

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



SATISFACCIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA POR LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM DURANTE LOS MESES DE MARZO-ABRIL-MAYO DEL 2015

Tesis presentada por el Bachiller:

CARLOS ENRIQUE LAURA MUCHICA

Para obtener el Título Profesional de

CIRUJANO DENTISTA

AREQUIPA – PERÚ

2015

*A Dios, por permitir que todo esto sea realidad,
Por darme la salud para llegar al día de hoy,
las herramientas y las pruebas necesarias para
ser lo que hoy soy.*

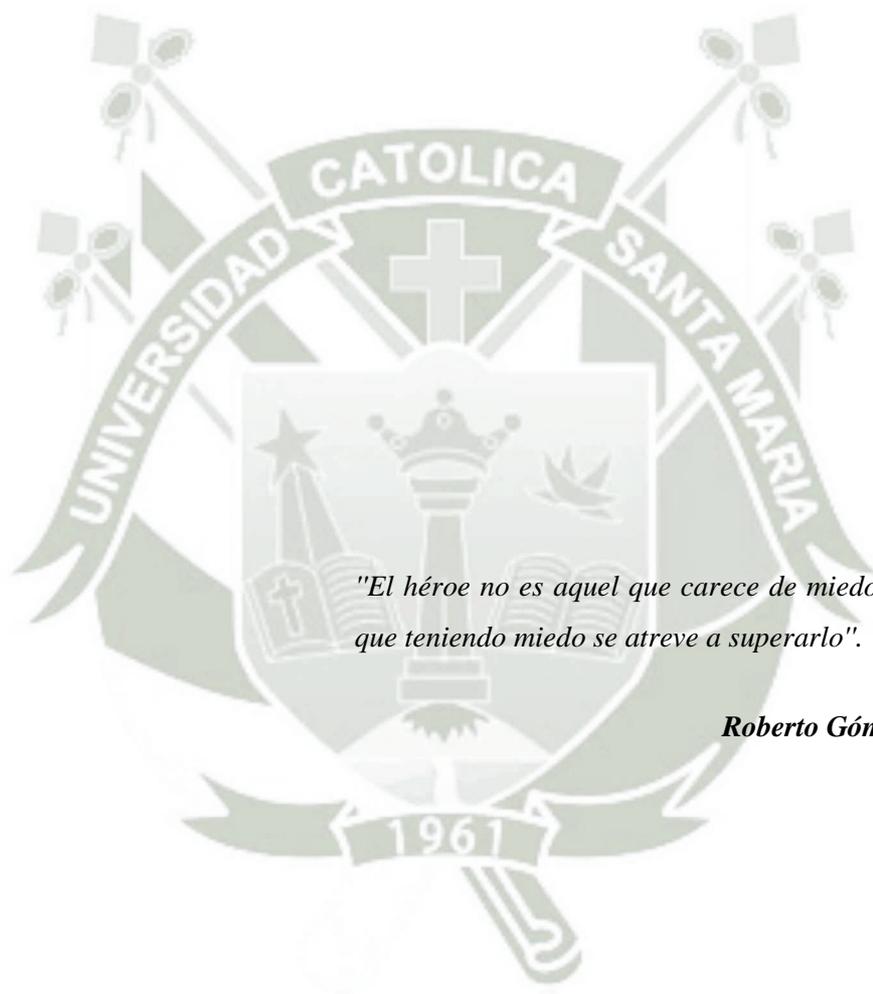
*A mis Padres, a mi mama Vilma, Por darme la vida, y
ese amor desde el primer respiro, por el esfuerzo de
darme siempre lo mejor, acompañarme en todos mis
momentos desde la infancia y seguir hasta el día de hoy
dándome lo mejor de ella, enseñándome que con
sacrificio, esfuerzo, paciencia, dedicación y sobre todo
una sonrisa todo se puede lograr. “Porque de todas las
rosas sigue siendo la más hermosa”.*

*A mi papa Fico, por darme la vida, por
enseñarme que el ejemplo en las acciones valen
más que mil palabras, por mostrarme que la
caridad y el sacrificio son herramientas
necesarias para ser un mejor ser humano, Y
que siempre hay algo nuevo que aprender, que
no existen obstáculos sino uno mismo para ser
mejor cada día.*

*A mis hermanas, Victoria y Alicia, Por cuidar de mí
desde pequeño y saber que siempre poder contar con su
apoyo y unión como la gran FAMILIA que somos.*

*A mi otra Familia, a mi hermano Gustavo, por
su apoyo y alegría que significa mucho para
nosotros y por ser un eje más de esta gran
familia.*

*A mis sobrinas, Alejandra y Emilia por ser un motivo
más de esfuerzos y alegrías, y porque siempre serán
mis hijitas.*



"El héroe no es aquel que carece de miedo, sino aquel que teniendo miedo se atreve a superarlo".

Roberto Gómez bolaños.

ÍNDICE

RESUMEN	09
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1. Determinación del Problema	14
1.2. Enunciado del Problema	16
1.3. Descripción del Problema	16
a. Área del Conocimiento	16
b. Operacionalización de variables	16
c. Interrogantes Básicas	17
d. Taxonomía de la investigación	17
1.4. Justificación.....	17
2. OBJETIVOS	19
3. MARCO TEÓRICO.....	20
3.1. Conceptos básicos.....	20
3.1.1. Historia de la calidad	20
3.1.2. La calidad.....	20
3.1.3. Modelos de calidad	24
3.1.4. La calidad total	25
3.1.5. Gestión de la calidad.....	27
3.1.6. Sistema de la calidad	28
3.1.7. La calidad y el enfoque de sistemas.....	29
3.1.8. Calidad en el servicio hospitalario	37
3.1.9. Administración en salud	40

3.1.10 Relación de la calidad y de la cantidad de los servicios	45
3.1.11 Logros de hacer las cosas con calidad.....	47
3.1.12 Herramientas de calidad para las organizaciones hospitalarias	49
3.1.13 Sistema de garantía de la calidad	49
3.1.14 La salud y la calidad	50
3.1.15 Investigación de la calidad del servicio.....	50
3.1.16 Marketing de salud	52
3.2. Revisión de Antecedentes Investigativos.....	62
4. HIPÓTESIS	63
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	65
1.1. Técnica	65
1.2. Instrumentos	65
1.3. Materiales.....	67
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	67
2.1. Ubicación Espacial	67
2.2. Ubicación Temporal	67
2.3. Unidades de Estudio	67
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	69
3.1. Organización	69
3.2. Recursos	70
a. Recursos Humanos	70
b. Recursos Físicos	70
c. Recursos Económicos	70
d. Recursos institucionales.....	70
3.3. Prueba piloto.....	70

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	70
4.1. Plan de procesamiento de los datos	70
4.2. Plan de análisis de datos	71

CAPÍTULO III: RESULTADOS

* PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	73
* DISCUSIÓN.....	97
* CONCLUSIONES.....	98
* RECOMENDACIONES.....	99

BIBLIOGRAFÍA	100
---------------------------	------------

HEMEROGRAFÍA.....	102
--------------------------	------------

INFORMATOGRAFÍA.....	103
-----------------------------	------------

ANEXOS

• Anexo N° 1: Formulario de preguntas para pacientes.....	109
• Anexo N° 2: Matriz de datos	113
• Anexo N° 3: Formato de consentimiento informado.....	123

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 1:	Distribución de los pacientes según semestre de atención ..	73
TABLA Nº 2:	Distribución de los pacientes según edad.....	75
TABLA Nº 3:	Distribución de los pacientes según sexo	77
TABLA Nº 4:	Distribución de los pacientes según calidad de atención: tiempo de atención.....	79
TABLA Nº 5:	Distribución de los pacientes según calidad de atención: bioseguridad	81
TABLA Nº 6:	Distribución de los pacientes según calidad de atención: desempeño	83
TABLA Nº 7:	Distribución de los pacientes según calidad de atención desde un enfoque global	85
TABLA Nº 8:	Distribución de los pacientes según la satisfacción	87
TABLA Nº 9:	Relación entre tiempo de atención y satisfacción en los pacientes	89
TABLA Nº 10:	Relación entre bioseguridad y satisfacción en los pacientes	91
TABLA Nº 11:	Relación entre desempeño y satisfacción en los pacientes..	93
TABLA Nº 12:	Relación entre calidad de atención y satisfacción en los pacientes	95

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICO Nº 1:	Distribución de los pacientes según semestre de atención	74
GRÁFICO Nº 2:	Distribución de los pacientes según edad	76
GRÁFICO Nº 3:	Distribución de los pacientes según sexo	78
GRÁFICO Nº 4:	Distribución de los pacientes según calidad de atención: tiempo de atención	80
GRÁFICO Nº 5:	Distribución de los pacientes según calidad de atención: bioseguridad	82
GRÁFICO Nº 6:	Distribución de los pacientes según calidad de atención: desempeño	84
GRÁFICO Nº 7:	Distribución de los pacientes según calidad de atención desde un enfoque global	86
GRÁFICO Nº 8:	Distribución de los pacientes según la satisfacción	88
GRÁFICO Nº 9:	Relación entre tiempo de atención y satisfacción en los pacientes	90
GRÁFICO Nº 10:	Relación entre bioseguridad y satisfacción en los pacientes	92
GRÁFICO Nº 11:	Relación entre desempeño y satisfacción en los pacientes	94
GRÁFICO Nº 12:	Relación entre calidad de atención y satisfacción en los pacientes	96

RESUMEN

El objetivo fundamental de la presente investigación fue evaluar la satisfacción del paciente respecto a la calidad de atención brindada por los alumnos de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María durante el periodo de Marzo – Abril – Mayo del 2015.

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal, comparativo, de campo y de nivel relacional. Con tal objeto se conformaron los alumnos del VII y IX Semestre, en los que se evaluaron la calidad de atención brindada a los pacientes y la satisfacción de los mismos respecto a la atención. Se empleó estadística descriptiva con frecuencias absolutas (Nro.) y relativas (%). Para establecer la relación entre las variables de interés, se utilizó la prueba de Tau de Kendall. Así mismo, para establecer los rangos correspondientes a la calidad de atención, con sus dimensiones, y la satisfacción confort, se utilizó la prueba de Stanonnes.

La relación entre la satisfacción del paciente y la calidad de atención por los alumnos evidenció que mientras mayor fue el nivel de calidad atención obtenida la satisfacción alcanzó su mayor porcentaje con 72.5%.

Consecuentemente la hipótesis de la investigación, ha sido aceptada, en el sentido que la satisfacción del paciente está ampliamente relacionada con la calidad de atención brindada por los tratantes de la Clínica Odontológica de la U.C.S.M.

Palabras claves: Satisfacción del paciente, calidad de atención, bioseguridad, tiempo de atención y desempeño.

ABSTRACT

The main objective of this research was to evaluate patient satisfaction regarding the quality of care provided by the students of the Dental Clinic of the Catholic University of Santa María during the period March - April-May 2015.

This is an observational, prospective, transversal, comparative, field and relational level study. For this purpose the students of VII and IX semester, in which the quality of care provided to patients and the satisfaction of the care they were assessed were formed. Descriptive statistics with absolute frequencies (No.) And relative (%) was used. To establish the relationship between the variables of interest, Kendall Tau test was used. Likewise, to establish the ranges corresponding to the quality of care, with its size, comfort and satisfaction, Stanonnes test was used.

The relationship between patient satisfaction and quality of care by the students was evident that the greater the level of quality care obtained satisfaction reached its highest percentage with 72.5%.

Consequently the hypothesis of the research has been accepted, in the sense that patient satisfaction is largely related to the quality of care provided by traffickers of the Dental Clinic UCSM

Key words: Patient satisfaction, quality of care, biosafety, attention span and performance.

INTRODUCCIÓN

La satisfacción de los usuarios es el indicador para evaluar los servicios brindados pues nos proporciona información sobre la calidad percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados.

Si bien la calidad es un término difícil de definir, debemos considerar las dimensiones que considera el usuario para definirla; se centran en la eficiencia, accesibilidad, relaciones interpersonales, continuidad, comodidad y oportunidad de la atención.

La evaluación de calidad de atención en los últimos años, meses es parte fundamental del ejercicio profesional, Ya que esto generara la recomendación. De calidad se podría dar muchos y variados conceptos.

Para poder continuar con este proyecto es necesario saber y entender el concepto de calidad. La calidad es: "El producto o servicio que satisface o sobrepasa las expectativas del cliente una y otra vez, entonces estaría en la mente del consumidor un producto o servicio de calidad".

La presente investigación pretende determinar la satisfacción del paciente respecto a la calidad de atención brindada por los alumnos del VII y IX semestre de la Clínica Odontológica.

La tesis consta de tres capítulos. En el Capítulo I, denominado Planteamiento Teórico se aborda el problema, los objetivos, el marco teórico y la hipótesis.

En el Capítulo II, se aborda el Planteamiento Operacional, que consiste en las técnicas, instrumentos y materiales, así como el campo de verificación, y las estrategias de recolección y manejo de resultados.

En el Capítulo III, se presentan los Resultados de la Investigación que involucran el Procesamiento y el Análisis Estadístico, es decir las tablas, gráficas e interpretaciones, así como la Discusión, las Conclusiones y Recomendaciones.

Finalmente se incluye la Bibliografía, la Hemerografía, Informatografía, y los Anexos correspondientes.



CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO



I.- PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Determinación del problema

Desde ya hace mucho tiempo el tema de calidad en todos los ámbitos existentes es un factor predeterminante para el cliente, básicamente es esto lo que los clientes buscan en cuestión de elección al momento de buscar algún tipo de servicio, material, implementación, etc.

En nuestro país, uno de los principios rectores de la política sectorial es la satisfacción de calidad de la atención a la salud como un derecho ciudadano en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios.

Principalmente, la satisfacción de los usuarios es el indicador para evaluar los servicios brindados pues nos proporciona información sobre la calidad percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados.

Si bien la calidad es un término difícil de definir, debemos considerar las dimensiones que considera el usuario para definirla; se centran en la eficiencia, accesibilidad, relaciones interpersonales, continuidad, comodidad y oportunidad de la atención.

La evaluación de calidad de atención en los últimos años, meses es parte fundamental del ejercicio profesional, Ya que esto generara la recomendación. De calidad se podría dar muchos y variados conceptos.

Para poder continuar con este proyecto es necesario saber y entender el concepto de calidad. La calidad es: "El producto o servicio que satisface o sobrepasa las expectativas del cliente una y otra vez,

entonces estaría en la mente del consumidor un producto o servicio de calidad”.

Durante los años que lleva brindando atención la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María a la población Arequipeña en general, que así lo requieran, a través de sus diferentes especialidades brindadas por los estudiantes integrantes de los diferentes semestres (VII,VIII,IX,X) así como los alumnos de las Segundas Especialidades.

