBRE:**

$$H/O = \frac{48}{100} = 0.48$$

Tabla 5.

*RENDIMIENTO DE ATENCIONES (PROCEDIMIENTOS) REALIZADAS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA BUCO-MÁXILO FACIAL*

MES	Nº CONSULTAS EXTERNAS POR ODONTOLOGO AL MES	Nº CONSULTAS POR HORA	Nº PERSONAS
ENERO	45	0.45	0
FEBRERO	44	0.44	0
MARZO	49	0.49	0
ABRIL	49	0.49	0
MAYO	43	0.43	0
JUNIO	55.75	0.56	1
JULIO	51.25	0.51	1
AGOSTO	56	0.56	1
SETIEMBRE	57.75	0.58	1
OCTUBRE	62.25	0.62	1
NOVIEMBRE	72.75	0.73	1
DICIEMBRE	48	0.48	0
TOTAL	633.75	4.23	7

Fuente: Personal

Número de consultas por hora/mes en promedio es igual a 1 persona atendida por hora en el departamento de Cirugía Buco-Máxilo Facial.

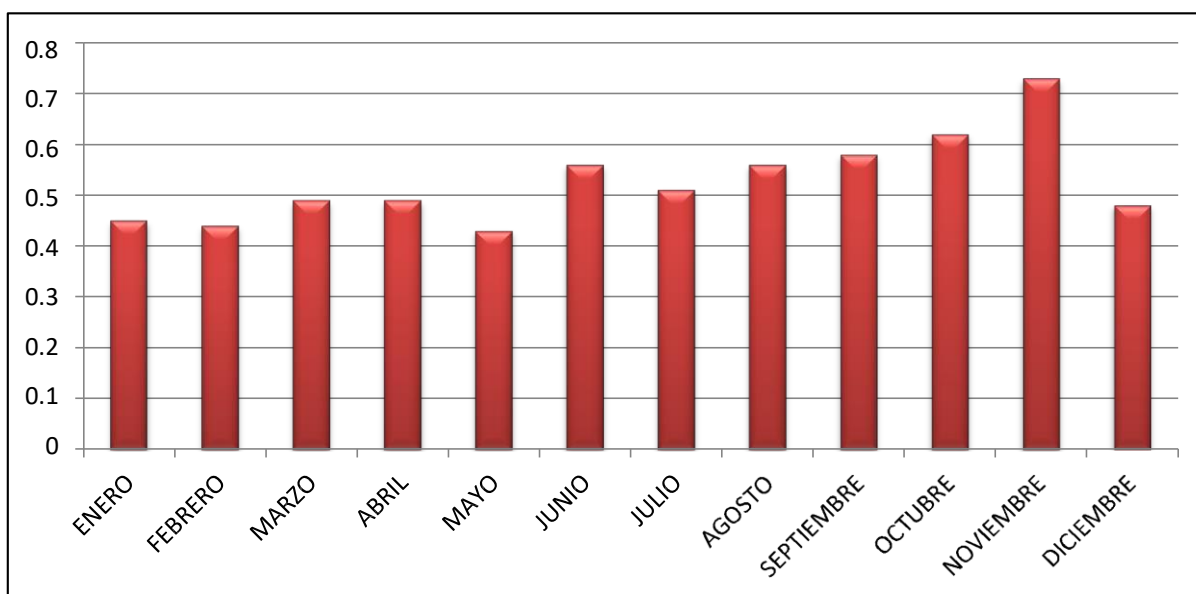


Figura 8. Rendimiento de Atenciones (Procedimientos) Realizadas en el Departamento de Cirugía Buco-Máxilo Facial (Fuente: propia)



