Descargado el: 17-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ESPECIAL

Estado actual de la evaluación de la calidad en los servicios de Estomatología en Cuba

Present situation of quality assessment of the Dentistry services in Cuba

José Luis Capote Femenías[1] Amalia Peña Rosell[1]

[1] Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Capote-Femenías J, Peña-Rosell A. Estado actual de la evaluación de la calidad en los servicios de Estomatología en Cuba. **Medisur** [revista en Internet]. 2018 [citado 2026 Nov 17]; 16(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3754

Resumen

Evaluar la calidad de los servicios de salud es una tarea compleja, dado el carácter multidimensional de su definición, la diversidad de enfoques teóricos y la variabilidad de los componentes de cada especialidad o servicio. Este trabajo tiene como objetivo exponer las características de la evaluación de la calidad en los servicios de Estomatología en Cuba en la actualidad. Se realizó una revisión de documentos y estudios publicados en los últimos diez años. En un inicio se destacan los antecedentes y enfoques de la calidad de los servicios de salud; luego se exponen los métodos y programas de evaluación y gestión de la calidad en Cuba. La evaluación se lleva a cabo mediante supervisiones o auditorías a los servicios, con interés particular en la estadística de indicadores. Es un elemento fundamental el Programa de mejora continua de la calidad de la atención estomatológica y la satisfacción de los prestadores, incluido en el anexo II del Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población. Diversas fuentes identifican problemas de calidad en los servicios de Estomatología, los cuales deben ser considerados desde el ámbito académico y administrativo. Se concluye que la evaluación de la calidad de los servicios estomatológicos en Cuba, precisa de una actualización o rediseño de la metodología.

Palabras clave: Evaluación de la calidad de atención de salud, atención odontológica, satisfacción del paciente, satisfacción en el trabajo, control de calidad

Abstract

Assessing the quality of health services is a complex task, due to the multidimensional character of its definition, diversity of the theoretical approaches and component variability of each specialty and service. This paper is aimed at presenting the characteristics of quality assessment in Dentistry services in Cuba at present. It was carried out a review of documentary and published studies in the last ten years. At the beginning antecedents and health services quality approaches are highlighted; then assessment methods and programs are presented, so as quality management in Cuba. The assessment is carried out by means of supervisions and audits to the services with particular interest in indicators statistics. This a fundamental element in the quality continue improvement program in Dental services and the satisfaction of providers, including annex II of the National Program of Dental Care to the population. Various sources identify quality problems in Dentistry services, which should be considered from the academic and administrative point of view. It is concluded that assessing dental services in Cuba, needs an updating or a methodological redesign.

Key words: Quality assurance, health care, dental care, patient satisfaction, job satisfaction, quality control

Aprobado: 2017-12-13 13:17:53

Correspondencia: José Luis Capote Femenías. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos joseluiscf@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La evaluación de la calidad en salud tiene sus particularidades respecto a la calidad industrial o de servicios en sentido general. Se necesita modificar sustancialmente o adaptar las concepciones y enfoques teóricos, dimensiones, variables y programas originados inicialmente en la industria.

Hasta el momento, la calidad de la atención médica, no tiene una definición estática, se trasforma constantemente, adecuándose a las características de cada sistema de salud. Sin embargo, los pilares para evaluar calidad en servicios de salud, continúan siendo los mismos: medición de resultados, de los procesos y de la satisfacción de pacientes y prestadores de servicio.[1]

El sistema de salud pública en Cuba se considera una estructura dinámica, que se trasforma constantemente para responder al encargo social de desarrollar un sistema de calidad, eficiente y sostenible. Dentro de los objetivos de trabajo para el año 2017, se consideraron aspectos relacionados con la evaluación de la calidad de los servicios. El primero estuvo referido a "incrementar el estado de salud de la población y su satisfacción con los servicios" y el sexto a "incrementar la racionalidad y eficiencia económica en el sector".[2] En correspondencia con la actualización del modelo cubano, se orientaron las "Transformaciones necesarias en el sistema de salud", dirigidas a garantizar la sostenibilidad de los servicios, sustentadas en los principios rectores de racionalidad económica y calidad, en fase aún de ejecución a través de la reorganización, compactación y regionalización de los servicios de salud; en tal sentido, se impone la necesidad de evaluar constantemente los servicios que se brindan, con vistas a continuar optimizándolos.