A pesar del tiempo que la institución lleva ofreciendo a la comunidad y sus inmejorables avances estructurales, tecnológicos, científicos y prácticos que la llevan a ser una de las mejores clínicas estudiantiles odontológicas del sur del país, se desconoce el grado de satisfacción de los pacientes respecto a la calidad de atención en mención.

La calidad de atención en la Clínica Odontológica puede ser estudiada de diferentes maneras quien siempre dictaminará nuestros tratamientos será el paciente. Pero también se tendrá en cuenta que el juicio valorativo no resulta sólo del trabajo terminado sino también del proceso integral de atención y la interrelación con el personal que lo atendió.

Actualmente no existen investigaciones que determinen la eficacia de los tratamientos realizados en la Clínica Odontológica, tampoco se conoce la percepción de satisfacción en cuanto a calidad de atención, servicios, ubicación y otros aspectos sobre la Clínica Odontológica y sus alumnos, es por eso la necesidad de analizar esta situación y poder descubrir la percepción de satisfacción del paciente respecto a la calidad y así poder descartar, mantener y/o mejorar la buena práctica y atención en general del público arequipeño que acude a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María en la ciudad de Arequipa.

1.2 Enunciado

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA POR LOS ALUMNOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM DURANTE LOS MESES DE MARZO-ABRIL-MAYO DEL 2015.

1.3 Descripción del problema

a. Área del conocimiento

- ✓ **Campo** : Ciencias de la Salud
- ✓ **Área** : Odontología
- ✓ **Especialidad** : Administración odontológica
- ✓ **Línea o Tópico** : Calidad de atención

b. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADOR	SUBINDICADORES
Variable dependiente Satisfacción del Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Confort en la atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Buena • Regular • Mala
Variable independiente Calidad de Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de Atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy largo • Largo • Regular • Corto • De acuerdo • Regular • Poco de acuerdo • Desacuerdo
	<ul style="list-style-type: none"> • Bioseguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Bueno • Regular • Malo
	<ul style="list-style-type: none"> • Desempeño 	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Bueno • Regular • Malo

c. Interrogantes básicas

- 1) ¿Cuál es la satisfacción de los pacientes atendidos por los alumnos de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María durante el periodo de Marzo – Abril – Mayo del 2015?
- 2) ¿Cómo es la calidad de atención percibida por los pacientes atendidos por los alumnos de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María durante el periodo de Marzo – Abril – Mayo del 2015?
- 3) ¿Cuál es la satisfacción de los pacientes respecto a la calidad de atención brindada por los alumnos de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María durante el periodo de Marzo – Abril – Mayo del 2015?

d. Taxonomía de la Investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el nº de mediciones de las variables	Por el nº de muestras o poblaciones	Por el ámbito de recolección		
Cualitativo	Comunicacional	Prospectivo	Transversal	Comparativo	De campo	Comparativo Prospectivo	Relacional

1.4 Justificación

1.4.1 Novedad

El rasgo inédito más importante del presente estudio es investigar la satisfacción del paciente respecto a la calidad de atención brindada por los tratantes de la Clínica Odontológica de la UCSM.

1.4.2 Relevancia científica

Mediante el siguiente estudio podremos analizar e identificar los puntos críticos en la atención de pacientes por parte de los

alumnos tratantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María, el cual será de vital importancia para poder hacer un autoanálisis sobre el nivel de enseñanza y aprendizaje brindado a nuestros alumnos en los semestres denominados Pre-Clínica con los cuales ellos adquieren la capacidad necesaria para poder atender a un paciente de la mejor forma posible.

1.4.3 Actualidad

Es un tema relevante porque este estudio nos llevara a descubrir y mejorar la situación socio - competitivo en que se encuentra la clínica en relación con otras clínicas odontológicas de la ciudad y del País.

1.4.4 Factibilidad

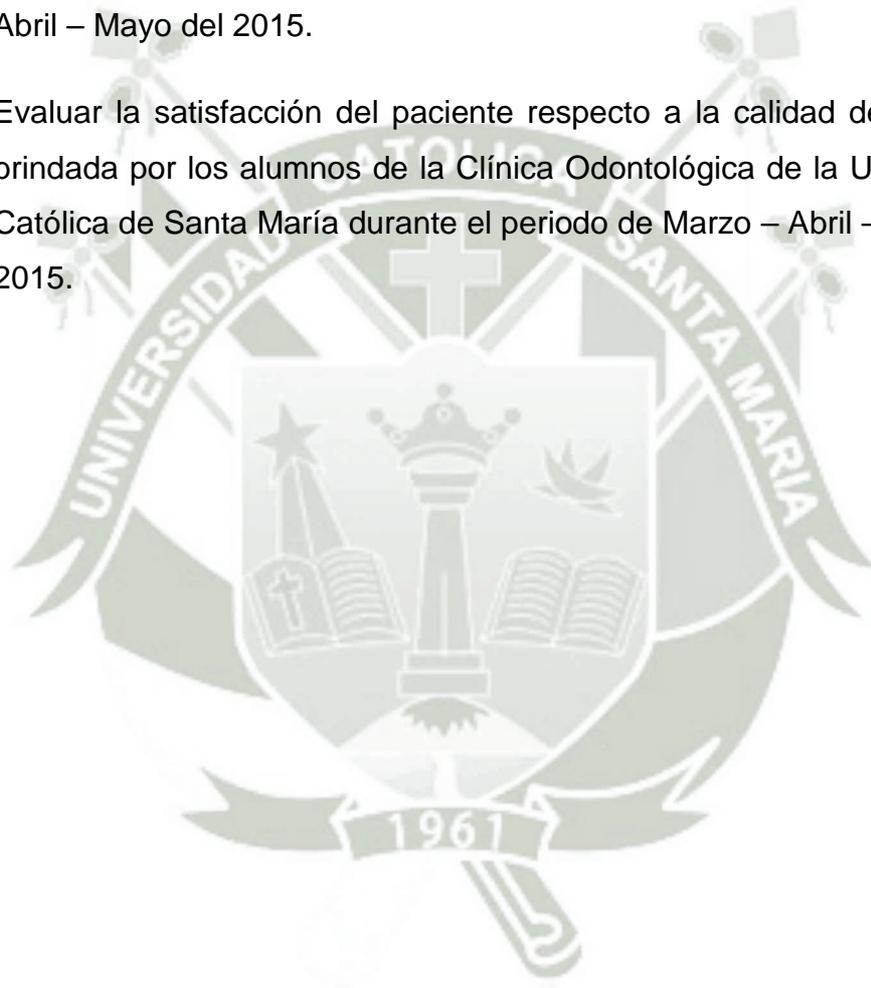
El estudio es factible de realizar por tratarse de un diseño descriptivo en el que se cuenta con la participación activa de los pacientes que asisten a la Clínica Odontológica.

1.4.5 Interés personal

Por mi desarrollo profesional, por ser un campo abierto a la investigación, por ser este un trabajo requisito para obtener el grado profesional, de esta manera deseo contribuir con las líneas de investigación de mi querida facultad de odontología de la UCSM.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Evaluar la satisfacción del paciente relacionada a la atención brindada por los alumnos de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María durante el periodo de Marzo – Abril – Mayo del 2015.
- 2.2. Evaluar la calidad de atención percibida por el paciente respecto a la atención brindada por los alumnos de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María durante el periodo de Marzo – Abril – Mayo del 2015.
- 2.3. Evaluar la satisfacción del paciente respecto a la calidad de atención brindada por los alumnos de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María durante el periodo de Marzo – Abril – Mayo del 2015.



3. MARCO TEÓRICO

3.1 Conceptos básicos

3.1.1 Historia de la calidad

3.1.1.1 Periodo primitivo

El ser humano desde siempre ha buscado la satisfacción de sus circunstancias económicas, sociales, culturales y de salud. Suficientes son las muestras del ser humano en este proceso, ¿Cuál ha sido el cliente para esta gran marcha? Cada autor tiene una respuesta. Lo económico para Carlos Marx, o las aspiraciones espirituales como lo proclaman varias regiones. Esto ha sido un elemento clave para el desarrollo de la humanidad en diferentes campos, entre ellos, la calidad.

3.1.2 La calidad

Hoy nuestras situaciones y el día a día de vida dependen totalmente de la ejecución y operación satisfactoria de productos y servicios. Esta situación ha aumentado la demanda del cliente por mayor durabilidad y confiabilidad en productos y servicios, algunos autores refieren que: “En materia de servicios, la calidad es total o no existe”.¹⁻²

El concepto de calidad varía dependiendo de la amplitud con que es enfocado es por ello que encontramos tan diversas definiciones, así tenemos: (18,6).

Según Feigenbaum. La calidad del producto y servicio se define como el resultado total de las características de mercadotecnia,

¹ KAST F, Rosenzweig J. *Administración en las Organizaciones*. Pág. 23.

² LARA NF, LÓPEZ VC, MORALES SE, CORTEZ EV. *Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tiahuauc*. Pág. 45-49.

fabricación y mantenimiento a través de los cuáles el producto o servicio en uso satisfará las esperanzas del cliente.³⁻⁴

Según Berry y col. La calidad del servicio es “ajustarse a las especificaciones del cliente”, “sólo el cliente puede apreciar la calidad del servicio, porque la calidad como la belleza está en el ojo del observador”.

Según Donabedian. “La definición de calidad podría ser” lo que cada uno quiere que sea. Algunos otros términos como “confiable”, “servicial”, “durable” o “satisfacción” en algunas ocasiones se han tomado como definiciones de la calidad del producto. Estos términos son en realidad características individuales que en conjunto constituyen la calidad del producto o servicio.⁵

Con el fin de uniformizar los criterios relativos en cuanto a la calidad se creó la International Organization for Standardization, que es una organización que emite normas técnicas denominadas International Standard ISO- 9000.

El Organismo Internacional de Normalización ISO, en su norma 8420 definió la calidad como el total de características de una entidad que le confiere la capacidad para satisfacer necesidades explícitas e implícitas. La calidad es valorativo porque cada quien puede tener su propio concepto. Los que no pueden tener su criterio particular es quien vende o entrega un bien o servicio. Finalmente los clientes y/o usuarios son quienes deben fijar el contexto y contenido de lo que quieren recibir con calidad.

Existen diferentes definiciones de calidad, algunas de las más importantes son: calidad es preferencia por los clientes, calidad es hacer las cosas correctas de la manera correcta y llevar a cabo

³ KAST F, ROSENZWEIG J. Ob. Cit. Pág. 12.

⁴ LARA NF, LÓPEZ VC, MORALES SE. Ob. Cit. Pág. 45-49.

⁵ DONABEDIAN A. *A founder of quality assessment encounters a troubled system firsthand.* Pag. 56.

continuos perfeccionamientos, calidad es cumplir los compromisos, calidad es satisfacción de los clientes.

Hay cuatro bases que soportan una buena gestión de la calidad en cualquier tipo de organización. Ellas son:

1. La calidad es una actitud de todas las personas que se involucran en un servicio. Esta actitud implica ser humildes y reconocer que todo es susceptible de mejorarse.
2. La calidad conlleva tener claro que las organizaciones hospitalarias existen porque hay seres humanos y una comunidad que requieren de ellas: esa es la razón prioritaria de ser de sus acciones. Otras actividades como las de docencia y la investigación, necesariamente están subordinadas a la anterior.
3. No basta la buena voluntad, es necesario conocer hechos y datos acerca de qué nivel de satisfacción está generando el servicio y cómo se comportan los procesos de gestión. La calidad debe ser medida, evaluada y mejorada.
4. La calidad no es el resultado del azar, la calidad se plantea y se construye durante el proceso de prestación del servicio. Es necesario clarificar que localización y los procesos de auditoría y garantía de la calidad no tienen como fin último sancionar a las personas que estén involucradas en la prestación de un servicio. Una buena regla relacionada con los procesos de calidad y mejoramiento donde lo fundamental es involucrar a las personas, es la reflejada en la siguiente secuencia:
 - Primero: educar
 - Segundo: motivar
 - Tercero: sancionar

Se entiende por calidad en la prestación de los servicios de salud, las características con que se prestan dichos servicios la cual está determinada por la estructura y los procesos de atención que deben buscar optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario. La calidad técnica en los servicios de salud, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgo y beneficios.⁶⁻⁷

Calidad en salud, sentida en los servicios de salud, es decir, “la que está en la subjetividad de los usuarios y debe ser explicada y expresada por ellos; corresponde a la satisfacción razonable de su necesidad luego de la utilización de los servicios”. (OPS – 1994).⁸

“Se dice que hay calidad en la prestación de los servicios de salud, cuando los atributos contenidos en dicha prestación, hacen que la misma sea oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

El concepto de la calidad ha cambiado a través de los tiempos y muchos consideran que lo importante del concepto como filosofía es el de satisfacer las necesidades del consumidor, aspecto en el que no todos estamos de acuerdo porque el usuario no siempre es consciente de la calidad y actúa bajo la manipulación de la propaganda. El grado de calidad y de la satisfacción del cliente depende de la cultura, de la capacidad de pago, de la calidad demandada, calidad diseñada y calidad realizada.

⁶ LYANDRA R. *Administración de los Servicios de Salud*. Pág. 42-43.

⁷ MUZA R, MUZA P. *Satisfacción del paciente con tres especialidades dentales*. Pág. 12-17.

⁸ LARA NF, LÓPEZ VC, MORALES SE, CORTEZ EV. Ob. Cit. Pág. 45-49

La calidad se asocia con un estándar de alto costo, pero no siempre es cierto. Su valor está relacionado más a las propiedades inherentes del producto o servicio. La calidad cuesta a pesar de que se diga que no cuesta, paradigma que usualmente se comenta en los libros con el fin de insistir en su importancia. La calidad cuesta pero que su costo a mediano plazo termina siendo mucho menor que la falta de calidad de allí que es importante en invertir en su desarrollo.⁹

La calidad solo se podrá determinar mediante un juicio, el cual determinara si es mala o buena, de tal manera que puede ser mala desde el punto de vista del confort o de la calidad humana. Solo interrelacionando los diferentes contextos se puede generar un juicio de valor final.

Los administradores están más predispuestos a medir la cantidad de los servicios que su calidad. El deseo de cumplir con metas en cuanto a la cantidad o volumen de actividades ha sesgado la evaluación con la valoración del desempeño basado en el concepto cuantitativo.¹⁰

3.1.3 Modelos de calidad

Existen dos modelos dentro del concepto de calidad, el modelo industrial y el de servicio de salud. Donabedian señala sus características:

“Una característica que distingue el modelo industrial es su enfoque en el consumidor como el árbitro final de la calidad. Es el consumidor quien, en último término, decide si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. El objeto no sólo es alcanzar la satisfacción del consumidor sino

⁹ CONDE J, LAZARA A. Ob. Cit. Pág. 45.