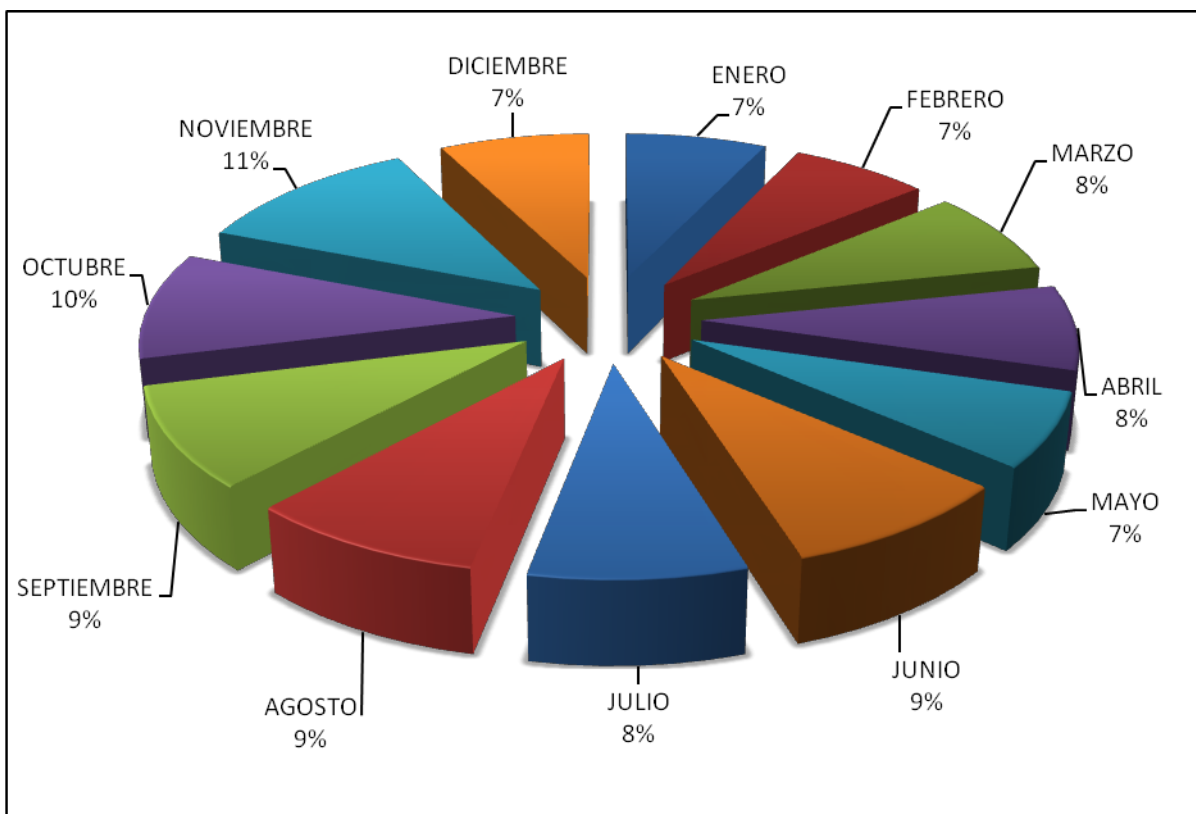


Figura 9. Rendimiento de Atenciones (Procedimientos) Realizadas en el Departamento de Cirugía Buco-Máxilo Facial (Fuente: propia)

Para establecer el indicador básico hora/ odontólogo se utilizó la siguiente fórmula

$$H/O = \frac{N^{\circ} \text{ CONSULTAS EXTERNAS X ODONTOLOGO}}{N^{\circ} \text{ HORAS EJECUTADAS EN CONSULTA AL MES}}$$

De acuerdo a los datos brindados por DIRSAN, se encuentran 8 odontólogos en el departamento de Operatoria Dental, 100 horas mensuales; por lo cual, en nuestro caso para establecer la hora/ odontólogo se utilizó la siguiente fórmula:

$$H/O = \frac{N^{\circ} \text{ CONSULTAS EXTERNAS X ODONTOLOGO AF 2016}}{N^{\circ} \text{ HORAS EJECUTADAS EN CONSULTA AL MES AF 2016}}$$