Para una mejor comprensión del tema, se abordarán los antecedentes y definiciones de calidad de los servicios de salud, partiendo de los principales enfoques teóricos que justifican los métodos y programas de evaluación. Finalmente, se realiza una síntesis de la información referida a las características particulares del tema. Este trabajo tiene como objetivo exponer las características de la evaluación de la calidad en los servicios de Estomatología en Cuba en la actualidad.

DESARROLLO

Selección de la información

La selección de la información se orientó a tres fuentes de datos:

1. Bases de datos digitales de sistemas referativos Scielo, Medline y EBSCO, para las cuales se trabajó con tres descriptores: estomatología, gestión de calidad en salud y aceptación de la atención de salud.
2. Buscadores genéricos de internet (Google), lo que permitió acceder a bases de datos de periódicos digitales provinciales y nacionales.
3. Revisión de documentos rectores, resoluciones y programas del MINSAP disponibles en INFOMED, así como textos impresos existentes en la biblioteca de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Los límites de la búsqueda fueron: publicaciones a texto completo, solo de idioma español y de los últimos diez años.

En total se obtuvieron de la búsqueda primaria, 227 fuentes documentales. Para refinar la selección inicial, se tomó como criterio la actualidad, relevancia y pertinencia respecto al objeto de investigación. Como resultado se tomaron 83 fuentes documentales, de ellas 16 resoluciones, programas y documentos normativos del Ministerio de Salud Pública, y el resto, libros y artículos de revistas científicas. El tratamiento de los datos se realizó mediante el análisis de contenido de tipo directo.

Antecedentes

La preocupación sobre la calidad de los servicios de salud, parece tener su origen justo desde el inicio de la profesión médica. Antiguas culturas ya eran bien rigurosas en relación con los problemas de calidad. Los egipcios tenían inspectores que comprobaban la perpendicularidad de los bloques de piedras en sus construcciones. Los fenicios, famosos por la gran calidad de sus productos, cortaban la mano derecha de los operarios que los elaboraban mal, como método para evitar la repetición de errores.

El código del rey Hammurabi (Mesopotamia, 1752 a.c.) castigaba rigurosamente a los "médicos" que realizaran malas prácticas. Hipócrates, también habla del inseparable binomio ética y calidad. Un hecho relevante fue la escuela de medicina en Salermo, Italia, en el siglo XIII, donde ya se hacían auditorías a las historias clínicas.[3]

Más cercano a la actualidad, en Estados Unidos a principios de 1910, se publica el Informe de Abraham Flexner sobre la mala calidad de los procesos docentes y de servicios médicos de ese país. Sin embargo, es contradictorio que un tema tan importante y antiguo, no se desarrollara exponencialmente hasta finales del siglo XX.

Por otra parte, la calidad ha evolucionado en la misma medida en que se transforman las sociedades, los métodos de producción, los medios de comunicación, el desarrollo de la tecnología de la información, mercados y servicios. Esta ha transitado desde la antigua supervisión o inspección en el siglo XIX hasta los años 70 del pasado siglo, seguida de una fuerte tendencia hacia el control de indicadores estadísticos.

En la década de los noventa comienzan las ideas de la administración estratégica y conceptos más avanzados, que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la esta.[4]

Definiciones

Las primeras definiciones modernas de calidad se introdujeron en el mundo industrial, luego fueron aplicadas al resto de las actividades y servicios. De igual manera, en la literatura revisada existen contradicciones dadas por la diversidad de enfoques y métodos utilizados. Lee y Jones proponen que la calidad significa la conformidad con las normas. Parece fácil y lógico de aplicar en la práctica, pero en la atención médica, deja fuera de análisis el componente de resultados, donde se encuentra una parte importante relacionada con la satisfacción del paciente. Voury y De Gyndt reconocen que al definir calidad, existen ambigüedades, ya que es percibida de diferentes formas; por esta razón, en la literatura aparecen definiciones teóricas difíciles de llevar a la práctica. Zeithmal plantea que la calidad de un servicio se considera como las discrepancias entre las expectativas y los resultados; Vanormalingen considera que calidad es la satisfacción de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas; Juran plantea que las definiciones actuales son muy reducidas y lo dejan insatisfecho, y que calidad es la adecuación para el uso, satisfaciendo las necesidades del cliente; Ishikawa expone que las definiciones solo se han referido a los requisitos del cliente y su perspectiva, y que el control de la calidad supone desarrollar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor.[5,6] Adevis Donavedian, en su libro *La calidad de la atención médica*, plantea la necesidad de una definición y los métodos para la evaluación, lo cual consideró muy difícil y finalmente no propuso ninguna; luego decide comenzar por lo obvio y la define como una propiedad de la atención médica que esta puede poseer en grados variables; este importante concepto sugiere que la calidad se gestiona y transita de una forma variable, pasando por el control de la calidad, desde la identificación de los problemas hasta llegar a la excelencia de los servicios.[3]