¹⁰ Ibid. Pág. 47.

también lograr su entusiasmo, su confianza y su fidelidad futura”.¹¹⁻

12

- En el modelo industrial existe, un interés continuo en conocer los deseos de los consumidores y traducirlos en características concretas de los productos. Los costos forman parte de la definición de calidad, porque en la mente del cliente, precio y calidad están interrelacionados. De esta forma, el control se convierte en un elemento necesario para asegurar la satisfacción del usuario y en consecuencia, para generar ventas y éxito financiero.¹³⁻¹⁴
- En el modelo de atención a la salud se encuentran semejanzas y diferencias importantes. Una similitud es la obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables. Para ello y de una forma aún más importante que la postulada en el modelo industrial, se valoran las preferencias del paciente informándole tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención en salud.¹⁵

3.1.4 La calidad total

La calidad total es el conjunto de filosofías, métodos y estrategias para que una empresa se movilice y produzca calidad a través de la satisfacción del cliente. Es un esfuerzo mancomunado, una estrategia global de gestión, con direccionamiento preciso hacia una mejora continua de todos los procesos que tiene la empresa para producir los servicios o productos. Si se mirara históricamente

¹¹ DONABEDIAN A. Ob. Cit. Pág. 137-141.

¹² CORDERA A; BOBERIETH M. *Administración de Sistemas de Salud*. Pág. 36.

¹³ Ibid. Pág. 52.

¹⁴ AREDONDO A. *Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socioeconómico*. Pág. 397-408

¹⁵ DONABEDIAN A. Ob. Cit. Pág. 137-141.

el desarrollo de los conceptos, desde 1920, de la gestión de la calidad se podrían identificar tres grandes enfoques:¹⁶

- **El control de la calidad** como el conjunto de técnicas y actividades operativas para verificar el cumplimiento de unas especificaciones de un producto o un servicio no ajustadas al cliente.
- **El aseguramiento de la calidad** como un conjunto de estrategias sistemáticas realizadas para brindar la confianza de que un producto o servicio, tenga los elementos y requisitos necesarios para satisfacer las necesidades del cliente de manera prioritaria. Este enfoque requiere de un manual de calidad con procedimientos, funciones e instrucciones técnicas para las diferentes actividades, que debe ser revisado por las auditorías.¹⁷
- **Principios de la calidad total:** hoy en día calidad total es el compendio de las mejores prácticas en la gestión de organizaciones tales como:
 - **Liderazgo:** la calidad total es una estrategia porque se trata de dirigir y coordinar acciones bajo una orientación para conseguir la eficacia de la organización.
 - **Orientación hacia el cliente:** frente a este planteamiento estratégico surge el modelo de gestión de calidad total que hace trabajar a toda la organización en la búsqueda de la satisfacción del cliente.
 - **Responsabilidad compartida:** como es la participación de todos los actores, la calidad total se identifica como

¹⁶ DAYAL GH, *Identifying health care quality constituents: Service providers` perspective*. Pág. 18-28.

¹⁷ CORDERA A; BOBERIETH M. Ob. Cit. Pág. 49.

responsabilidad de todas las personas de la organización.

- **Aplicación de mejora continua:** toda organización está inmersa en un sistema o cadena y las debilidades de cualquiera de los eslabones repercute negativamente en otros elementos de la misma, lo que nos sugiere una estrategia de mejoras que deben ser aplicadas de manera sistemática. Shewhart definió la mejora continua como un ciclo de cuatro fases PDCA (siglas en inglés) o PHVA en español obtenido de las palabras Plantear, Hacer, Verificar, Actuar:
 - ✓ Plantear: describir que quiere hacer, las políticas y objetivos.
 - ✓ Hacer: Hacer lo que se ha decidido en la fase plan.
 - ✓ Verificar: analizar los resultados: comprobar los resultados, comparándolos con los objetos marcados.
 - ✓ Actuar, ajustar y decidir lo que hay que mantener y lo que hay que corregir.^{18,19}

3.1.5 Gestión de la calidad

La gestión de la calidad es aquel aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de calidad. Comprende tres procesos: planificación, organización y control. Juran prefiere desarrollarla a través de las tres fases de su trilogía: planificación, control y mejora de la calidad.²⁰

- Planificación de la calidad: constituye el proceso de definición de las políticas de calidad, generación de los objetos y

¹⁸ ZLATAR SM. *Administración en atención de la salud*. Pág. 103-104.

¹⁹ MARYAM R, JAHANGAIR H, ARASH S, ALI K. *Qualitative assessment of the dental health services provided at dental school in Kerman*. Pág. 377-380.

²⁰ LUZZI L, SPENCER J. Factors influencing the use of public dental services: An application of the theory of planned Behavior. Pág. 2-14.

establecimiento de las estrategias para alcanzarlos. Es la actividad destinada a determinar quiénes son los clientes y cuáles son sus necesidades, además de desarrollar los procesos y productos requeridos para satisfacerlas y transferirlos a las unidades operativas.²¹

- La organización para la calidad: es el conjunto de la estructura organizativa, los procesos y los recursos establecidos para gestionar la calidad. Es la división de funciones, tareas y su coordinación.
- El control de la calidad: abarca las técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad. Consiste en determinar si la calidad de la producción se corresponde con la calidad del diseño. Es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre la diferencia.²²
- La mejora de la calidad: supone la creación organizada de un cambio ventajoso. No es sólo eliminar los picos esporádicos de la mala calidad, objeto del control, sino un proceso planificado de búsqueda del perfeccionamiento y de la excelencia.²³

3.1.6 Sistema de la calidad

Es el conjunto de la estructura de la organización; las responsabilidades, los procedimientos, los procesos y los recursos de que se dispone para llevar a cabo la gestión de la calidad. Es el conjunto de los planes formales de calidad.

²¹ STONER J, Gilbert D. *Administration*. Pág. 369-599.

²² CAPON N. *Institutional change in delivery of dental services: A marketing perspective*. Pág. 679-680.

²³ *Ibid.* Pág. 679-680

- El manual de calidad: es el documento utilizado en la descripción e implantación del sistema de calidad. Es aquí donde se establecen las políticas, sistemas y prácticas de calidad de una empresa.²⁴
- La garantía de calidad o sistema de aseguramiento de la calidad, comprende el conjunto de acciones, planificadas y sistematizadas, necesarias para infundir la confianza de que un bien o servicio va a cumplir los requisitos de calidad exigida. Incluye el conjunto de actividades realizadas por la empresa dirigida a asegurar que la calidad producida satisfaga las necesidades del consumidor.²⁵

3.1.7 La calidad y el enfoque de sistemas

- **Salud y sistemas**

En la actualidad se considera que la calidad de los servicios de salud es una idea concreta susceptible de ser medida y que se puede descomponer en diferentes variables. Una aproximación a su estudio, medición y mejoramiento es el enfoque en sistemas.^{26_27_28}

La complejidad de los fenómenos de salud que se encuentra ligada a las también complejas estructuras organizaciones de las entidades prestadoras de servicios de salud y de aquellas que controlan la actividad humana, social, económica y

²⁴ LIPSCOMB J, Douglass CW. *A political economic theory of the dental care market*. *AJPH*. Pág. 56.

²⁵ Ibid. Pág. 665-675

²⁶ BLANCO J, MAYA J. *Fundamentos de salud pública. Administración de servicios de salud*. Pág. 78.

²⁷ COHEN CA, HARRIS SL, BONITO AJ, MANSKI RJ, MACEK MD, EDWARDS RR, KHANNA N, PLOWDEN KO. *Low-Income and minority patient satisfaction with visits to emergency departments and physician offices for dental problems*. Pág. 2-13

²⁸ LLANOS F, ROSAS A, MENDOZA D, CONTRERAS C. *Comparación de las escalas de Likert y vigesimal para la evaluación de satisfacción de atención en un Hospital del Perú*. Pág. 52-57.

ambiental, obligó a buscar métodos integradores para identificar y manipular las interrelaciones del hombre con su salud.

Algunos autores han sostenido que de manera tradicional como se estudian estas relaciones no permiten analizar toda la complejidad de los conceptos de salud. Una visión sistémica de la calidad de la salud y de cómo se prestan los servicios, permite identificar las relaciones de los diferentes elementos y cuál es el peso de cada uno de ellos en el proceso. Este es uno de los aportes de la teoría de sistemas en el manejo de los problemas de salud.²⁹

- **El sistema de garantía de la calidad:** La calidad de los servicios ofrecidos y datos a un paciente han sido objeto particular de estudio, el enfoque de sistemas, con algunas variaciones ha sido importante para conocer y plantear alternativas que permitan asegurar la prestación adecuada de estos o el conocimiento de sus desviaciones cuando no se prestan con los criterios requeridos.

Se tratarán aquí los conceptos generales del enfoque de sistemas, dado que estos aspectos globales han ayudado a la planificación y adopción de políticas determinadas y han orientado la política en la prestación de servicios de algunos “Sistemas Naturales de Salud”.

- **Los atributos de la calidad:** Varios atributos de la calidad se han identificado y los auditores de calidad han hecho esfuerzos para su medición. Se pueden determinar según el esquema sistémico de entradas, estructuras (oferta y demanda), procesos, salidas (resultados, impacto) y

²⁹ LLANOS F, ROSAS A, MENDOZA D, CONTRERAS C. Ob. Cit. Pág. 67.

procesos de retroalimentación (control). Algunos de estos se describen a continuación:³⁰

- **De estructura:** Los elementos de oferta y demanda, normatividad y todas aquellas variables que influyan directamente en el sistema. Los de mayor uso e manera continua por los auditores, pero no los únicos, son la infraestructura física, la dotación, los recursos humanos, la organización empresarial con la estructura orgánica, y las funciones de las diferentes reparticiones y funcionarios.
- **Adecuación:** Hace referencia a la relación entre los recursos (oferta) de la empresa o centro de atención, con respecto a la demanda de los usuarios. Son adecuados cuando estos dos elementos se encuentran en equilibrio. Algunos autores discriminan entre:

Adecuación funcional: cuando el instrumento cumple la función para la cual fue establecido.

Adecuación técnica: cuando la tecnología con que cuenta la institución es la adecuada para el manejo de la patología más frecuente; en una empresa es cuando se cuenta con la tecnología para elaborar los productos.³¹

Adecuación de volumen: cuando los recursos (oferta) de la empresa o centro de atención en salud, son suficientes para atender a la población asignada.

³⁰ GARCÍA CZ, CHENGUAYEN MG, MORMONTOY WL. *Satisfacción del usuario con los servicios odontológicos de atención primaria recibidos y factores socio-demográficos asociados*. Pág. 7-3

³¹ BERNUY T. *Calidad de la atención en la Clínica Central de Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Pág. 76.

- **Accesibilidad geográfica y física.** Es la disponibilidad geográfica para que el usuario pueda acceder a este fácilmente. No debe quedar en espacios que no brinden seguridad o sean lejanos para el usuario. Cada entidad discute, según sus condiciones, la lejanía en tiempos de acceso, se supone que no puede ser mayor de una hora y media para la atención básica. También hace referencia a la seguridad de las instalaciones internamente, de tal manera que por ejemplo en un hospital la consulta externa no puede quedar en un cuarto piso en donde no existe ascensor.³²
- **Comodidad o confort.** Cuando las instalaciones físicas cumplen las normas arquitectónicas de adecuación física como ventilación, área suficiente, privacidad, ruido, limpieza y un ambiente humano agradable.
- **Trato humano.** Hace referencia al manejo que el cliente interno debe tener con el cliente externo y en particular con el usuario, con el fin de proporcionarle la información adecuada de manera amable y respetuosa para ofrecer al usuario un ambiente de confianza y seguridad.³³
- **De proceso.** Los atributos que hacen referencia al proceso se refieren a las interrelaciones de las actividades y pueden catalogarse, de origen administrativo o asistencial. Ha existido un gran interés en la parte administrativa olvidándose la parte asistencial, error que debe ser corregido.³⁴
- **Accesibilidad.** Es la disponibilidad de los recursos institucionales y la definición de los procedimientos que

³² WANN-YIH W, SHIH-WEN H, HSING-PING K. *Fuzzy Set Theory Based Decision Model for Determining Market Position and Developing Strategy for Hospital Service Quality*. Pág. 439–456

³³ Ibid. Pág. 439–456

³⁴ ACADEMIA ESPAÑOLA. *DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA*. Pág. 124.

garantizan que los usuarios obtengan los servicios de salud que requieren, dentro del marco de las responsabilidades legales de cada entidad. También se refiere a la posibilidad de obtener un servicio de salud según se disposición geográfica o su costo. Cada sistema o servicio establece sus propios parámetros.

- **Continuidad.** Es mantener la secuencia lógica, permanente y sin interrupciones de todas las acciones necesarias para brindar atención a un usuario con problemas o necesidad de salud, bajo el cuidado de un profesional o de un equipo de profesionales. Se puede considerar como equipo de profesionales a todos aquellos que interviene en su atención sin importar el nivel de complejidad.

Cuando los sistemas de atención se estructuran por niveles de atención según complejidad creciente, es difícil conservar la continuidad entre los tres niveles, por lo tanto se pretende establecer procesos que aseguren una rápida atención en los diferentes niveles y que a pesar de cambiar de profesionales se garantice una prestación del servicio de manera secuencial.³⁵

- **Integralidad.** Es la atención amplia de la salud en sus aspectos de promoción y fomento de la salud, protección específica, diagnóstico y tratamiento oportuno, delimitación del daño y rehabilitación de la enfermedad. De tal manera que al paciente se le maneje como un todo y no desde el punto de vista parcial.
- **Suficiencia.** Es la disposición, organización de suministros y recursos para atender de manera integral las necesidades

³⁵ PRESTON A, LITTLETON J. *Toward a Theory of the Dental Care Market: A Critique*. Pág. 676-678

de salud de los usuarios, de tal manera que no exista ausencia de elementos que impliquen la atención para la recuperación de su salud. Implica que no se deben recibir atenciones innecesarias, así correspondan a tecnologías de punta, que no mejoren el resultado final.