**ENERO:**

$$H/O = \frac{127.5}{100} = 1.28$$

**FEBRERO:**

$$H/O = \frac{142.5}{100} = 1.43$$

**MARZO:**

$$H/O = \frac{139.4}{100} = 1.39$$

**ABRIL:**

$$H/O = \frac{103.1}{100} = 1.03$$

**MAYO:**

$$H/O = \frac{127.9}{100} = 1.27$$

**JUNIO:**

$$H/O = \frac{159.9}{100} = 1.59$$

**JULIO:**

$$H/O = \frac{137.6}{100} = 1.38$$

**AGOSTO:**

$$H/O = \frac{165.4}{100} = 1.65$$

**SETIEMBRE:**

$$H/O = \frac{155.5}{100} = 1.56$$

**OCTUBRE:**

$$H/O = \frac{179.1}{100} = 1.79$$

**NOVIEMBRE:**

$$H/O = \frac{173.9}{100} = 1.74$$

**DICIEMBRE:**

$$H/O = \frac{145.8}{100} = 1.46$$

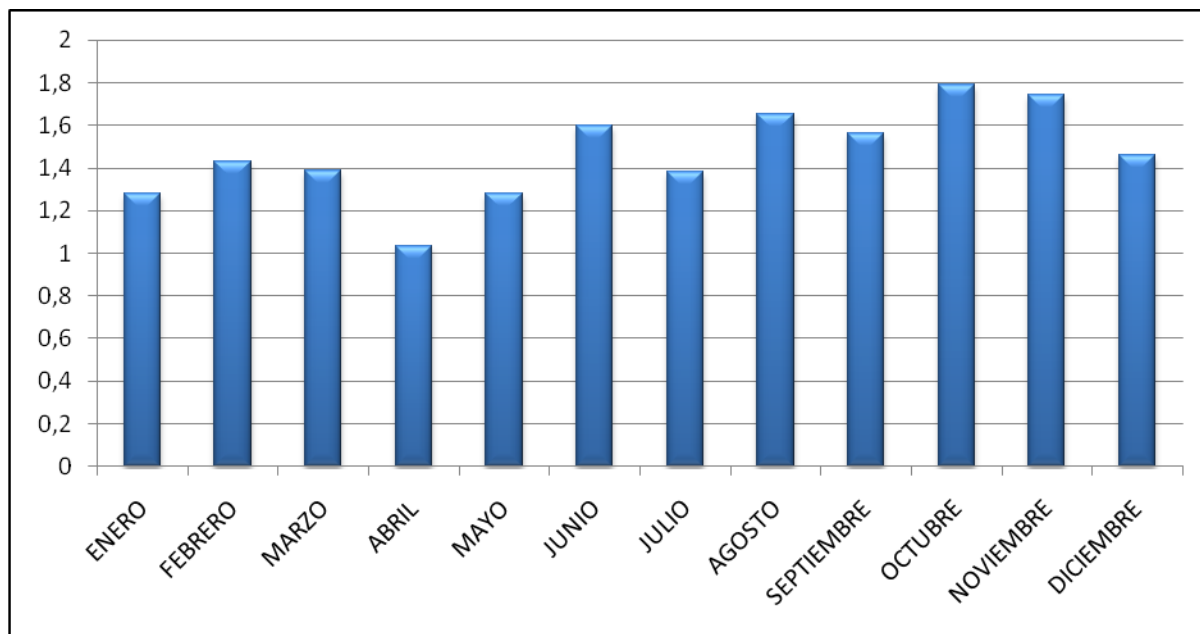
Tabla 6

*Rendimiento de atenciones (procedimientos) realizados en el departamento de operatoria dental*

MES	N° CONSULTAS EXTERNAS POR ODONTOLOGO AL MES	N° CONSULTAS POR HORA	N° PERSONAS
ENERO	127.5	1.28	1
FEBRERO	142.5	1.43	1
MARZO	139.4	1.39	1
ABRIL	103.1	1.03	1
MAYO	127.9	1.28	1
JUNIO	159.9	1.60	2
JULIO	137.6	1.38	1
AGOSTO	165.4	1.65	2
SETIEMBRE	155.5	1.56	2
OCTUBRE	179.1	1.79	2
NOVIEMBRE	173.9	1.74	2
DICIEMBRE	145.8	1.46	1
TOTAL	1757.5	17.58	18

Fuente: Propia)

El número de atenciones por hora/mes en promedio es igual a 2 personas atendida por hora en el departamento de Operatoria Dental.



Fig

ura 10. Rendimiento de Atenciones (Procedimientos) Realizadas en el Departamento de Operatoria Dental (Fuente: Propia)