La variabilidad de los productos o servicios ofrecidos en los servicios de salud, resultan de una exigencia técnica de adaptación a las necesidades de cada individuo (cada enfermo es un caso y no una enfermedad) y no hay cómo estandarizar el conjunto de las actividades clínicas en la medida en que ellas están sujetas al juicio del médico, el cual interpreta las necesidades del paciente en condiciones concretas.[5]

La definición de calidad introducida por Gilmore y Moraes, ha sido asumida también por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y considera que en la Calidad de los Servicios de Salud deben estar presentes los siguientes atributos:[7]

- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Mínimo de riesgos para el paciente.
- Alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en la salud.

Luego de reflexionar sobre las definiciones de algunos de los principales autores reconocidos en el tema, se infiere que la variabilidad está dada por la adecuación e individualidad de cada tipo de servicios. Es probable que para emitir una definición de calidad de los servicios de Estomatología, sea necesario partir de las

características intangibles de estos. El usuario no es un consumidor común frente a las mercancías y está desprovisto de los conocimientos técnicos que le permitan evaluar la adecuación del servicio a sus necesidades.

Enfoques teóricos

Las concepciones sobre calidad han evolucionado de conjunto con el desarrollo social, económico y científico-técnico de las diferentes escuelas. Es necesario precisar la principal diferencia entre el control administrativo y el control de la calidad; este último difiere sustancialmente del control administrativo, ya que se aplica el método científico para estudiar los problemas o defectos de calidad, encontrar las causas que los originan, y finalmente permite proponer y aplicar soluciones idóneas. Se exponen algunos de los principales enfoques teóricos utilizados para el desarrollo de programas y estrategias en la administración y control de la calidad.

Enfoque clásico: Se enfatiza tanto en la racionalidad como en lograr que las organizaciones y los trabajadores sean lo más eficiente posible. Sus dos teorías principales son: la administración científica y la administración general. Frederick W. Taylor y los esposos Gilbreth fueron los investigadores más representativos de la primera, y Henri Fayol y Max Weber, de la segunda.

Enfoque en sistema: Surgido a mediados del siglo XIX, fue utilizado inicialmente por la escuela Marxista para estudios de sociología. En Cuba se utilizó a finales del siglo XX para investigar problemas de dirección. Este enfoque aún es objeto de estudio de la administración de salud. Su importancia radica en que varía el paradigma del organigrama tradicional de dirección y gestión de la calidad. Plantea que los procesos que se desarrollan están compuestos por sistemas y subsistemas con un conjunto de objetivos, y que de su interacción se generan nuevas cualidades que no poseen por separado. En consecuencia, un problema de servicios en un subsistema afectaría todo el sistema de servicios de salud.

Dirección por objetivos: Desarrollado por Peter F. Druker en 1954, este procedimiento comienza por establecer objetivos hasta la revisión de los resultados. Se define como la "filosofía de dirección que consiste en la evaluación sobre las bases de la comparación entre los objetivos planificados y los resultados obtenidos".[3]

Planificación estratégica: Se desarrolla a finales del siglo anterior, modificando antiguas concepciones, donde un evaluador externo, planificador u observador no relacionado con el fenómeno en estudio, establecía, de forma centralizada, objetivos y acciones para resolver algo que realmente no conocía. La planificación estratégica se aplicó en el campo de salud, teniendo en cuenta que los que ejercen la planificación se encuentran en cualquier lugar del sistema, son los verdaderos actores. Estos son los que conocen realmente los problemas y, aplicando el método científico, pueden brindar mayor resolutividad. La planificación estratégica es una concepción muy valiosa para entender los problemas de calidad en el proceso de atención en salud.[3]

Reingeniería: Fue denominado por Hammer y Champy (citado por Rafoso et al) como "la revisión y el rediseño total de procesos y programas para alcanzar mejoras en el rendimiento y calidad de los servicios".[8] Este enfoque plantea métodos, procedimientos metodológicos y principios para analizar datos, e implica una profunda reevaluación del sistema.