- **Racionalidad** lógico científica. (Racionalidad técnica) es la correcta utilización del conocimiento en salud y de la tecnología biomédica en un momento para resolver un problema específico con los criterios de enfoque lógico (eficiencia en el uso de la información para la toma de decisiones) y óptimo (eficacia, eficiencia y efectividad en el uso de los recursos) para atender una necesidad en salud.³⁶
- **Atención humanizada.** Es el respeto a los pacientes según los derechos humanos en general y de los derechos de los pacientes en particular y la manera como debe efectuarse con calidez y ternura, que tenga en cuenta sus individualidades culturales y religiosas.
- **Pertinencia, seguridad, idoneidad y competencia profesional.** Son tres indicadores que señalan la correspondencia óptima entre requerimientos, procedimientos y resultados alcanzados, la prestación de servicios de salud bajo condiciones que minimicen los riesgos para la salud de los usuarios y el conjunto de conocimientos y habilidades necesarias para la prestación de un servicio de salud, concordante con el tipo y complejidad del servicio prestado.³⁷
- **Eficiencia y eficacia.** La eficiencia “es una habilidad para minimizar el uso de recursos en el logro de los objetivos

³⁶ GARCÍA CZ, CHENGUAYEN MG, MORMONTOY WL. Ob. Cit. Pág. 7

³⁷ CORDERA A; BOBERIETH M. Ob. Cit. Pág. 34.

organizacionales: hacer las cosas correctamente” (Stoner 1994) y la eficacia es la habilidad para determinar objetivos apropiados: “Hacer las cosas correctas” (Storner, cit)³⁸

- **De resultados.** Satisfacción del cliente externo e interno e impacto. Busca lograr la complacencia tanto del cliente externo, trabajadores de la entidad y profesionales que prestan los servicios, como del cliente interno, paciente, con respecto a los procesos de la prestación de servicios de la institución. Mientras que el impacto son los resultados que se obtuvieron con respecto a lo esperado.³⁹
- **Garantía de la calidad.** Se entiende el concepto garantía como cosa que protege contra algún riesgo o necesidad o como responder a la calidad de algo. Garantía de calidad es el término para identificar cualquier esfuerzo tendiente a incrementar beneficios, evitar y minimizar riesgos.

La gestión de la calidad es un aspecto operacional de la garantía de la calidad. El sistema de garantía de calidad en los prestadores de servicios de salud tiene algunas características propias, algunas de ellas son las siguientes:

- ✓ Cumplimiento de requisitos mínimos
- ✓ Diseño y ejecución de un plan para el mejoramiento de la calidad.
- ✓ Desarrollo de un sistema de información.
- ✓ Procesos de auditoria médica.

³⁸ ZLATAR SM. Ob. Cit. Pág. 103-104.

³⁹ CALERO J, RODRÍGUEZ L, BARRETO J. La calidad y el mejoramiento continuo: claves en el éxito del ejercicio profesional en odontología. Pág. 11-27.

- ✓ Procesos para evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que se presenten.

La garantía de la calidad, en un sentido amplio, está compuesta por dos elementos;

1. El diseño del sistema, incluye las características del sistema de atención que se considera contribuyen a la calidad.
2. El monitoreo del desempeño.

El autor Donavedian señala: “es importante señalar que el diseño del sistema y el monitoreo del desempeño son dos componentes inseparables y de apoyo mutuo de la garantía de la calidad. No es probable que el monitoreo resulte efectivo en un sistema permeado por incentivos perversos. Al mismo tiempo, sin monitoreo no es posible conocer el desempeño del sistema ni como mantenerlo dentro de un determinado curso suponiendo que presentara desviaciones en su desempeño. Para usar una metáfora familiar, el diseño del sistema es el auto y al monitoreo, su mecanismo de dirección.”⁴⁰

- **Sistema de garantía de la calidad.** El Sistema de garantía de la calidad es el conjunto de instituciones, normas y requisitos que deben cumplir sus integrantes para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio a un costo razonable y con el menor riesgo posible; se constituyen un método sistemático, planificado y continuo para medir, monitorear y mejorar la calidad con el fin de incrementar los

⁴⁰ PRESTON A, LITTLETON J. Ob. Cit. Pág. 676-678

beneficios y evitar riesgos para la población a partir de los recursos existentes.⁴¹⁻⁴²

3.1.8 Calidad en el servicio hospitalario

3.1.8.1 Administración general

Se entiende por administración al proceso de diseñar y mantener un entorno en el que, trabajando en grupos, los individuos cumplen eficientemente objetivos específicos. Esta definición básica debe considerar los siguientes aspectos:

- Cuando se desempeñan como administradores, los individuos deben ejercer las funciones administrativas de planificación, organización, comunicación, dirección y control.
- La administración se aplica a todo tipo de organización. Se aplica administración a todos los niveles.
- La intención de todos los administradores es la misma, generar superávit.
- La administración persigue la productividad, lo que implica eficacia y eficiencia⁴³

3.1.8.2 Enfoques de la administración según escuelas

a) Escuela del Proceso Administrativo

También llamada Escuela Operacional, Funcional, Universal, Tradicional o Clásica. Su fundador es Henry

⁴¹ CAÑADAS O, SÁNCHEZ B. *Categorías de respuesta en Escalas Tipo Likert*. Pág. 623-633

⁴² BLANCO J, MAYA J. Ob. Cit. Pág. 67.

⁴³ COBRA, M. *Marketing de Servicios. Estrategias para turismo, finanzas, salud y comunicación*. Pág. 78.

Fayol considerado el Padre de la Administración Moderna. Este enfoque identifica las funciones administrativas y luego establece los principios. Las cinco funciones de la administración identificadas fueron: planificación, organización, dirección, comunicación y control.^{44,45}

b) Escuela Cuantitativa o Científica de la Administración.

Su mayor representante es Frederick W. Taylor, plantea que los modelos matemáticos y procedimientos cuantitativos podrían servir como base a la administración. Debido a este enfoque se condujo a la elección de los mejores métodos para desarrollar las tareas, selección de trabajadores más calificados y su capacitación. Se plantea, también, que los trabajadores debían ser motivados con premios económicos para que aumenten su productividad. La extensión natural de esta escuela es la Investigación de Operaciones que emplea técnicas de construcción de modelos matemáticos puros para resolver problemas administrativos.⁴⁶

c) Escuela Conductual.

Presta principal atención al elemento humano. Entre los principales representantes se encuentra Hugo Musnsterberg. Esta escuela plantea que la elevación de la productividad se debía a factores sociales como la moral de los empleados, la existencia de interrelaciones

⁴⁴CAÑADAS O, Sánchez B. *Categorías de respuesta en Escalas Tipo Likert*. *Psicothema*. Pág. 623-633

⁴⁵ ACADEMIA ESPAÑOLA, Ob. Cit. Pág. 184.

⁴⁶ PRESTON A, LITTLETON J. Ob. Cit. 676-678.

satisfactorias entre los miembros del grupo de trabajo (sentido de pertenencia) y la eficacia de la administración. Postula un tipo de administración capaz de comprender el comportamiento humano, especialmente el campo grupal, y de favorecerlo mediante habilidades interpersonales como la motivación, la asesoría, la dirección y la comunicación.⁴⁷

d) Escuela del Enfoque de Sistemas en administración

Ludwing von Bertalanffy, biólogo y filósofo, es considerado como el fundador de la teoría de sistemas. Afirma que todas las partes están interrelacionadas y son interdependientes para formar un todo. Un sistema se compone de subsistemas relacionados o dependientes entre sí formando un todo unitario.⁴⁸

Desde el punto de vista operativo las entidades dadoras de servicios de salud son entidades que llevan a cabo funciones complejas. Sólo un enfoque basado en el análisis de sistemas permitirá examinar detenidamente la serie de circunstancias que intervienen en la prestación de los servicios. Una variable que interactúa con otra produce una reacción en cadena en el sistema entero.⁴⁹

⁴⁷ACOSTA L, BURRONE MS, LÓPEZ DE NEIRA MJ, LUCHESE M, COMETO C, CIUFFOLINI B, et al. *Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba Argentina*. Pág. 1-13.

⁴⁸ LIPSCOMB J, DOUGLASS CW. Ob. Cit. Pág. 665-675

⁴⁹ COHEN CA, HARRIS SL, BONITO AJ, MANSKI RJ, MACEK MD, Edwards RR, Khanna N, Plowden KO. Ob. Cit. Pág. 2-13.

3.1.9 Administración en salud

La prestación de un servicio en salud consiste en una interacción entre un personal de salud y un paciente. El objetivo de esta interacción es mantener, restaurar y promover la salud.

Se debe tener presente que el sistema de atención en salud existe para beneficiar al paciente y que todas las funciones que lleve a cabo, sea de financiamiento, administración, tecnología, educación, de investigación, etc. se derivan de esa premisa. Por esta razón cualquier esfuerzo que se haga tiene que relacionarse con el beneficio que reporte a la atención del paciente.

Los servicios en salud se pueden clasificar en tres grupos:

- **Preventivos.-** Tienen como finalidad detectar y tratar padecimientos en estadíos tempranos. Si no se cuenta con el tratamiento se aplican medidas de control.
- **Curativos.-** Se dirigen al tratamiento de enfermedades orgánicas o mentales, consecuencia de su exposición a riesgo físico o biológico y que resultan dañinos al hombre.
- **Rehabilitadores.-** Se enfoca en reducir el grado de incapacidad. Los servicios de salud, sea cual fuere su área especializada no están exentos de ser analizados desde el enfoque de la administración debido a que básicamente constituyen organizaciones. Es por ello que en los últimos tiempos se ha tratado de profundizar el análisis en este campo.

50

⁵⁰ BERNUY T. *Calidad de la atención en la Clínica Central de Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Pág. 79.

Para un mejor entendimiento de la administración en salud se puede utilizar el enfoque de sistemas, ya que se considera que cada parte esta interrelacionada con las demás. Por ejemplo:

- La enfermedad que sufre el paciente.
- La capacidad de su médico para identificar los aspectos curables de su enfermedad y elaborar el plan de tratamiento.
- Las órdenes pertinentes y oportunas que se basan en un buen plan terapéutico.
- La transcripción de las órdenes del médico en fórmulas convenientes y su transmisión a los departamentos.
- Recibo de la orden por el departamento y ponerla en práctica todo con una cadena de comprensión de la orden.
- Disponibilidad del equipo idóneo para el servicio.
- Disponibilidad del personal con suficiente preparación y tiempo para prestar el servicio.
- El grado de disponibilidad de otros departamentos así como la disponibilidad del paciente.
- Abstracción de los datos objetivos sobre los resultados que da el servicio en el enfermo.
- La retroalimentación que recibe el médico acerca de los resultados, de modo que modifique el plan terapéutico cuando sea necesario⁵¹

La Organización Panamericana de Salud ha establecido algunos de los factores principales que entorpecen el proceso de la planificación de servicios de salud en América Latina:

- **Factores Intrínsecos**

La planificación muchas veces no pasa del diagnóstico de la situación; se carece de información necesaria por falta de un

⁵¹ ESTRADA VV, HIDALGO CR, *Estrategia de intervención para mejorar la calidad del servicio estomatológico de urgencias*. Pág. 1-13.

sistema adecuado. Existe un vacío entre el nivel de planificación y el operativo debido a la falta de comunicación.

Falta de preparación previa del nivel operativo; se intenta resolver más problemas de los que razonablemente es posible. La competencia entre el nivel planificador y el político en cuanto a las decisiones provoca desconfianza y resistencia.

- **Factores Extrínsecos**

Alto grado de inestabilidad política e institucional; Crisis económica local y general, falta de coordinación intersectorial. Falta de decisión del nivel político para apoyar e impulsar un proceso de planificación, previo a cualquier análisis y desarrollo del concepto de la calidad en el servicio hospitalario, es necesario estar de acuerdo con que ella no solo es una necesidad, sino que es una prioridad. La organización hospitalaria hoy en día es bastante compleja, no únicamente desde la perspectiva de los objetivos que le dan la razón de ser a su existencia, sino por los elementos que a ella la conforman y las características de su funcionamiento: profesionales de múltiples disciplinas, alta tecnología, trabajo multidisciplinario e interdisciplinario, requerimiento de inmediatez, alta contingencia, altos flujos de información, alto nivel de interdependencia entre las diferentes áreas, diversidad de insumos, variedad de tecnología, alta complejidad de la tecnología, diversidad de los procesos, alto nivel de exigencia de los usuarios, etc.⁵²

Lo anterior sumado al actual escenario que rodea al hospital y compuesto por seis variables, a saber: los cambios demográficos, los recientes y crecientes avances técnicos-

⁵² BERNUY T, *Calidad de la atención en la Clínica Central de Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Pág. 35.

científicos, las expectativas crecientes del individuo y de la comunidad en todo lo que se refiere a los servicios de salud, las expectativas crecientes de los profesionales que siempre buscan dar más y perfeccionar sus destrezas, los costos crecientes de los servicios de salud y recursos financieros limitados, tanto públicos como privados, hacen de la calidad de servicio hospitalario un hecho de enorme transcendencia.

Carlson Marketing Group Research nos presenta las siguientes estadísticas relacionadas con la mala calidad del servicio:

- El 72% de los vendedores piensan que sus clientes desean recibir un mejor servicio.
- El 86% de los clientes cambiarían por un mejor servicio.
- El 91% de los clientes no volverán si reciben un mal servicio.
- El 83% de los clientes cambia y no protesta.
- Conseguir un nuevo cliente es 5 a 6 veces más costoso que mantener uno actual.
- Un cliente satisfecho lo dice un promedio de 5 veces.
- Un cliente insatisfecho lo dice un promedio de 12 veces.
- Un 5% de incremento en la fidelidad del cliente puede producir un aumento de beneficios entre el 25% y el 85%.

Definición y componentes de la calidad para los servicios de salud

Los componentes que confluyen para una visión integral de la calidad y que aplican a las organizaciones de bienes y servicios, son cinco. Estos componentes son: la calidad intrínseca, los costos, la atención o nivel de servicio, la seguridad y la motivación

o disposición de los empleados. Basados en estos elementos se construye la satisfacción de los clientes, es decir la calidad total.⁵³

La sola satisfacción del paciente no basta con el logro de la calidad, ya que dadas sus obvias limitaciones de conocimiento frente a lo que puede y no puede esperar de una determinada atención, no siempre estará en capacidad de juzgar en forma objetiva los buenos resultados de ella.

El nombre de total con el cual se acompaña la palabra calidad se deriva de esta concepción más amplia, donde no solo existe preocupación por la calidad intrínseca del producto o servicio. El nombre de total también se deriva de otras connotaciones y es que para su logro es necesario involucrar en forma global a la organización, incluir a los proveedores de los insumos requeridos para la elaboración del producto o la prestación del servicio, darle una importancia mayor al cliente en cuanto a la participación, inclusive en el diseño del producto o servicio y que su logro, es un asunto de “toda la vida”.

Para los servicios de salud una buena definición de calidad la ha desarrollado Donabedian. De acuerdo con este autor, la calidad es una propiedad de los servicios de salud que puede ser alcanzada en diversos grados y que incorpora la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención con los menores riesgos para el paciente. Los beneficios deben entenderse en función de los avances recientes de las ciencias médicas y de la tecnología disponible, e igualmente estos beneficios están condicionados por los valores éticos⁵⁴

⁵³ ARANGUREN IZ. *Medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del instituto de prevención del profesorado de la Universidad central de Venezuela durante el último trimestre del 2004*. Pág. 1-5.

⁵⁴ CAVAZOS AR, *¿Puede medirse la calidad en el servicio?*. Pág. 43-54

Dos aclaraciones necesarias para comprender adecuadamente el anterior concepto de la calidad, son:

Dado lo complejo y cambiante de la ciencia y la tecnología, es necesario establecer consensos (estándares) sobre los resultados esperados de una determinada atención. Estos estándares los establecen los peritos en materia y deben ser verificados de manera objetiva e impersonal.