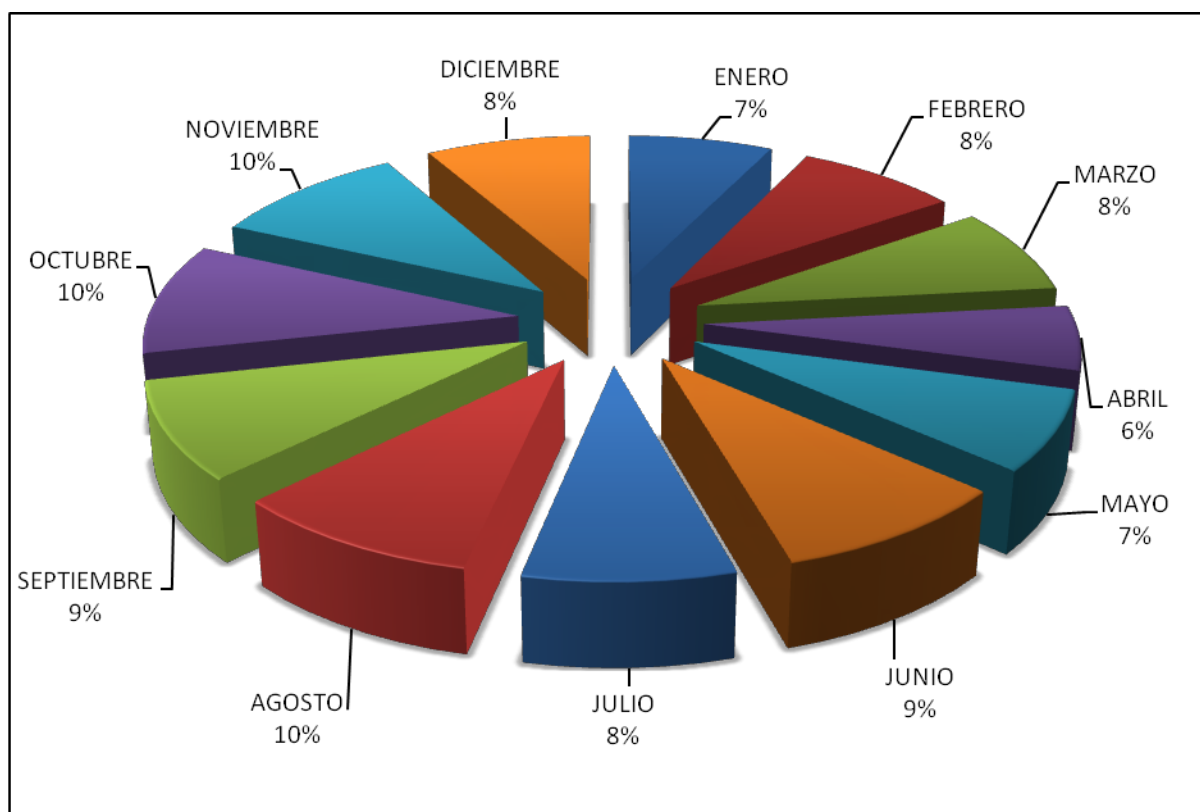


Figura 11. Rendimiento de Atenciones (Procedimientos) Realizadas en el Departamento de Operatoria Dental (Fuente: Propia)

Para establecer el indicador básico hora/ odontólogo se utilizó la siguiente fórmula

$$H/O = \frac{N^{\circ} \text{ CONSULTAS EXTERNAS X ODONTOLOGO}}{N^{\circ} \text{ HORAS EJECUTADAS EN CONSULTA AL MES}}$$

De acuerdo a los datos brindados por DIRSAN, se encuentran 3 odontólogos en el departamento de Periodoncia, 100 horas mensuales; por lo cual, en nuestro caso para establecer la hora/ odontólogo se utilizó la siguiente fórmula:

$$H/O = \frac{N^{\circ} \text{ CONSULTAS EXTERNAS X ODONTOLOGO AF 2016}}{N^{\circ} \text{ HORAS EJECUTADAS EN CONSULTA AL MES AF 2016}}$$

**ENERO:**

$$H/O = \frac{85.67}{100} = 0.86$$

**FEBRERO:**

$$H/O = \frac{6.33}{100} = 0.06$$

**MARZO:**

$$H/O = \frac{84.67}{100} = 0.85$$

**ABRIL:**

$$H/O = \frac{116}{100} = 1.16$$

**MAYO:**

$$H/O = \frac{89.33}{100} = 0.89$$

**JUNIO:**

$$H/O = \frac{119}{100} = 1.19$$

**JULIO:**

$$H/O = \frac{72.33}{100} = 0.72$$

**AGOSTO:**

$$H/O = \frac{96.33}{100} = 0.96$$

**SETIEMBRE:**

$$H/O = \frac{75.33}{100} = 0.75$$

**OCTUBRE:**

$$H/O = \frac{87}{100} = 0.87$$

**NOVIEMBRE:**

$$H/O = \frac{126.67}{100} = 1.27$$

**DICIEMBRE:**

$$H/O = \frac{92.33}{100} = 0.92$$

Tabla 7

*Nº de atenciones (procedimientos) realizados en el departamento de periodoncia*

MES	Nº CONSULTAS EXTERNAS	Nº CONSULTAS	Nº
	POR ODONTOLOGO AL MES	POR HORA	PERSONAS
ENERO	85.67	0.86	1
FEBRERO	6.33	0.06	0
MARZO	84.67	0.85	1
ABRIL	116.00	1.16	1
MAYO	89.33	0.89	1
JUNIO	119.00	1.19	1
JULIO	72.33	0.72	1
AGOSTO	96.33	0.96	1
SETIEMBRE	75.33	0.75	1
OCTUBRE	87.00	0.87	1
NOVIEMBRE	126.67	1.27	1
DICIEMBRE	92.33	0.92	1
TOTAL	1051	10.51	11

Fuente: Propia

Número de consultas por hora/mes en promedio es igual a 1 persona atendida por hora en el departamento de Periodoncia.