En los últimos años se han desarrollado diversos programas para evaluar calidad de servicios de salud, de los cuales en Cuba se destacan algunos de los más importantes:

Control de calidad: Es el primer programa moderno y surge en la década del 40 del pasado siglo en los Estados Unidos. Algunas de las premisas que muestran su visión y conceptos sobre el tema, son las siguientes: La calidad no se orienta hacia el productor, sino al cliente; no existe calidad sin control y eficiencia de los costos; se hace énfasis en la revisión de todos los procesos concurrentes para detectar los factores causales de las deficiencias.[3]

Control total de la calidad: Fue propuesto por Feigenbaum, pero uno de sus principales promotores fue Ishikawa, asesorado además por Juran y Demning. Este se basa en la realización de un programa a largo plazo, donde primero está la garantía que asegure la calidad antes de la cantidad de volumen de producción o servicios. La escuela japonesa considera que no es una tarea solo de los principales especialistas, sino de todas las divisiones, responsables, trabajadores y círculos de control de la calidad. Presenta mayor complejidad y exigencia y puede ser aplicado cuando se alcanza una experiencia en calidad. Este programa se realiza mediante un

trabajo en equipo, donde colaboran todos los trabajadores y las estructuras administrativas. Tiene características participativas y se fundamenta en una administración interfuncional u horizontal. Los círculos de calidad son parte indispensable de este tipo de programa.

Organización Internacional de Normas (ISO, por sus siglas en inglés): En Cuba se ha aplicado en la industria de manera general. En salud pública se utiliza como implantación de buenas prácticas, por ejemplo, en el sistema de calidad de la industria farmacéutica cubana, aprobado por el Comité Estatal de Normalización.

Garantía de la calidad: Programa que se desarrolla en Holanda a finales de los años 70 del siglo pasado. En salud se hace énfasis en la evaluación desde fuera de la ejecución, o sea, una persona o equipo de personas valora la intervención o el proceso realizado por otra persona o equipo de personas. El que evalúa y el que es evaluado pueden pertenecer o no a la misma organización. Este enfoque dio origen a diferentes comités de calidad, tales como el programa de fallecidos, el de historias clínicas o el de infecciones, así como a las auditorías médicas y a las organizaciones especializadas en revisiones profesionales en el campo de los servicios médicos.

La debilidad de este programa se evidencia cuando los resultados de la evaluación no se convierten en acciones correctivas, ya que definitivamente el problema continúa; a pesar de ello, la garantía de la calidad es un enfoque vigente en numerosos países y forma parte de los documentos públicos que regulan los sistemas de salud de América Latina y Europa.

Mejoramiento continuo de la calidad (MCC): Surge en la segunda mitad del siglo XX, en los Estados Unidos, basado en las concepciones de Fegeibaum, Crosby, Juran y otros. Rápidamente se extendió a Japón, en especial a programas de perfeccionamiento de la industria. Se aplica con éxito hace 60 años y se perfecciona constantemente. Sobre este programa Juran propone los principios necesarios para lograr el éxito: en el primero plantea la importancia de concientizar la necesidad de mejorar, con lo que se refiere a establecer una cultura de calidad que permita vencer las barreras de resistencia al cambio; el segundo expone la necesidad de identificar proyectos de mejora específicos y acordes a las individualidades del servicio; y en el tercero, establecer círculos de calidad y comités de expertos que permitan identificar problemas y plantear su solución. Por último, expone la importancia de establecer los controles necesarios.

La mayoría de los autores considera que implementar un programa de MCC implica gasto de tiempo y dinero, pero ello puede derivar en mejores resultados económicos y reducción de gastos en un servicio de salud. Nunca debe ser usado solamente para eliminar picos de mala calidad. Por último, es importante señalar que este programa no tiene fin, constantemente es objeto de renovación y perfeccionamiento.[6]

Los diversos enfoques teóricos y programas de evaluación referidos anteriormente, facilitan la comprensión de las características de la evaluación de la calidad de los servicios estomatológicos en el contexto cubano, así como establecer comparaciones y emitir criterios con respecto a una posible actualización y perfeccionamiento.