La sola satisfacción del paciente no basta con el logro de localidad, ya que dadas sus obvias limitaciones de conocimiento frente a lo que puede y no puede esperar de una determinada atención, no siempre estará en capacidad de juzgar en forma objetiva los buenos resultados de ella.⁵⁵

Existen dos dimensiones de la calidad de los servicios de salud: la dimensión técnico-científica y la dimensión de servicio. Se define servicio como la interrelación de una persona, con un bien y con otra persona, con el fin de satisfacer algunas necesidades. Estas dos dimensiones no son incompatibles con los cinco componentes tradicionales de localidad total. La dimensión técnico-científica se asimila a la calidad intrínseca y a la seguridad de los servicios de salud; la dimensión de servicio está representada por igual pilar en uno y otro concepto. El componente costo al estar relacionado con la accesibilidad y cobertura de los servicios, necesariamente está afectando la percepción de calidad. El componente de motivación afecta tanto a la dimensión técnico-científica como a la de servicio.⁵⁶

3.1.10 Relación de la calidad y de la cantidad de los servicios

La calidad y la cantidad de los servicios son dos conceptos que necesariamente van uno al lado del otro y deben ser tenidos en

⁵⁵ KAST F, ROSENZWEIG J. Ob. Cit. Pág. 70.

⁵⁶ ACADEMIA ESPAÑOLA, Ob. Cit. Pág. 34.

cuenta de manera sinérgica, ya que se influyen de manera recíproca⁵⁷

En lo que se refiere a la cantidad de servicios que se le brinda a una determinada persona, puede suceder que si su cantidad es superior a la estrictamente requerida, ello puede conducir a riesgos innecesarios sobre esa persona (por ejemplo, una estancia hospitalaria prolongada es de mayor riesgo para adquirir infección), aumentar los costos de su atención y a reducir la accesibilidad de otras personas a estos servicios, lo que a su vez genera riesgos u aminora beneficios sociales. Igualmente si la cantidad de servicios que se le brindan a una persona es inferior a los por ella requeridos, también es claro la disminución de los beneficios y el aumento de riesgos, con el consecuente deterioro de la calidad.⁵⁸

La cantidad de servicios debe evaluarse también en términos de la programación adecuada de los recursos y de las personas que brindan los servicios. Una cantidad exagerada de servicios programados para una unidad de atención (ejemplo, número de consultas de endoscopias por hora) puede conducir aparentemente a una ampliación de cobertura de la atención (lo cual sería un beneficio para la comunidad), pero con los riesgos derivados de esa programación como serían: insuficiente tiempo para la atención, fatiga del personal, procesos de desinfección de equipos inadecuados, etc.

Donabedian denominó el “modelo unificado de la calidad” a la educación que la define como la relación entre los beneficios de la atención menos los riesgos y los costos.

⁵⁷ ELIZONDO JE, QUIROGA MG, PALOMARES PI, MARTÍNEZ GI. *La satisfacción del paciente con la atención técnica del servicio odontológico*. Pág. 99-104.

⁵⁸ AREDONDO A. *Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socioeconómico*. Pág. 397-408

Debido a los recursos limitados, es necesario racionalizar y aún racionar los servicios de salud. La racionalización se refiere a la pertinencia de una actividad asistencial de acuerdo con las circunstancias de salud de la persona, de la comunidad y de los medios más eficaces y eficientes: para ello se utiliza la metodología conocida como costo-efectividad.⁵⁹

3.1.11 Logros de hacer las cosas con calidad

De lo anteriormente consignado, los logros de hacer las cosas con calidad son:

- La satisfacción de todos los clientes
- Resultados óptimos de atención
- Eficiencia
- Competitividad y por tanto la supervivencia de la organización
- La satisfacción, la realización y el mejoramiento personal.

Principios absolutos de la calidad

No es costoso brindar servicios de calidad, lo que resulta muy costoso es brindar servicios de mala calidad. Basados en este concepto, se define los “costos de la mala calidad” como aquellos en los cuales se incurre para inspeccionar si los servicios fueron brindados con las especificaciones correctas o para corregir los servicios que tuvieron un resultado no esperado (falla en la promesa de servicio) y los costos necesarios para “auditar” que el servicio se brinde adecuadamente cada vez. El control de estos y su reducción genera capacidad de inversión para mejorar el nivel de calidad de la organización hospitalaria. Los costos de la mala calidad se reducen en su orden cuando:

⁵⁹ DONABEDIAN A. Ob. Cit. Pág. 137-141.

El cliente es el que detecta el error: en esta situación ya se ha incurrido en los costos que implica brindar el servicio, el cual debe repetirse, cuando no asumir sus consecuencias, como son entre otras, eventuales demandas. Uno de los costos, que por difícil de identificar no significa que no sea cuantioso, es el "costo de la pérdida de imagen", fruto de la insatisfacción de los clientes que transmiten su mala experiencia a otros clientes potenciales, produciendo efectos desastrosos en la organización hospitalaria en el mediano y largo plazo, de no ser corregida esta situación⁶⁰

La organización hospitalaria detecta el error, poco antes de que este sea visible a los ojos del cliente: en esta situación los costos son inferiores a los de la primera situación, ya que no se incurrió en consumo de tiempo e insumos de manera innecesaria.

La organización previene los errores y mejora sus procesos, como resultado de la aplicación de la ruta de la calidad: en esta situación se incurre en un menor nivel de costos.⁶¹

Los "cuatro principios absolutos de a calidad" aplicables en la gestión de las organizaciones hospitalarias, son:

- **Primer principio:** definición de calidad, cumplir los compromisos (promesa de servicio) y ceñirse a los estándares profesionales.
- **Segundo principio:** sistema de gestión, la prevención.
- **Tercer principio:** medición de la calidad, costos de la mala calidad.
- **Cuarto principio:** meta de la calidad, cero defectos.⁶²

⁶⁰ ACOSTA L, BURRONE MS, LÓPEZ DE NEIRA MJ, LUCCHESI M, COMETO C, CIUFFOLINI B, ET AL. Ob. Cit. Pág. 1-13

⁶¹ DAYAL GH, *Identifying health care quality constituents: Service providers` perspective*. Pág. 18-28.

3.1.12 Herramientas de calidad para las organizaciones hospitalarias

Brindar un servicio con calidad implica no solo un filosofía y una serie de principios, sino igualmente una mitología y herramientas para que lo deseado se convierta en una realidad. Las herramientas facilitan el logro de los resultados, dan claridad y mejoran la posibilidad de llegar a consenso en forma más rápida, permitiendo descubrir lo que no es tan obvio. Las herramientas más comunes son: diagramas de causa-efecto o “espina de pescado”, el diagrama de flujo, los gráficos de control, la gráfica de Pareto, los histogramas, las gráficas de tendencias, las hojas de verificación, la tormenta de ideas, el diagrama de afinidades y muchas otras.⁶³

3.1.13 Sistema de garantía de la calidad

El significado del concepto de garantía es: acciones que conducen a afianzar y asegurar lo que está estipulado (la promesa de servicio y estándares profesionales). Se define la “garantía de la calidad” para los servicios hospitalarios como el compromiso para responder por los servicios que se brindan de tal manera que se proteja al paciente en su integridad de ser humano, contra riesgos innecesarios y se le otorguen los mayores beneficios posibles.

La garantía de la calidad, al igual que la calidad total, no es fruto del azar, sino de una serie de acciones que se efectúan en forma ordenada, sistematizada y continua y que tienen como finalidad evitar o corregir de manera oportuna toda situación que genere o incremente los riesgos sobre los pacientes o que obstaculice los beneficios de la atención. Este conjunto de acciones conforma el sistema de garantía de calidad y ellas son: la monitorización, la

⁶² GARCÍA CZ, CHENGUAYEN MG, MORMONTOY WL. Ob. Cit. Pág. 7-3

⁶³ CORDERA A; BOBERIETH M. Ob. Cit. Pág. 54.

evaluación, el diseño, el desarrollo y el cambio de la organización hospitalaria.⁶⁴

3.1.14 La salud y la calidad

El desarrollo del concepto de calidad industrial se parece al desenvolvimiento ocurrido en la prestación de los servicios de salud. En la época primitiva el concepto mágico-religioso imperante impregnó el hacer de la salud, por lo tanto no existió el trueque o venta de estos servicios. Como compensación por la prestación de estos servicios, la comunidad protegía y alimentaba al brujo, chamán o escogido para establecer ese diálogo con lo sobrenatural.⁶⁵ El avance del conocimiento y algunos descubrimientos fundamentales para el desarrollo de la humanidad como la rueda. La domesticación de animales y el comercio con la aparición lenta pero progresiva de las ciudades con la consecuente acumulación de grupos humanos, el crecimiento de los artesanos en el mundo occidental desarrollaron el concepto empírico de la salud y de la calidad. Con el pensamiento empírico ocurrió un gran cambio en donde el ensayo y el error construyó un concepto más objetivado.

3.1.15 Investigación de la calidad del servicio

La investigación de las expectativas del consumidor es el primer paso para establecer estándares de calidad para un servicio.⁶⁶ La escala de calidad llamada Lickert, busca medir la satisfacción o insatisfacción del consumidor con relación a determinado servicio.

La calidad del servicio se obtiene a partir de la relación entre la no confirmación de la expectativa y el desempeño del servicio. Si el

⁶⁴ ZLATAR SM. Ob. Cit. Pág. 103-104.

⁶⁵ AREDONDO A. Pág. 397-408

⁶⁶ ÁLVAREZ F. *Calidad y Auditoría en Salud*. Pág. 325.

desempeño del servicio no está en concordancia con la calidad esperada, es señal de que no se confirma la expectativa.

La no confirmación surge de la discrepancia entre la expectativa anterior y el desempeño real del servicio. Entonces la satisfacción resultante del consumo de un servicio no sólo es un fenómeno cognoscitivo sino que implica la efectividad y los sentimientos del consumidor, quien se siente bien cuando está satisfecho y mal cuando está insatisfecho.⁶⁷

Panel de consumidores

El empleo de un panel de consumidor para opinar acerca de la calidad del servicio es una práctica saludable que lleva con frecuencia al mejoramiento del desempeño del servicio, además de que también puede servir de prueba para efectuar modificaciones o innovaciones en los servicios.

- **Análisis de la transacción:** Un método de investigación de evaluación muy utilizado consiste en escuchar a las personas que han comprado un servicio, pues poco después de la transacción los individuos tienen vivas en la memoria sus expectativas y pueden evaluar si el servicio correspondió o no a ellas.
- **Investigación de la percepción:** Este tipo de investigación emplea una combinación de investigación cualitativa y cuantitativa que con base en sus resultados hace posible formular interesantes estrategias de marketing.
- **Comprador misterioso:** Es una de las técnicas más utilizadas para evaluar la calidad de la atención de un servicio; el entrevistador se hace pasar por comprador o consumidor del

⁶⁷ BLANCO J, MAYA J. Ob. Cit. Pág. 91.

servicio sin que esto sea de conocimiento de las personas que atienden en la empresa.

- **Análisis de reclamos:** Otras fuentes abundantes de información son el mostrador, el teléfono de llamadas gratuitas para reclamos y las quejas al presidente. El volumen de reclamos también permiten evaluar la calidad del servicio, pero estas quejas pueden ser inducidas o espontáneas; sin embargo, en ambos casos, su tabulación ofrece un indicio claro de los puntos de falla en el sistema de ventas y atención del servicio.

3.1.16 Marketing de salud

Característica del marketing para hospitales y salud

¿Es diferente el marketing de consumo del marketing de salud?
¿Es posible vender servicios médicos como se vende un jabón de tocador? ¿Puede venderse un hospital? Estas son algunas de las dudas que de vez en cuando pasan por la mente de los profesionales de la salud. La industria de los negocios de salud mueve de los profesionales de la salud. La industria de los negocios de salud mueve billones de dólares en los países en desarrollo por sus muchas necesidades en salud, nutrición e higiene personal, entre otros aspectos. No obstante, la administración de esta demanda latente no siempre es buena.

Presionada por mitos y tabúes, la industria de la salud crea paradigmas, muchas veces alejados de las necesidades del mercado, el cual debe ser informado acerca de los servicios de salud disponibles y de cómo alcanzarlos. Bien sea por miopía o celo profesional, el hecho es que los profesionales de la salud en sus diferentes ramas, incluyendo los odontólogos y técnicos de laboratorio, entre otros profesionales, dejan de emplear los

instrumentos del marketing para investigar las necesidades, desarrollar productos y servicios, y comunicarse con el mercado⁶⁸

Que es el marketing para los servicios de salud

Si la institución logra desarrollar un marketing que ayude a identificar las necesidades de los consumidores de salud y desarrolla un buen servicio que se pueda obtener en el mercado a un precio razonable con una promoción eficaz, el resultado podrá ser un servicio atractivo que agregue valor y satisfacción al consumidor. En este caso puede afirmarse que el valor percibido por el cliente del servicio de salud fue estimulante. Un plan será bien recibido cuando la inversión en investigación ayuda a identificar necesidades no atendidas para brindar servicios de salud agradables e interesantes. De la misma manera, un hospital, un médico, un veterinario, una clínica médica, un laboratorio de análisis clínicos u otras actividades relacionadas podrá beneficiarse de los instrumentos del marketing para identificar, desarrollar, promover y vender servicios de interés y que agreguen valor.

Necesidades, deseos y demanda

Necesidades. Esta es la más importante fuerza del marketing deservicio de salud: identificar necesidades, pues todo ser humano tiene necesidades complejas de asistencia física y mental y por tanto carece de servicios médicos, odontológicos y terapéuticos. Cuando una necesidad física no es atendida, el consumidor llamado paciente incluso puede morir. Cuando una necesidad mental no es atendida satisfactoriamente, el paciente puede sufrir y entrar en depresión o desequilibrio emocional, en muchas ocasiones, las personas tienen necesidades que ellas mismas

⁶⁸ REYES EM, WELDT MC, MATELUNA CX, ALMARZA E. *Medición de la calidad del servicio de salud mental de un servicio de salud universitaria en función de los índices de satisfacción de un grupo de usuarios*. Pág. 45-54.

desconocen. En este caso, el papel del marketing de servicios de salud debe cumplir la función de alertar y dar a conocer mediante la divulgación de consejos preventivos y orientaciones en todas las fases que anteceden o preceden una enfermedad.