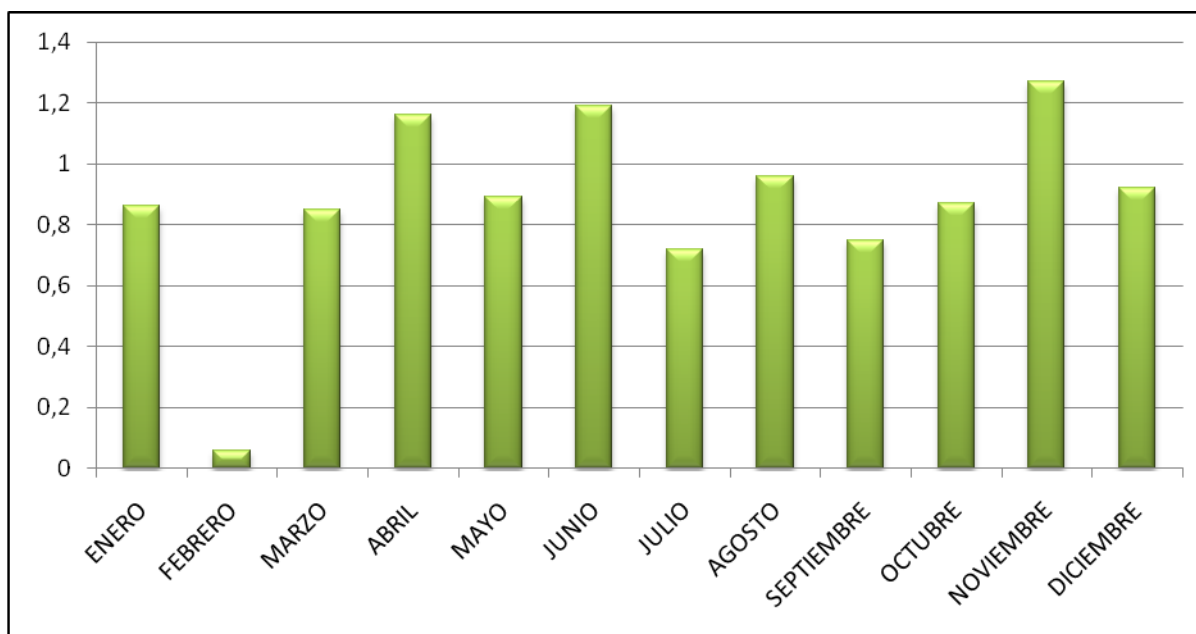


Figura 12. Rendimiento de Atenciones (Procedimientos) Realizadas en el Departamento de Periodoncia (Fuente: Propia)

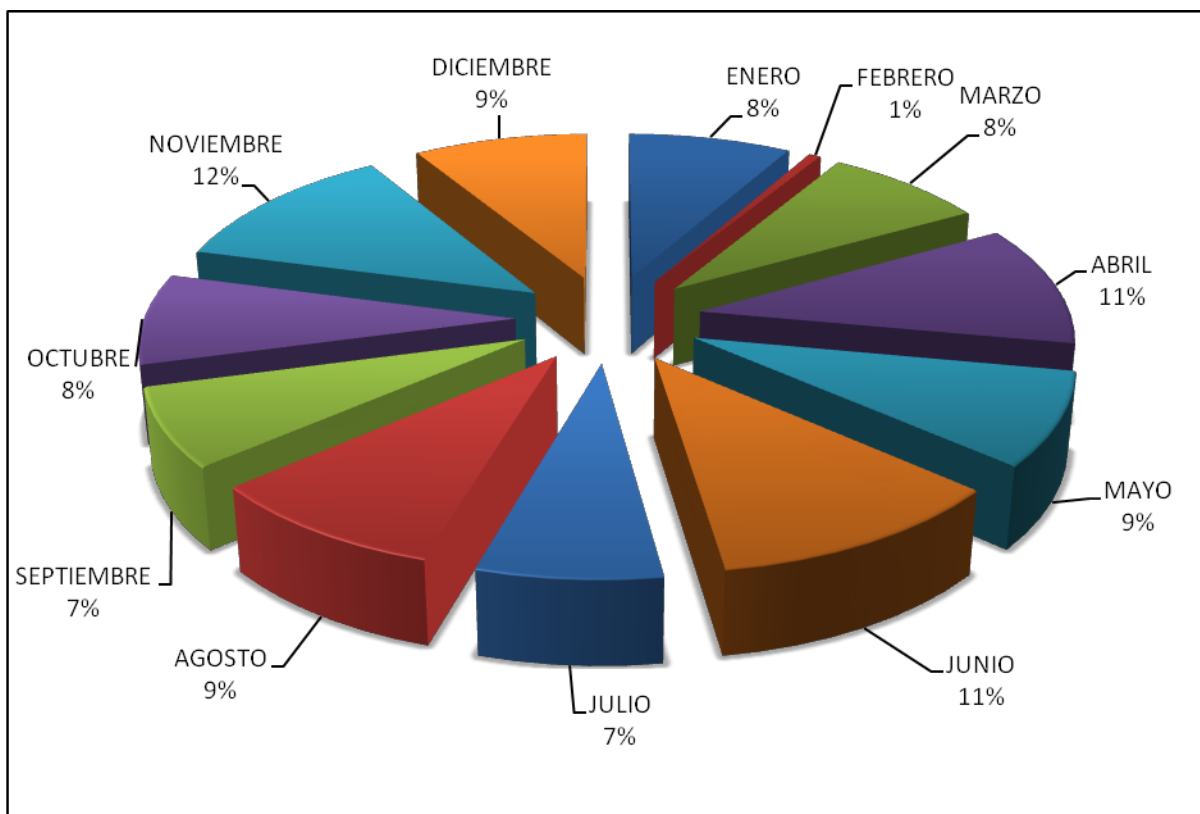


Figura 13. Rendimiento de Atenciones (Procedimientos) Realizadas en el Departamento de Periodoncia (Fuente: Propia)



## **CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN**

#### IV.- DISCUSION:

Los indicadores de gestión son muy importantes para la toma de decisiones que podrían estar integradas dentro de los lineamientos y políticas sectoriales (Ministerio de Salud) así como también institucionales como es en este caso de la división de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía.