Antecedentes de calidad en Cuba

Los temas de calidad de atención de salud en Cuba antes de 1959 son bien limitados y en los servicios de Estomatología prácticamente nulos. Fue en 1962 cuando se comenzó a desarrollar un verdadero Sistema Nacional de Control de la Calidad en los servicios de salud. Como uno de los primeros pasos, se aprueba por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) el reglamento general de hospitales y la creación de comités de evaluación de las actividades científicas, además, comienzan las supervisiones generales a las provincias. En la década del 80 se aprueba la ley 41 de la Salud Pública, que hace responsable al estado de brindar servicios de salud de forma universal, gratuita y de calidad. En la década de los 90 comienzan las transformaciones del sistema de salud, en busca de eficiencia y calidad de los servicios: se elabora la Carpeta Metodológica y estrategias del sistema de salud desde 1995 hasta el 2000.

En el caso particular del subsistema de atención estomatológica, en 1984 se implementan las normas técnicas de atención y los reglamentos organizativos de las clínicas estomatológicas. Antes de esto la evaluación de la calidad solo se sustentaba en el resultado de visitas, supervisiones e inspecciones de los diferentes niveles de dirección y la interpretación de algunos indicadores estadísticos básicos. En 1992 se comienza a aplicar el Programa Nacional

de Atención Estomatológica Integral a la Población, como respuesta a las transformaciones realizadas en el sector, cambios en el perfil epidemiológico bucal y las necesidades de los individuos, la familia y la comunidad, identificados en el análisis de la situación de salud. A inicios de este siglo, se elaboran las Guías Prácticas de Estomatología, también se realiza una actualización del Programa Nacional, cuyo anexo II contiene el Programa de mejora continua de la calidad de la atención estomatológica y la satisfacción de la población y los prestadores.[9] Sobre este programa se elaboró un Manual de acreditación de los Servicios Estomatológicos en Cuba.

Posteriormente se han aprobado documentos relacionados con la calidad de los servicios estomatológicos. Teniendo en cuenta que la evaluación y certificación de las competencias laborales en el Sistema Nacional de Salud en Cuba, forman parte de las nuevas tendencias en el modelo de gestión de la calidad, se aprueba la resolución 250/2006, la cual implementa una evaluación de desempeño y competencia anual a los prestadores de servicios de salud. La Resolución Ministerial 200, referente al Reglamento de Servicios Estomatológicos, regula el marco legal en que estos se desarrollan.[10] Más recientemente, Sosa Rosales en el 2014, en su trabajo *¿Cómo lograr la calidad en la clínica dental?*, expone criterios y elementos teóricos para continuar desarrollando el programa de MCC.[11]

Programa de evaluación de la calidad de los servicios estomatológicos

El Programa de MCC de la atención estomatológica y la satisfacción de la población y los prestadores, se implementó en el 2002 y fue acompañado de un Manual de Acreditación de los Servicios Estomatológicos. En este se utiliza el enfoque clásico de Donabedian, aceptado por la mayoría de los autores, donde se miden esencialmente tres componentes: estructura, procesos y resultados. Recientemente, varios autores consideran reducir el análisis y tomar datos solo de los procesos y los resultados. Se ha visto claramente que una buena estructura no siempre asegura un buen proceso, y un buen proceso no lleva necesariamente a un buen resultado. Tampoco un buen resultado implica que la estructura y el proceso sean los adecuados. A partir de este análisis sistémico, se reducen los elementos para hacer más factible y precisa la evaluación. A continuación, se exponen algunas consideraciones sobre el programa de MCC en los servicios estomatológicos, derivadas del análisis de contenido y desde la visión de los autores:

- Presenta cinco objetivos específicos, dos de ellos están relacionados con evaluar la satisfacción de pacientes, prestadores y el proceso de atención. Para hacer más factible el cumplimiento de estos objetivos, se necesitaría el diseño y construcción de instrumentos de medición validados y confiables.
- Propone la creación del Comité Auditor de la Calidad y la Satisfacción de la Población en Estomatología (CACSE) en todas las instancias del sistema de salud. Precisa exactamente todas las funciones necesarias, pero también describe la conformación de su estructura a nivel de unidad. Este nivel es el más importante en el desarrollo de un programa de calidad en salud, es célula básica del funcionamiento de los servicios, donde se expone como máximo responsable al director de la unidad o jefe de departamento. Es probable que se creara una compleja dualidad de funciones, lo cual puede haber influido de forma negativa en la identificación y solución de deficiencias en los servicios de Estomatología.
- Se definen las variables, dimensiones y criterios de medida, basados en el enfoque de estructura, procesos y resultados. Es probable que estas dimensiones varíen de una especialidad estomatológica a otra, y no se ajusten específicamente a los requerimientos de todos los servicios. Lo anterior se fundamenta explícitamente en las características de variabilidad y elementos intangibles que se presentan en cada tipo de servicio de Estomatología.
- En el Manual de Acreditación se exponen de forma clara todos los pasos lógicos del proceso, pero se considera como criterio no obligatorio la docencia e investigaciones. Los autores consideran que la formación continua de posgrado y el desarrollo de investigaciones, estimulará la implementación de programas, el progreso de una cultura de calidad y su gestión en los servicios estomatológicos.
- En la actualización realizada en el 2013, se incluye en el Anexo II un acápite sobre la calidad técnica y seguridad del paciente, donde