Deseos. El segundo concepto básico es que todo ser humano tiene deseos explícitos en el consciente y deseos ocultos en el inconsciente, y que tal vez el paciente desconozca. Estos deseos humanos están muy influenciados por la cultura y la personalidad del individuo: deseo de sentirse saludable, de ser fuerte, de estar bien físicamente, y así sucesivamente.⁶⁹

Demanda. Según Philip Kotler, las personas tienen deseos ilimitados pero recursos limitados. En consecuencia, la elección de un médico, un odontólogo o incluso un hospital (que figure en un plan de salud) dependen del dinero. Quizá se quiera ir a consulta con la mayor autoridad en determinada especialidad clínica, pero si no se tienen los recursos suficientes se deberá buscar alguien de acuerdo con las posibilidades.

Cuando la salud sale del área de los planes de salud, las opciones se restringen en función de la gravedad de la enfermedad o la urgencia del tratamiento; de lo contrario las personas buscan el tratamiento cubierto por el plan de salud. En estos casos, la demanda no es elástica, es decir, si el médico rebaja el precio, las personas no aprovecharán la promoción y no se someterá a una operación, a menos que sea una intervención para corregir efectos estéticos.

Para cada tipo de servicio existe un análisis plausible de demanda. No se puede generalizar que las personas busquen solo el medio de los convenios asistenciales, pues esto depende de la gravedad de la enfermedad o la emergencia del tratamiento, o aun de la

⁶⁹ GARCÍA CZ, CHENGUAYEN MG, MORMONTOY WL. Ob. Cit. Pág. 7-3

reconocida capacidad del médico. En este punto es necesario recordar que una de las principales características de un servicio de salud es mejorar localidad de vida de las personas.

□ **Características de los servicios**

Los servicios de la salud tienen características diferentes de los productos e implicaciones relacionadas con la naturaleza de su operación; pueden ser descritos como intangibles, inseparables, variables, perecibles, entre otros aspectos propios del tipo de servicio⁷⁰

- **Intangibles.** Porque no tienen características físicas que permitan analizarlo o examinarlo antes de la compra. No puede ser almacenado, no tiene apariencia estética, gusto, olor, a pesar del característico olor a éter en hospitales y algunos tipos de consultorio.
- **Inseparables.** El consumo es inseparable al no poder separarse de los medios de producción; es decir, el productor de servicios de salud y el consumidor interactúan de manera que el servicio es consumido por el paciente en el mismo momento en que reproduce. En consecuencia, el servicio de salud no puede separarse del consumo ni almacenarse.
- **Variables.** No se pueden establecer patrones rígidos de desempeño puesto que el servicio de salud se consume en el mismo momento en que se produce, de modo que, incluso un servicio de laboratorio, basado en estándares y apoyado por equipo sofisticado, puede alterar por ejemplo el estado emocional del paciente durante el examen. En otras palabras, el

⁷⁰ WANN-Yih W, SHIH-WEN H, HSING-PING K. *Fuzzy Set Theory Based Decision Model for Determining Market Position and Developing Strategy for Hospital Service Quality*. Pág. 439–456

servicio es variable y depende de una serie de circunstancias que rodean el momento de la atención.

- **Percibles.** Como el servicio de salud no puede almacenarse, es preciso administrar la demanda en función de la oferta; es decir, si existe disponibilidad de la atención médica, odontológica, de laboratorio y hospitalaria, es preciso estimular el consumo del servicio. Pero, ¿Cómo es posible lograrlo si en el área de la salud existe un perjuicio relacionado con el uso de las técnicas del marketing por premisas éticas? La divulgación o incluso la recomendación de que las personas deben, de acuerdo con la edad, realizar visitas periódicas a médicos y odontólogos está dentro de la ética más absoluta, ya que se trata de una comunicación con fines educativos y sociales que no infringe ningún patrón ético.⁷¹

La calidad de los servicios de salud se puede determinar conforme a estándares estadísticos de ocurrencia y cura de una enfermedad, por encima, o por debajo del promedio (para servicios de baja calidad). Sin embargo, debe decirse que la calidad en la salud tiene un fuerte componente subjetivo y emocional cuando el cliente juzga la atención. En este caso, los resultados alcanzados pueden estar dentro de patrones de calidad y el cliente quizá no los valore adecuadamente por motivos emocionales

Principales tipos de estrategias en los negocios de salud:

1. **Estrategia de penetración de mercado.** Es la manera de crear más en los mercados ya atendidos, estimulando a los clientes “a cobrar más”, es decir, buscando los momentos adecuados para

⁷¹ LUZZI L, SPENCER J. *Factors influencing the use of public dental services: An application of the theory of planned Behavior*. Pág. 2-14.

animar a los consumidores de servicios de salud a asistir a exámenes periódicos, chequeos, etc.⁷²

2. Desarrollo de mercado. Dependiendo del tipo de servicio un hospital puede mirar nuevos nichos de mercado no atendidos para ampliar su negocio. De la misma manera que un odontólogo o un médico que disponen de tiempo libre pueden buscar nuevos clientes en otros segmentos de mercado, los laboratorios de análisis también pueden comparar nuevos equipos que les permitan aumentar la eficacia de la atención.

3. Desarrollo de servicios. Esto implica el desarrollo de una investigación y evaluación del mercado para crear nuevos servicios que satisfagan las necesidades del mismo.

4. La estrategia de diversificación. En servicios de salud presupone entrar en nuevos campos de salud; un médico clínico que resuelve formular tratamientos contra la obesidad, un odontólogo que hace tratamiento de conductos. En fin, se trata de ampliar el horizonte hacia nuevos negocios que tengan sinergia con el área de actuación original. Esta diversificación no siempre es posible ni deseable puesto que la especialización es una garantía de credibilidad; no obstante, nada impide que un hospital inaugure una sala de maternidad y en casos extremos un SPA con total atención médica, fisioterapéutica y hospitalaria para control de alimentación y ejercicios correctivos.

Comportamiento del consumidor de servicio de salud

Muchas personas sienten temor de ir al médico o al odontólogo, aunque pocas reconocen esto en público, de manera similar a

⁷² ARANGUREN IZ. *Medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del instituto de prevención del profesorado de la Universidad central de Venezuela durante el último trimestre del 2004.* Pág.1-5

viajar en avión, pues mucha gente dice que le gusta, pero sufre el llamado “síndrome de los pies sobre la tierra”.⁷³

Un interesante punto de partida para el estudio del comportamiento del consumidor de servicios de salud es la observación de las siguientes premisas:

1. La compra de servicios de salud es racional, es decir, está basada en necesidades urgentes o emergencias.
2. El consumidor es libre de escoger, pues aun cuando está dentro de determinado plan de salud privado o gubernamental, la lista de entidades o personas que prestan dicho servicio a veces permite opciones aunque restringidas alternativas para consulta, laboratorios para exámenes y hospitales para internarse.
3. El comportamiento de un consumidor de salud es un proceder con mezcla de necesidades y posibilidades, es decir que los requerimientos de atención están circunscrito a las posibilidades ofrecidas por el mercado y el plan de salud existente.
4. El consumidor del servicio de salud puede estar influido por los amigos, los parientes que siempre sugieren el nombre de un profesional de salud, un hospital o un laboratorio; en consecuencia, es importante contar con el trabajo de las personas formadoras de opinión, como son los líderes de la comunidad.
5. El consumidor de servicios de salud debe ser educado, pues el no siempre tiene idea de cuánto se debe realizar exámenes periódicos y preventivos.

⁷³ ESTRADA VV, HIDALGO CR, Ob. Cit. Pág. 1-13.

□ Factores que influyen en el consumo de servicio de salud

El comportamiento de compra de servicios de salud está influenciado por factores sociales, culturales, personales y por características psicológicas.

- **Factor social.** La clase social del consumidor de salud es un gran determinante en la elección de médicos, odontólogos, hospitales y laboratorios de análisis clínicos. En este grupo se incluyen amigos, familia, colegas de trabajo, amigos del club social y demás círculos sociales de los cuales forma parte del consumidor.
- **Factor cultural.** El grado de escolaridad y de cultura en general son factores que influyen en el proceso de toma de decisiones para utilizar servicios de salud.
- **Factor personal.** Entre otros aspectos, en la decisión de compra de servicios de salud influyen la edad y etapa de ciclo de vida. Cuanta más edad tenga menos servicios tendrá. Existen necesidades específicas que dependen del tipo de actividad profesional del individuo: por ejemplo, un profesor debe visitar un oftalmólogo con frecuencia, un operario presenta un desgaste físico diferente de un trabajador bancario que experimenta un desgaste emocional. En consecuencia, los factores varían de una persona a otra. También debe tenerse en cuenta la situación económica que favorece el consumo de servicios sofisticados de salud, como cirugía plásticas, terapias, etc. El estilo de vida es otro factor igualmente importante: una persona sedentaria tiende a tener problemas específicos como obesidad, hemorroides, etc., mientras que una persona activa esta propensa al estrés.
- **Factores psicológicos.** La motivación de las personas y la percepción son factores importantes que se asocian a los

eventuales problemas de salud, pero todos ellos están ligados al aprendizaje, a las creencias y a las actitudes, una persona que ya tuvo problemas de salud es más cuidadosa que aquella “saludable” por tanto”, la creencia y la actitud son fuerzas poderosas que llevan a las personas a preocuparse más por los problemas de salud.⁷⁴

□ **Segmentación de mercado y posicionamiento de servicio de salud**

Los criterios de segmentación generales del marketing se aplican con algunas adaptaciones para posicionar los servicios de salud.

Entre los modelos más utilizados están:

1. Segmentación demográfica. La edad y el estilo de vida del consumidor son factores importantes; cuanto más edad tenga la persona, necesitara más cuidados médicos y odontológicos. La renta es otro factor determinante en la importancia de la segmentación, pues sin dinero el consumo de servicio de salud solo depende de planes de salud gubernamentales.
2. Segmentación psicografica. Tienen en cuenta la clase social, la personalidad y los valores de comportamiento.
3. Segmentación por el comportamiento. Considera la condición del consumidor de servicios de salud, así como los beneficios (seguridad, bienestar) buscados en la atención médica, la tasa de uso de los servicios y la lealtad al médico de la familia, al odontólogo particular, etc.⁷⁵

□ **Posicionamiento del servicio de salud**

Un servicio puede posicionarse como un servicio de calidad que brinda atención diferenciada; sin embargo, lo que cuenta es el

⁷⁴ VALDEZ H. *Más allá de la Calidad Total y de los RE. Administración y Desarrollo Lima-Perú.* Pág. 88-89.

⁷⁵ KAST F, ROSENZWEIG J. Pág. 56.

servicio en la mente del consumidor. En el momento de comprar el servicio de salud el consumidor recuerda el servicio diferenciado, el servicio personalizado, la imagen del médico renombrado, el concepto del hospital, la credibilidad del laboratorio. No obstante, todos estos factores dependen del pan de salud al que esté inscrito el consumidor.⁷⁶

□ **Marketing interno para servicios de salud**

Para atender bien, un hospital, un centro médico o un laboratorio de análisis clínico requiere que el personal este motivado y comprometido con el proceso de calidad; esto hace necesario el empleo del marketing de incentivos el cual es un buen estímulo para que las personas atiendan bien, lo cual cuesta menos que el esfuerzo para rehacer la imagen negativa proyectada por la atención descortés, y la pérdida de mercado por falta de atención.^{77,78}

□ **Precios y estrategias**

Para quien no tiene un plan de asistencia médica el precio es un momento aterrador. El costo de un examen de laboratorio, el ingreso a un hospital o incluso el valor de una consulta puede asustar al paciente. Es preciso enfrentar este monstruo del precio con una estrategia coherente que valore el servicio sin crear inhibiciones embarazosas. El precio debe ser claro, acorde con el servicio, pues lo que surge del acuerdo entre dos no es costoso, dice un adagio popular.⁷⁹

⁷⁶ DONABEDIAN A. Ob. Cit. Pág. 137-141.

⁷⁷ LÓPEZ OS, CEREZO MC, PAZ AD. *Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos*. Pág. 124-136.

⁷⁸ RODRIGUEZ OM, BETANCOURT MV, GOMEZ JA. Calidad de los servicios de urgencias estomatológicas en el municipio de Ciego de Ávila. Pág. 1-8.

⁷⁹ BERNUY T. Ob. Cit. Pág. 29.

3.2 Revisión de antecedentes investigativos

a. **Título:** “Satisfacción del paciente con la atención técnica del servicio odontológico”.

Autores: Elizondo J, Quiroga M, Palomares P, Martínez G. (2011).

Resumen: El objetivo de la presente investigación fue confrontar la atención técnica del servicio odontológico con los niveles de satisfacción percibidos y los elementos de satisfacción del cliente. La población de este estudio consistió en 5 grupos de 40 pacientes. Se analizaron los indicadores de atención técnica que arrojaron un promedio de 71% en el nivel muy satisfecho y el de 25% en el nivel satisfechos, para las clínicas de pregrado. Se concluyó que la atención técnica es un factor determinante de la recepción del servicio como el paciente lo esperaba, predisponentes para que se recomiende el servicio y fundamentales para la intención de regresar a recibir otro tratamiento en caso sea requerido.

b. **Título:** “Calidad de la atención de pacientes en el Departamento de Estomatología General Integral en el Policlínico

Autores: Docente José Martí de Santiago de Cuba, Bandera S, Márquez M. (2011).

Resumen: Se observó que 10 odontólogos y 150 pacientes. Entre los principales resultados sobresalió que existía una deficiente práctica en la labor realizada, por lo cual se recomendó organizar un plan de capacitación, con vista a mejorar la competencia de los estomatólogos generales integrales y la satisfacción de las personas atendidas. (6)

c. Título: Evaluaron la percepción de los pacientes sobre la atención recibida por el personal no sanitario en los centros de salud.

Autores: Ruiz R, Alba A, Jiménez C, González V, García M, Pérula de Torres L. *et al.* (2011).

Resumen: El presente estudio fue observacional y descriptivo, con usuarios que utilizaron los servicios de atención al cuidado de centros de salud. Como resultados se presentó más de un 90% de los usuarios satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida, sin embargo entre el 18 y el 36% hicieron sugerencias para mejorar la atención.

4. HIPÓTESIS

Dado que, la satisfacción de los pacientes es una apreciación que está relacionada a diferentes factores como el tiempo de atención, bioseguridad y desempeño:

Es probable que, la calidad de atención brindada por los alumnos del VII y IX semestre de la Clínica Odontológica influya directamente en la satisfacción del paciente.



CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACION

1.1 Técnica

a. Precisión de la técnica

Se empleó la técnica de **Cuestionario** para estudiar la variable “Satisfacción en la Calidad de Atención del Paciente”.

b. Esquemmatización

VARIABLE INVESTIGATIVA	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción del paciente • Calidad de Atención 	Cuestionario	Formulario de preguntas

c. Procedimiento

La encuesta consistió en entrevistar a los pacientes de los alumnos de pre-grado del 4to y 5to año de la Clínica Odontológica De La Universidad Católica De Santa María, durante el transcurso del día, para lo cual primero se pedirá una autorización al Director de la Clínica, luego se coordinó con los diferentes alumnos de los cuales se entrevistó a sus pacientes y de la misma forma se conversó con los pacientes esperando su colaboración, se esperó hasta el final de cada sesión de atención y se abordó al paciente con la encuesta diseñada, se le dio un tiempo prudente para que el paciente pueda leer, entender y responder a lo que su criterio creyó correcto, se agradeció su colaboración y se continuo haciendo el mismo trabajo hasta poder completar la cantidad necesaria de encuestas y así realizar la investigación a la que se pretendía llegar.