Según Resolución Ministerial N° 195-2009/MINSA considera que la Dirección General de Salud de las Personas ha elaborado el proyecto de Documento Técnico: “Metodología para la Estimación de Costos Estándar en los Establecimientos de Salud”, con la finalidad de tener una herramienta para implementar un sistema de costos en un establecimiento de salud, y Resuelve en su Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: “Metodología para la estimación de costos estándar en los establecimientos de salud”, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

En este documento página 10 la Tabla N°1 se calcula el costo promedio del minuto por grupo ocupacional, estableciendo para el cirujano dentista una jornada laboral mensual de 150 horas = 9,000 minutos de lo que se infiere según disposiciones legales (LEY DEL TRABAJO DEL CIRUJANO DENTISTA N° 27878) que el número de horas asistenciales son 100 y las horas sanitarias son 50 (tanto en ESSALUD como el MINSA) estas horas sanitarias constituyen actividades docente y de investigación dividiendo las 100 horas mensuales entre 26 días/mes laborables tendríamos la atención de 3 pacientes por hora; en 4 horas 12 pacientes, constituyéndose en un indicador confiable de acuerdo a nuestra legislación laboral.

En la División de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía también se establecen 100 horas asistenciales y 50 horas de docencia e investigación encontrándose en éste estudio que tenemos un promedio de 2 pacientes por hora, y en 4 horas 8 pacientes

El número de pacientes atendidos en la División de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía es menor respecto a las instituciones MINSA Y ESSALUD 2 < 3.

Esta situación tal vez se deba que en la División de Estomatología del Hospital Nacional realiza atención altamente especializada en Estomatología, en tanto que las instituciones públicas como MINSA Y ESSALUD realizan procedimientos de odontología general, siendo una de las primeras reflexiones de que la atención especializada requiere mayor dedicación y tiempo respecto a la atención de odontología general; así como recursos humanos, insumos y tecnología específica para los procedimientos.

Otra razón de la diferencia descrita podría ser que la sanidad de la policía nacional tiene menor población por coberturar ya que atiende al titular y sus derechohabientes con una población total de 525,000 personas según DIRSAN – PNP 2016 respecto a ESSALUD con una población de asegurados de más de 8 000,000 y MINSA más de 11 000,000 a través del Seguro Integral de Salud (SIS).

La situación descrita en el párrafo anterior se evidencia con los datos hallado en el presente trabajo a través de la Extensión de Uso de 3.78% (tres punto setenta y ocho por ciento), y Concentración de 4.65% (cuatro punto sesenta y cinco por ciento).

Según Mosgrove (1996) en promedio, aproximadamente una tercera parte de la población en América Latina se encuentra afiliada a algún instituto de seguridad social, otra tercera parte recibe casi toda la atención en las instalaciones del sector público y la tercera parte restante en el sector privado. El modelo segmentado segrega a los diferentes grupos sociales en nichos institucionales respectivos.

La División de Estomatología del Hospital Nacional es parte de la institución administradora de fondos de Salud de la Policía Nacional del Perú. IAFAS – SALUDPOL según los resultados

de nuestro estudio cumple con brindar atención desempeñando funciones de prestación de servicios odontológicos por lo que sugiere realizar más estudios para otros indicadores como calidad de atención, gestión institucional, cantidad y calidad de equipos, etc.; lo que permitiría realizar programas de salud bucal pública, beneficiando a mayor población.

En opinión de Chernichovsky (1995) señala que la última función del sistema de Salud, puede denominarse “articulación”. Esta función se encuentra en un punto intermedio entre financiamiento y la prestación.

Del presente trabajo se desprende que en la División de Estomatología del Hospital Nacional de Policía Nacional del Perú se cumple la función de articulación ya que el financiamiento por parte de la IAFAS-SALUDPOL y la prestación de Servicios Odontológicos constituyen uno de los logros importantes en el manejo de la gestión de la alta dirección en forma responsable y diferenciada.

En 1997 Londoño, menciona que con demasiada frecuencia, los sistemas de salud son vistos como una colección simple de organizaciones, en lugar de ello, propone una visión dinámica de los sistemas de salud como un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales: las poblaciones y las instituciones; la noción importante es que los diversos grupos de población presentan una serie de condiciones que constituyen necesidades de salud, las cuales, a su vez, requieren de una respuesta social organizada por parte de las instituciones.