se seleccionan indicadores de calidad. En el estándar de referencia y los criterios de evaluación, solo se consideran resultados cuantitativos y no se presentan procedimientos metodológicos para la evaluación.

Caracterización de la evaluación de los servicios de estomatología y consideraciones generales

La evaluación se realiza mediante tres métodos fundamentales:

1. Supervisiones periódicas a los departamentos y clínicas estomatológicas, desde los diferentes niveles de dirección. Existe una guía de evaluación desde el Departamento Nacional de Estomatología y se les da seguimiento a los problemas detectados.
2. Estricto control de indicadores de servicios e indicadores de calidad. Estos indicadores cuantitativos no permiten evaluar directamente la calidad, sino solo la cantidad de servicios, así como deducir el estado de la estructura y el proceso. Se debe tener en cuenta las fuentes de datos primarios y su validez. Este método por sí solo no es capaz de discriminar las fisuras de la calidad y debe estar acompañado de programas de gestión continua y monitoreo del proceso.
3. Programa de MCC. Se evalúa a nivel de unidad mensualmente, mediante el CACSE. Resulta ser el epicentro de la gestión continua. El comité auditor es el encargado de detectar y prevenir las posibles deficiencias, los profesionales que lo integren deben ser idóneos para la función, además de poseer las competencias y conocimientos requeridos. Sobre el desarrollo de este programa, en vigor desde el año 2002, no se encontraron referencias de publicaciones ni de documentos oficiales del MINSAP, donde se expongan los avances del sistema de acreditación que se estableció. Al comparar con un programa similar, se evidencian los resultados obtenidos por el Sistema de Evaluación y Acreditación de Carreras Universitarias (SEA-CU). La calidad de los recursos humanos es un elemento fundamental en la calidad de los servicios. En la formación de pregrado de Estomatología, se han realizado desde el año 2002, 15 procesos de evaluación externa y la acreditación de ocho carreras de Estomatología, destacándose el impacto en la salud bucal de la población.[12]

En el ámbito académico existe un notable incremento del interés por el tema y son múltiples los artículos publicados en los últimos años en Cuba. La mayoría de estos coinciden en la necesidad de gestionar continuamente la calidad y eliminar las brechas existentes. A modo de síntesis, pueden mencionarse algunos resultados que coinciden con la generalidad de la revisión documental. Padovani en su trabajo *Determinantes sociales de la salud y sistema de gestión de la calidad en servicios estomatológicos*, plantea que deben tenerse en cuenta las transformaciones y determinantes sociales en el diseño de estrategias para gestionar la calidad en los servicios estomatológicos.[13] Los cambios socioeconómicos en el contexto cubano actual, precisan de una mirada distinta a las comunidades de menos ingresos y desarrollo económico. González, en el artículo *Urgencias estomatológicas en la provincia Sancti Spíritus*, plantea que acuden a los servicios de urgencias muchos pacientes, sobrepasando en un 10% a los que acuden a consultas estomatológicas.[14] Estrada realizó una estrategia de intervención para mejorar la calidad de los servicios de urgencia en Camagüey, cuyos resultados fueron que la calidad varió de mala a regular.[15]

Gil encontró dificultades en las competencias profesionales de los estomatólogos que brindan servicios de urgencias.[16] Bandera realizó un estudio sobre la calidad en el Policlínico Docente José Martí, de Santiago de Cuba, y obtuvo que existe una deficiente práctica en la labor realizada, por lo cual se recomendó organizar un plan de capacitación, con vistas a mejorar la competencia de los estomatólogos generales integrales y la satisfacción de las personas asistidas.[17] Los autores han estudiado el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en servicios de Estomatología del municipio de

Abreus, provincia Cienfuegos, seis meses después de concluida su atención, y entre los resultados obtenidos, se encontró que uno de cada dos pacientes había presentado problemas con fracturas marginales y desplazamientos de restauraciones realizadas en su última atención.