1.2 Instrumentos

a. Instrumento Documental:

a.1. Precisión del instrumento

Se utilizó un instrumento de tipo elaborado, denominado **Formulario de preguntas**.

a.2. Estructura

VARIABLES	EJES	INDICADOR	
- Satisfacción del Paciente	1	Confort en la atención	1.1
- Calidad de Atención	2	Tiempo de Atención	2.1
		Bioseguridad	2.2
		Desempeño	2.3

a.2. Modelo del instrumento:

Véase en anexos.

a.3. Valoración de puntajes:

INDICADORES	Nº PREGUNTAS	MINIMO	MAXIMO
TIEMPO DE ATENCION	3	0	9
BIOSEGURIDAD	5	0	13
DESEMPEÑO	6	0	14
CALIDAD	14	0	36
SATISFACCIÓN	4	0	11

b. Instrumentos mecánicos

- Computadora y accesorios

1.3 Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas para procesamiento de textos y datos así como software estadístico.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial

a. Ámbito General

Distrito del Cercado. Arequipa.

b. Ámbito Específico

Clínica Odontológica de la UCSM.

2.2 Ubicación Temporal

El estudio se realizó en forma coyuntural entre los meses de marzo-abril-mayo del 2015.

2.3 Unidades de estudio

a. Opción

Universo y muestra.

b. Universo cualitativo

b.1. Criterios de inclusión.

- Pacientes que acudan regularmente a sus citas y controles.
- Pacientes que colaboren con el estudio.
- Pacientes lucidos y orientados.
- Pacientes con 2 o más tratamientos realizados.

b.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedades sistémicas.
- Pacientes con algún tipo de discapacidad que lo limite Colaborar en el estudio.
- Pacientes familiares de los alumnos tratantes.

b.3. Criterios de eliminación

- Deseo de no participar
- Deserción por enfermedad o deceso

c. Universo cuantitativo

N = 400 pacientes con los criterios de inclusión

d. Universo formalizado

Semestre	Nº
VII	200
IX	200
TOTAL	400

e. Muestra

e.1. Criterios estadísticos

$e: 5\%$
 $Conf: 95\%$ $N: 500 a + UE$
 $Probabilidad: 50\%$

e.2. Tamaño de la muestra

$$n = \frac{Nx400}{N+39}$$

$n = 200$ pac.

e.3. Formalización de la muestra

Semestre	N	n
VII	200	111
IX	200	119
TOTAL	400	230

Se tomó en cuenta 230 pacientes para poder tener una mejor

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Organización

Antes de la aplicación del instrumento se realizó las siguientes actividades:

- Autorización por parte del director de la clínica odontológica
- Coordinación
- Preparación de las entrevistas
- Formulación de la entrevista

3.2 Recursos

a. Recursos Humanos

a.1 Investigador : Carlos Enrique Laura Muchica

a.2 Asesora : Dra. María Del Socorro Barriga Flores

b. Recursos físicos

Instalaciones de la clínica odontológica.

c. Recursos Económicos

- Autofinanciado por el investigador

d. Recursos Institucionales

- Ambientes y salas de la Clínica Odontológica De La Universidad Católica De Santa María

3.3 Prueba Piloto

No se realizó ya que el instrumento cuenta con antecedente.

4. ESTRATEGIAS PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1 Plan de procesamiento de los datos

a. Tipo de procesamiento

Computarizado. Se utilizará el Paquete Informático SPSS, versión N° 19.

b. Operaciones

b.1. Clasificación: Los datos obtenidos a través de la ficha serán ordenados en una Matriz de Sistematización, que figurará en anexos de la tesis.

b.2. Conteo: En matrices de recuento.

b.3. Tabulación: Se usarán tablas de doble entrada,

b.4. Graficación: Se confeccionarán gráficas de barras acorde a la naturaleza de las tablas.

4.2 Plan de Análisis de Datos

a. Tipo: Cualitativo, bivariado.

b. Tratamiento Estadístico

VARIABLE INVESTIGATIVA	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	PRUEBA
Satisfacción del paciente	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias absolutas • Frecuencias relativas 	Tau de Kendall
Calidad del atención				



CAPITULO III: RESULTADOS

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SEMESTRE DE ATENCIÓN

Semestre	N° Pacientes	%
VII	111	48.3
IX	119	51.7
Total	230	100.0

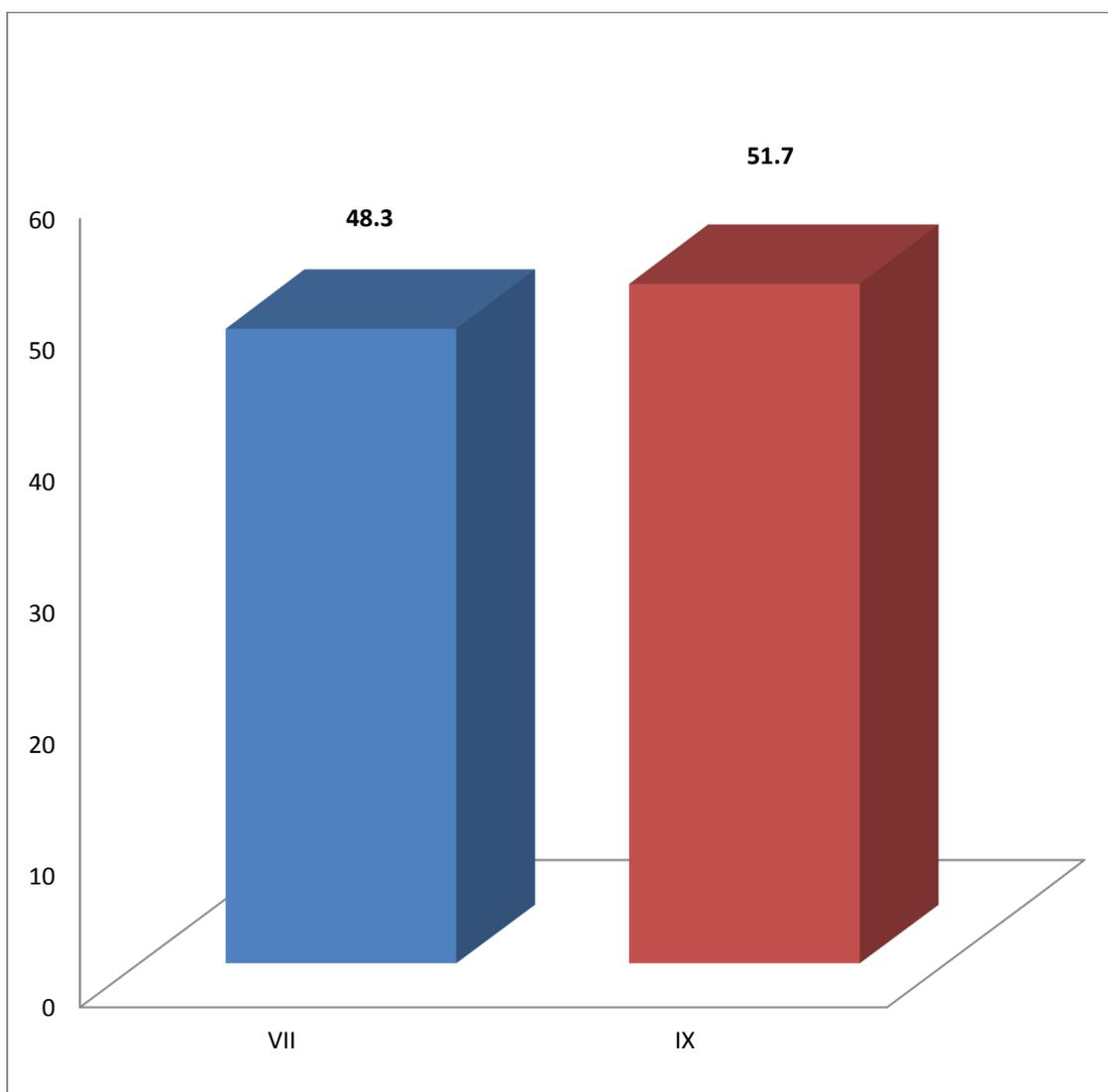
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 1, se observa que la mayoría de pacientes entrevistados (51.7%) correspondieron a aquellos cuyos tratantes cursan el IX semestre, en tanto el resto (48.3%) fueron pacientes cuyos tratantes cursan el VII semestre de la clínica odontológica.

GRAFICO Nº 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SEMESTRE DE ATENCIÓN



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EDAD

Edad	N° Pacientes	%
18 a 20 años	22	9.6
21 a 45 años	127	55.2
46 a 64 años	52	22.6
65 a 77 años	29	12.6
Total	230	100.0

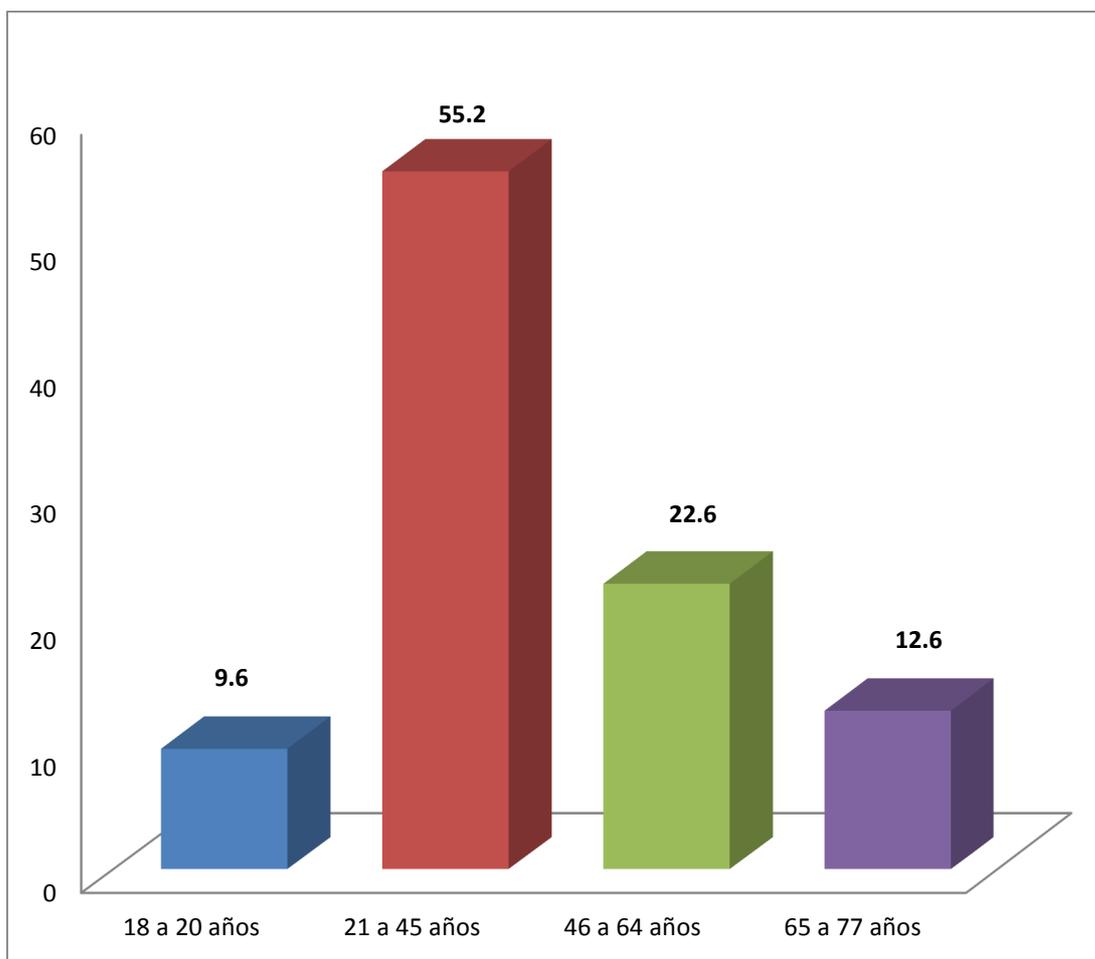
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N° 2, se puede apreciar que la mayoría de pacientes (55.2%) estuvieron entre los 21 a 45 años, en tanto el menor porcentaje (9.6%) tenían entre los 18 y 20 años.

GRAFICO Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EDAD



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SEXO

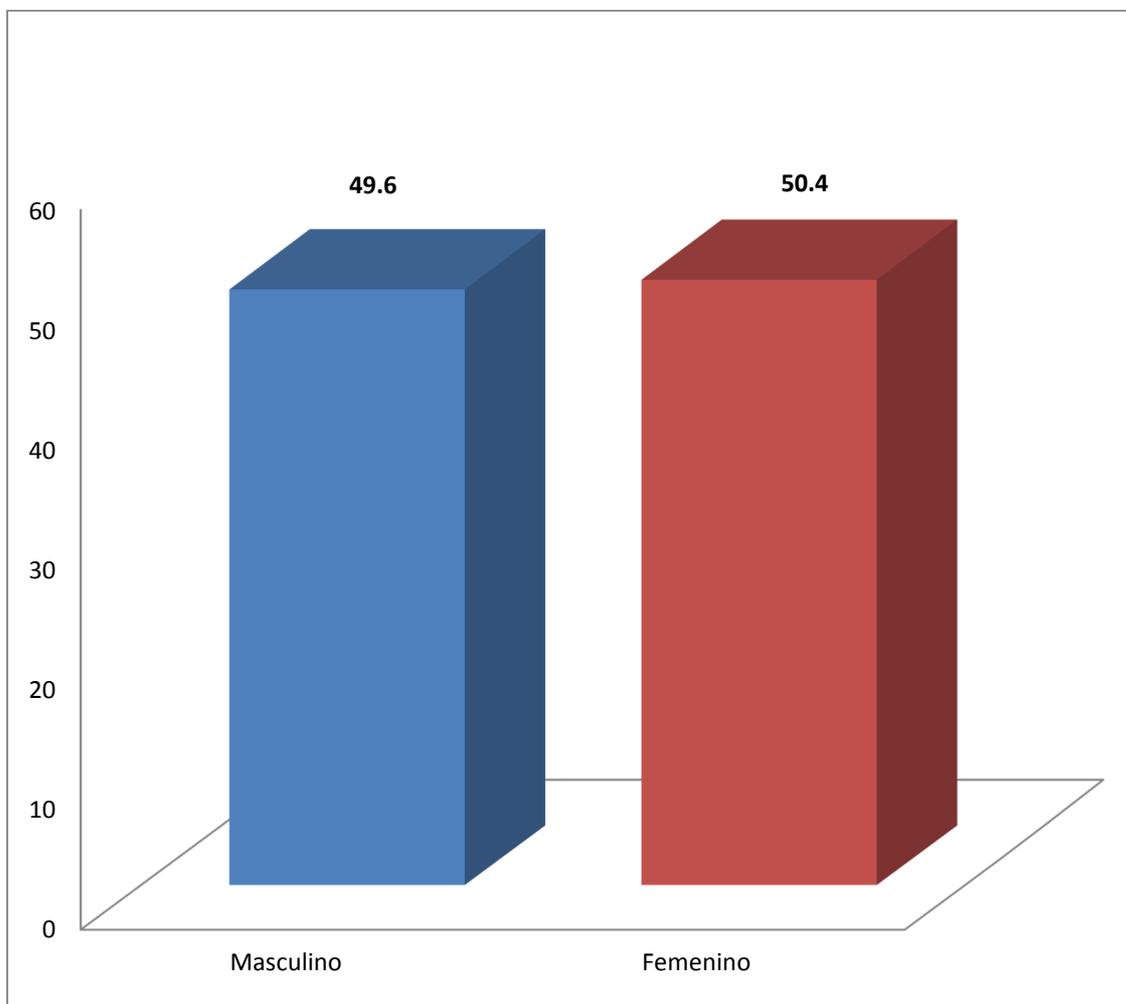
Sexo	N° Pacientes	%
Masculino	114	49.6
Femenino	116	50.4
Total	230	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 3, se observa que la mayoría de pacientes entrevistados (50.4%) pertenecen al sexo Femenino, en tanto el resto (49.6%) fueron pacientes del sexo Masculino.