La División de Estomatología del Hospital Nacional responde a las necesidades de salud bucal brindando sus servicios especializados coincidiendo con la apreciación de Londoño al ser la IAFAS-SALUDPOL una institución con visión dinámica que guarda relación estructurada con los usuarios del titular y la familia policial.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES:

Los planeamientos de la Gestión en el Departamento de Estomatología buscan mejorar el desempeño del Hospital Nacional de la Policía en cuanto a su calidad de servicios y la mejora de procesos hospitalarios para el perfeccionamiento de la gestión hospitalaria.

Tomando como referencia el MINSA, propone 4 horas de trabajo asistenciales al día, en las cuales se debe atender a 8 (ocho) pacientes en consulta especializada y 12 (doce) pacientes en consulta general.

Según los datos evaluados y procesados se llegó a un consenso de los siguientes indicadores:

El primer indicador es Extensión de Uso, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía; lo cual significa que la población de atendidos sobre la población total es 3.78% (tres punto setenta y ocho por ciento), interpretaríamos como baja cantidad de usuarios que acuden a la división de Estomatología.

El segundo indicador es Concentración, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía; lo cual significa que el número de atenciones sobre el número de atendidos es 4.65% (cuatro punto sesenta y cinco por ciento), interpretaríamos como baja cantidad de usuarios que se atienden en la división de Estomatología.

El tercer indicador es Hora/Odontólogo, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía Departamento de Diagnóstico; lo cual significa que el número de consultas externas sobre el número de horas ejecutas en promedio a la hora son 6 (seis) personas.

El cuarto indicador es Hora/Odontólogo, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía Departamento de Cirugía buco-máxilo Facial; lo cual indica que el número de pacientes atendidos por hora es 1 (uno).

El quinto indicador es Hora/Odontólogo, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía Departamento de Operatoria Dental; lo cual señala que el número de pacientes atendidos por hora es 2 (dos).

El sexto indicador es Hora/Odontólogo, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía Departamento de Periodoncia; lo cual significa que el número de pacientes atendidos por hora es 2 (dos).

**RECOMENDACIONES:**

- 1.- De lo hallado en esta investigación se recomienda realizar más trabajos científicos a fin de hallar otros indicadores que permitan a los gestores de la institución tomar las decisiones más acertadas posibles, ya que la comprobación a través del método científico permite establecer un criterio de verdad en el mundo real.
- 2.- Se recomienda a la comunidad científica odontológica realizar trabajos de investigación referentes a extensión de uso, concentración e indicadores de hora odontólogo en instituciones públicas y privadas.
- 3.- Se sugiere a la comunidad odontológica efectuar acciones estratégicas de gestión para aumentar la cantidad de usuarios que acuden a la División de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía.
- 4.- Se propone a la comunidad odontológica aumentar la cantidad de usuarios atendidos en la División de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía.
- 5.- Se invita a la comunidad odontológica mantener y/o aumentar el número de consultas externas respecto al número de horas ejecutadas en la División de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía.
- 6.- Se plantea a la comunidad odontológica analizar la cantidad óptima de pacientes que se deben atender en el servicio altamente especializado de Cirugía Buco-Máxilo Facial de la División de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía.
- 7.- Se proyecta a la comunidad odontológica revisar la cantidad de pacientes atendidos en el servicio de Operatoria Dental de la División de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía.



8.- Se sugiere a la comunidad odontológica estudiar la cantidad de pacientes atendidos por hora en el servicio de Periodoncia de la División de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía.

## **CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcalde Rabanal, J. E. (2011). Sistemas de salud del Perú. *Salud Pública de México*, 243-254.
- Ashton, J., & Seymour, H. (1988). The new public health: The Liverpool experience. *Open University Press*, 30-36.
- Carbone Campoverde, F. (2016). Salud pública centrada en la persona, la familia y la comunidad. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública.*, 837-838.
- Carrasco C., V. L. (2008). Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda de médicos en el Perú 2005-2011. *Acta médica peruana*, 22-29.
- Castro, J. (2009). Hacia el Aseguramiento Universal en Salud en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 232-235.
- Centrángolo, O. B. (2013). *El sistema de salud del Perú*. Lima: Oficina de la OIT para países andinos.
- Chacón Y., C. L. (2010). Productividad en la emergencia de los servicios médicos odontológicos en universidades públicas. *Revista de ciencias sociales (RCS)*, 506-514.
- Chernichovsky, D. (1995). Health System Reform in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm. *Milbank Quarterly*, 339-372.
- Enthoven, A. (1988). *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam: North Holland.
- Fernández, O. (04 de Junio de 2008). *Gestión de calidad en los servicios odontológicos*. Recuperado el 31/01/2017 de enero de 2017, de Intramed: <http://www.intramed.net/>
- Frenk, J. (1993). The new public health. *Annual review of public health*, 469-489.