Para resumir lo planteado hasta aquí, en materia de pendientes asociados al funcionamiento de los servicios estomatológicos, habría que mencionar que en los últimos años no existen grandes dificultades con cuestiones como la falta de medicamentos e insumos estomatológicos, ni con la cantidad de recursos humanos disponibles; estos últimos están garantizados, si se considera que en el año 2016 alcanzaron la impresionante cifra de un estomatólogo por 667 habitantes.[18] Se encuentran con más frecuencia otras cuestiones, como problemas organizacionales, poco aprovechamiento de la jornada laboral, el incremento innecesario de los costos por duplicación y repeticiones de tratamientos, que sí conllevan a la afectación en la calidad de los servicios, y a la consecuente insatisfacción en la población. El número de consultas se ha ido incrementando en los últimos diez años. En el 2016, se realizaron 2,6 consultas por habitante, indicador que se ha incrementado a razón de 0,1 por año, en una población que desde el 2004 no supera los 11,2 millones de habitantes. Este incremento estaría justificado si estuviera dado por consultas de promoción y prevención de salud bucodental, y no sobre tratamientos curativos, los cuales incrementan el costo de la atención.

Otras fuentes de información se refieren al tema de la calidad de los servicios de salud. Desde finales de la pasada década, la prensa nacional, en secciones como *Acuse de Recibo* y *Cartas a la Edición*, destaca los avances y logros de los servicios estomatológicos en Cuba, pero también se refiere a situaciones que denotan insatisfacción de los usuarios respecto a dichos servicios. La prensa local también ha mostrado interés por estos temas, toda vez que tienen una connotación social importante; los criterios de los usuarios casi siempre van acompañados de las respuestas de los directivos de salud, con los análisis correspondientes. En Cienfuegos, el periódico *5 de Septiembre* cuenta con una sección donde aparecen frecuentemente insatisfacciones con los servicios estomatológicos. Las analizadas en el 2017, se refieren a problemas administrativos y organizacionales. En los últimos dos años, la mayor parte de las insatisfacciones con los servicios de Estomatología que han aparecido en la prensa nacional, también están relacionadas con procesos administrativos y desempeño profesional, demora en los turnos y en la lista de espera, sistema que aún persiste en algunos servicios.

Académicos relacionados con el tema, se han referido de forma general a los servicios de salud, especialmente a los más demandados en la atención primaria. Castell-Florit, Gispert y Lozano, plantean que en Cuba "la medición de la cobertura de salud se hace habitualmente a partir del número de personas que potencialmente pueden acceder a un servicio de salud y se obvia la capacidad resolutiva, barreras de acceso y la calidad de los servicios que se ofrecen".[19] Fuentes se refiere al informe titulado "Condicionantes del deterioro de la calidad de los servicios de salud en Ciudad de La Habana", elaborado por un grupo de expertos cubanos, donde se plantea, entre otros aspectos de interés, la poca prioridad concedida a la formación de cuadros especializados en organización y administración en servicios de salud.[20]

Según los datos que ofrece al Anuario Estadístico de Salud, en el 2016 en los servicios de Estomatología existían 256 estomatólogos dedicados a la organización y administración de servicios, y solo se encontraban como especialistas en administración de salud, el 34,7 %.[18] Rojas se refiere al hecho de que dentro de los asuntos pendientes respecto a calidad, está el asunto de la medición de esta cobertura, que deberá verificarse periódicamente y no solo con indicadores cuantitativos, sino también cualitativos.[21]

El Ministerio de Salud Pública se encuentra en otra importante etapa de perfeccionamiento, donde los temas de calidad son enfocados como algo relevante. A partir de ello, en algún momento se trasformarán los métodos y programas para lograr la eficiencia y eficacia deseada y continuar gestionado la calidad en los servicios estomatológicos en Cuba.

CONCLUSIONES

La evaluación de la calidad en servicios de Estomatología se realiza mediante la combinación de control estadístico, supervisiones y el Programa de MCC. Diversas fuentes identifican insatisfacciones y deficiencias gerenciales en la base, las cuales deben considerarse desde el ámbito académico y

administrativo. Se requiere de una nueva actualización o rediseño de la metodología, que permita continuar gestionando y evaluando la calidad de los servicios estomatológicos en Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Forrellat M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [revista en Internet]. 2014 [cited 4 Ago 2017] ; 30 (2): [aprox. 8p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011&lng=es.

2. Ministerio de Salud Pública. Objetivos de trabajo del Ministerio de Salud Pública de Cuba para el año 2017. La Habana: MINSAP; 2017.