Frenk, J. (1994). Dimensions of Health System Reform. *Health Policy*, 19-34.

Galán R., B., Gálvez B., J., Vega G., F., Osada, J., Guerrero P., D., Vega D., J., y otros. (2011). Salud mental en médicos que realizan el servicio rural, urbano-marginal en salud en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública.*, 277-281.

Goindaraj, R. M. (1994). *Health Expenditures in Latin America*. Washington, D.C.: Departamento Técnico para América Latina y el Caribe del Banco Mundial.

González-Block, M. (1988). El traslape de la demanda en el sistema nacional de salud de México: Limitaciones a la integración sectorial. *Salud Pública de México*, 804-814.

Hirschman, A. (1970). *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Cambridge: Harvard University Press.

Jiménez, M., Mantilla, E., Carlos, G. E., Gil, K., García, H., & y Miranda, J. (2015). Mercado de formación y disponibilidad de profesionales de ciencias de salud en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y de salud pública.*, 41-50.

Lizardo, H. A., Liendo L., L., & Manuel., y. N. (2011). Plan Salud: Plan sectorial concertado y descentralizado para el desarrollo de capacidades en salud, Perú 2010-2014. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública.*, 362-371.

Londoño, J., & y Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Banco interamericano de desarrollo (BID)*, 1-32.

Madueño D., M. A. (2003). Análisis de la Brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial de mediano plazo. En M. A. Madueño D., *Análisis de la Brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial de mediano plazo* (págs. 63-66). Lima: Partners for Health Reformplus.

Mayta T., P., Christian, M. R., Riega L., P., Rojas M., L., Posso, M., & y Mezones, E. (2011). Proyección del trabajo en el interior del país y factores asociados en médicos recién colegiados de Lima- Perú 2010. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública.*, 184-192.

Mejía M., A. S. (2007). Equidad en el acceso de los servicios de salud en Antiquía, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 24-64.

Ministerio de salud del Perú. (2011). *Recursos humanos en salud al 2011: Evidencia para la toma de decisiones*. Lima: MINSA.

Musgrove, P. (1996). *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*. Washington, D.C.: World Bank Discussion.

Roemer, M. (1991). *National health systems of the world*. New York, Estados Unidos: Oxford University press.

Salud, O. M. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Salud, O. M. (2001). *Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: informe sobre el examen científico colegiado*. Ginebra: 109ª Reunión del Consejo Directivo.

Salud., A. P. (2008). Historia de la Salud en el Perú. *Sistema Nacional de Salud.*, 423-430.

Starr, P. (1994). *The Logic of Health Care Reform*. Nueva York: Whittle Books.

Zevallos, L. P. (2011). Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del ministerio de salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad. *Revista peruana de medicina experimental y Salud Pública*, 177-185.

## **CAPÍTULO VII: ANEXOS**



**ANEXO 01**

POLICIA NACIONAL DEL PERU

DIRSAL  
ESTADISTICA

**REGISTRO DIARIO DE ATENCIONES Y OTRAS ACTIVIDADES**

N°  
FORMATO

ESTABLECIMIENTO

HN. PNP LNS

CIP DEL DIGITADOR  
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA  
ATENCION

FECHA			REGION		PROVINCIA	DISTRITO		ESTABLECIM.			SERVICIO	CIP.								
MES:		AÑO:	VII		LIMA							NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION								
DIA	HISTORIA CLINICA	DNI. N°	PAREN TESCO		GRADO Y SIT.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	CONDICIÓN						DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DX.			OBS.	COD.C IE. 10
			T	C					ESTAB.	SERV.						P	D	R		
			T	C			DIAS	M	N	C	R	N	C	R		P	D	R		
			H	P	(A)	(R).	MESES									P	D	R		
			T	C			DIAS	M								P	D	R		
			H	P	(A)	(R).	MESES		N	C	R	N	C	R		P	D	R		
					(D)	(F)	AÑOS	F								P	D	R		
			T	C			DIAS	M								P	D	R		
			H	P	(A)	(R).	MESES		N	C	R	N	C	R		P	D	R		
					(D)	(F)	AÑOS	F								P	D	R		
			T	C			DIAS	M								P	D	R		
			H	P	(A)	(R).	MESES		N	C	R	N	C	R		P	D	R		
					(D)	(F)	AÑOS	F								P	D	R		
			T	C			DIAS	M								P	D	R		
			H	P	(A)	(R).	MESES		N	C	R	N	C	R		P	D	R		
					(D)	(F)	AÑOS	F								P	D	R		
			T	C			DIAS	M								P	D	R		
			H	P	(A)	(R).	MESES		N	C	R	N	C	R		P	D	R		
					(D)	(F)	AÑOS	F								P	D	R		