3. Ramos BN. Control de la calidad de la atención en salud. 2da. ed. La Habana: ECIMED; 2011. p. 21-97.

4. Robledo H, Meljem J, Fajardo G, Olvera D. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. Revista CONAMED [revista en Internet]. 2016 [cited 4 Ago 2017] ; 17 (4): [aprox. 20p]. Available from: http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/320.

5. Donabedian A. Conferencia Magistral. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública de México [revista en Internet]. 1993 [cited 4 Ago 2017] ; 35 (3): [aprox. 8p]. Available from: http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=10635302.

6. Duque EJ. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. INNOVAR [revista en Internet]. 2005 [cited 4 Ago 2017] ; 15 (25): [aprox. 30p]. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v15n25/v15n25a04.pdf.

7. Gilmore C, de Moraes H. Manual de gerencia de la calidad [Internet]. Washington DC: OPS; 1996. [cited 21 Dic 2017] Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174005/1/Manualdegerenciadelacalidad(3),9.pdf.

8. Rafoso S, Artiles, S. Reingeniería de procesos: conceptos, enfoques y nuevas aplicaciones. Ciencias de la Información [revista en Internet]. 2011 [cited 21 Dic 2017] ; 42 (3): [aprox. 17p]. Available from: http://132.248.9.34/hevila/Cienciasdelainformacion/2011/vol42/no3/4.pdf.

9. Sosa M, Barciela MC, García M, Rojo M, Morgado DE, Santana J. Programa nacional de atención estomatológica integral. La Habana: DAMPSA; 2013.

10. Mejías Y, Cabrera N, Rodríguez MM, Toledo AM, Norabuena MV. Bases legales de la calidad en los servicios de salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2013 [cited 4 Ago 2017] ; 39 (4): [aprox. 10p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400016&lng=es.

11. Sosa MC. ¿Cómo lograr la calidad en la clínica dental? [Internet]. La Habana: MINSAP; 2014. [cited 4 Ago 2017] Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/artcalidad.pdf.

12. Barciela MC, Grau IB, Urbizo J, Soto LA, Sosa M. Formación de recursos humanos en estomatología, su impacto en la salud bucal de la población. Educación Médica Superior [revista en Internet]. 2017 [cited 24 Jul 2017] ; 31 (2): [aprox. 12p]. Available from: http://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1132/1511.

13. Padovani S, Pazos E, Padovani AM, Ruano M. Determinantes sociales de la salud y sistema de gestión de la calidad en servicios estomatológicos. Rev Haban Cienc Méd [revista en Internet]. 2014 [cited 3 Ago 2017] ; 13 (5): [aprox. 14p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000500013&lng=es.

14. González G, Ramírez L. Urgencias estomatológicas en la provincia Sancti Spíritus. 2015. Gac Méd Espirit [revista en Internet]. 2017 [cited 3 Ago 2017] ; 19 (1): [aprox. 6p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000100005&lng=es.

15. Estrada V, Hidalgo CR, Expósito I, Martín L. Estrategia de intervención para mejorar la calidad del servicio estomatológico de urgencias. AMC [revista en Internet]. 2010 [cited 3 Ago 2017] ; 14 (4): [aprox. 18p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000400006&lng=es.

16. Gil JA. Necesidades de aprendizaje en la

atención a urgencias en Estomatología. EDUMECENTRO [revista en Internet]. 2017 [cited 3 Ago 2017] ; 9 (1): [aprox. 12p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742017000100005&lng=es.

17. Bandera SE, Márquez M. Calidad de la estomatología general integral en el Policlínico Docente ¨José Martí¨. MEDISAN [revista en Internet]. 2011 [cited 3 Ago 2017] ; 15 (1): [aprox. 10p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000100014&lng=es.

18. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2016. La Habana: MINSAP; 2017.

19. Castell-Florit P, Gispert EA, Lozano A. Cobertura universal de salud y conciliación de criterios en base a la experiencia cubana. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2015 [cited 2 Ago 2017] ; 41 Suppl 1: [aprox. 11p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500006&lng=es.

20. Fuentes S. El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2017 [cited 3 Jun 2017] ; 43 (2): [aprox. 26p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200012&lng=es.

21. Rojas F. El camino cubano hacia la cobertura universal 1960-2010. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2015 [cited 2 Ago 2017] ; 41 Suppl 1: [aprox. 12p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500003&lng=es.