GRAFICO Nº 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SEXO



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 4

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN:
TIEMPO DE ATENCIÓN**

Tiempo de Atención	N° Pacientes	%
En proceso (0 a 4)	47	20.4
Promedio (5 a 7)	118	51.3
Alto (8 a 9)	65	28.3
Total	230	100.0

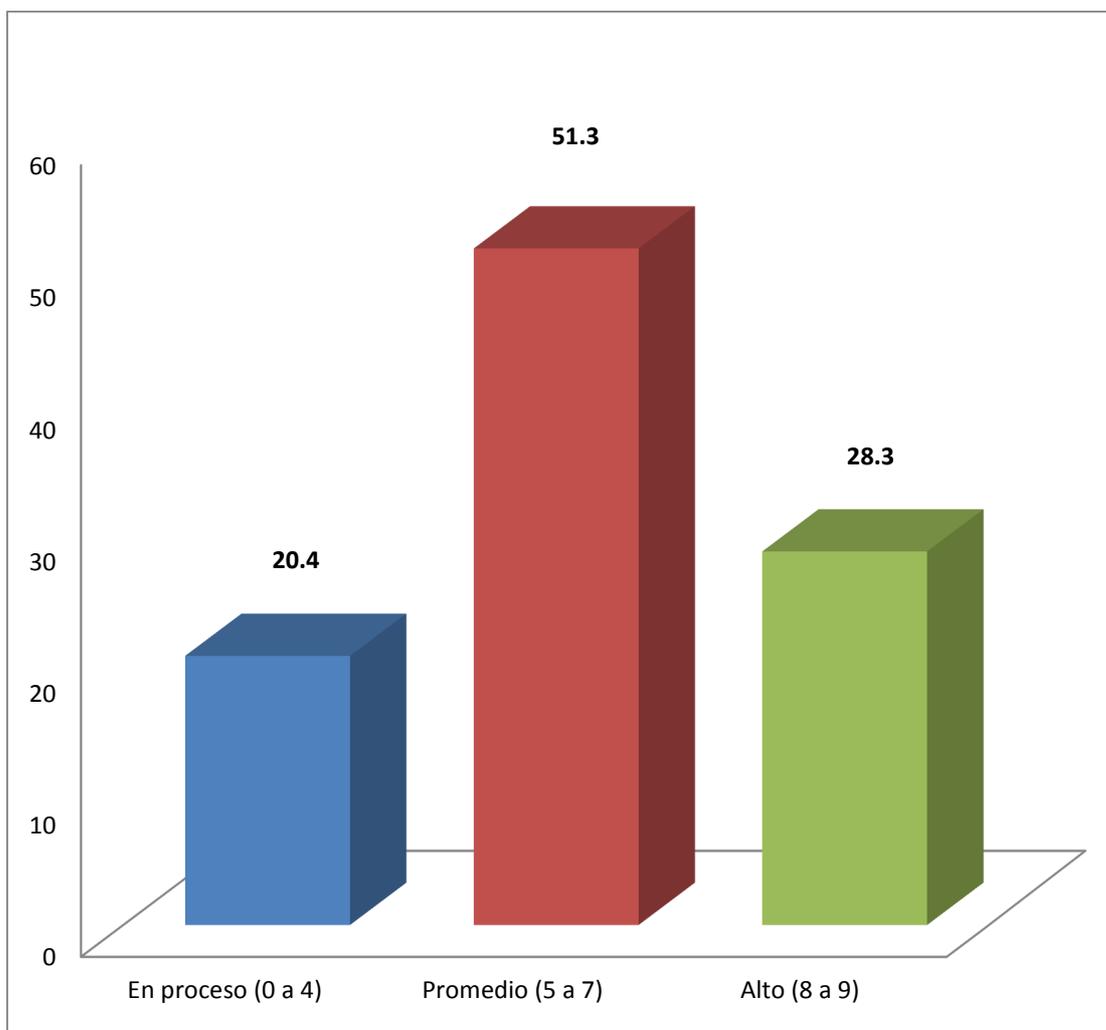
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla N° 4, se aprecia que la mayoría de pacientes (51.3%) consideran el tiempo de atención dentro del nivel promedio, en tanto el menor porcentaje (20.4%) lo consideran en proceso.

GRÁFICO Nº 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN:
TIEMPO DE ATENCIÓN



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 5

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN:
BIOSEGURIDAD**

Bioseguridad	N° Pacientes	%
En proceso (0 a 6)	12	5.2
Promedio (7 a 9)	88	38.3
Alto (10 a 13)	130	56.5
Total	230	100.0

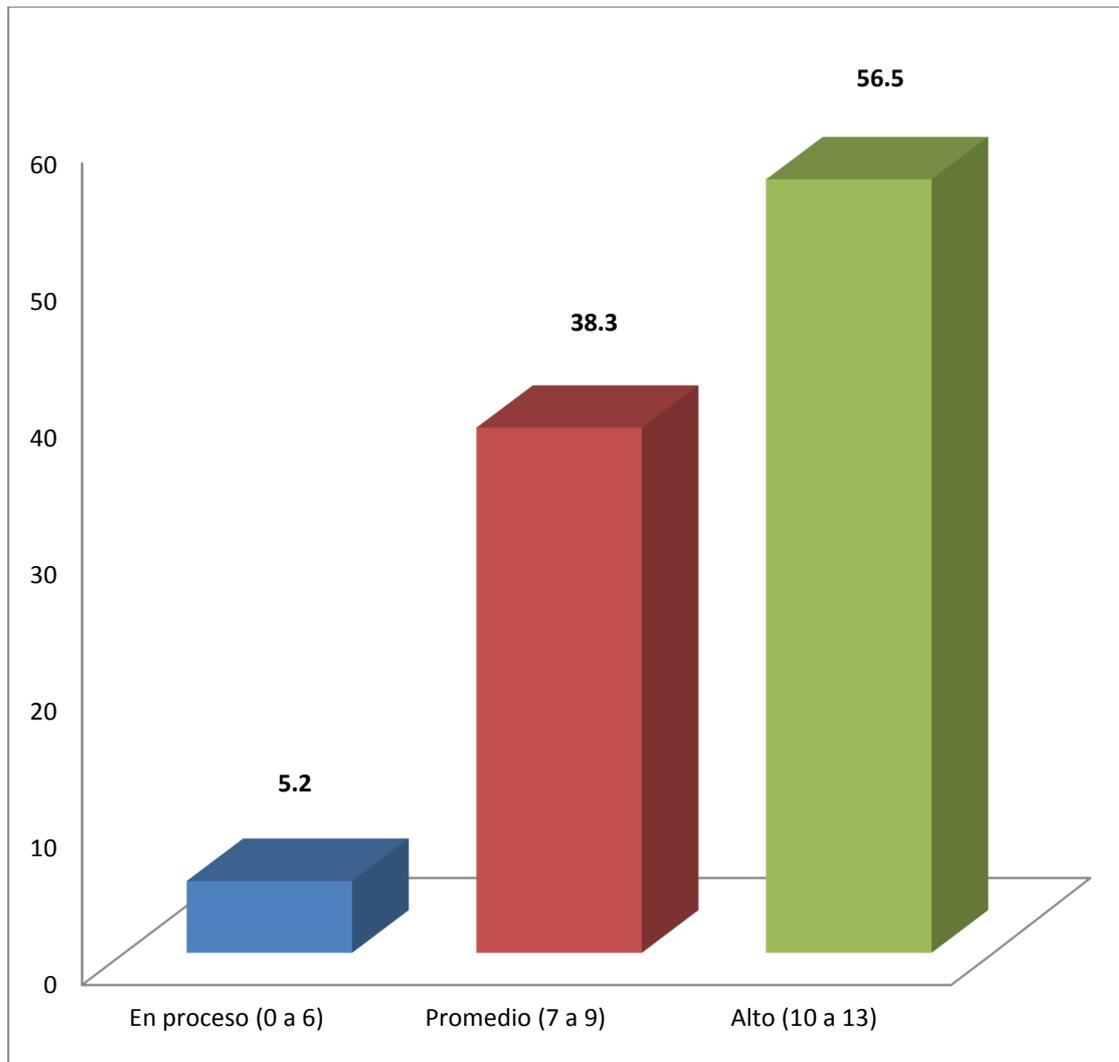
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 5, se aprecia que la mayoría de pacientes (56.5%) consideran la Bioseguridad dentro del nivel Alto, en tanto el menor porcentaje (5.2%) lo consideran en proceso.

GRÁFICO Nº 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN: BIOSEGURIDAD



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 6

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN:
DESEMPEÑO**

Desempeño	N° Pacientes	%
En proceso (0 a 7)	6	2.6
Promedio (8 a 10)	57	24.8
Alto (11 a 14)	167	72.6
Total	230	100.0

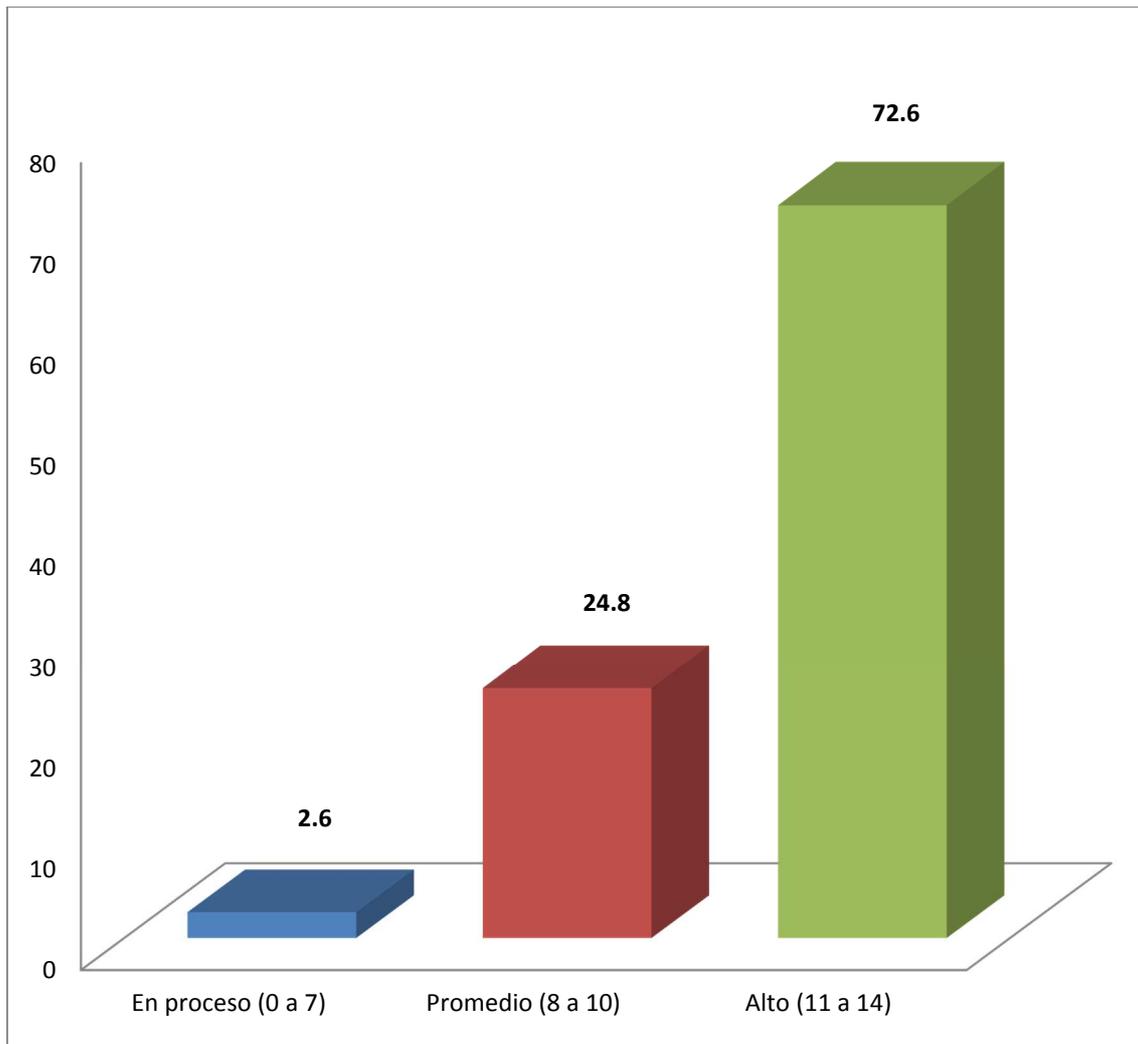
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N° 6, se observa que la mayoría de pacientes (72.6%) consideran el Desempeño dentro del nivel Alto, en tanto el menor porcentaje (2.6%) lo consideran en proceso.

GRÁFICO Nº 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN: DESEMPEÑO



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 7

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN
DESDE UN ENFOQUE GLOBAL**

Calidad	N° Pacientes	%
En proceso (0 a 22)	32	13.9
Promedio (23 a 30)	147	63.9
Alto (31 a 36)	51	22.2
Total	230	100.0

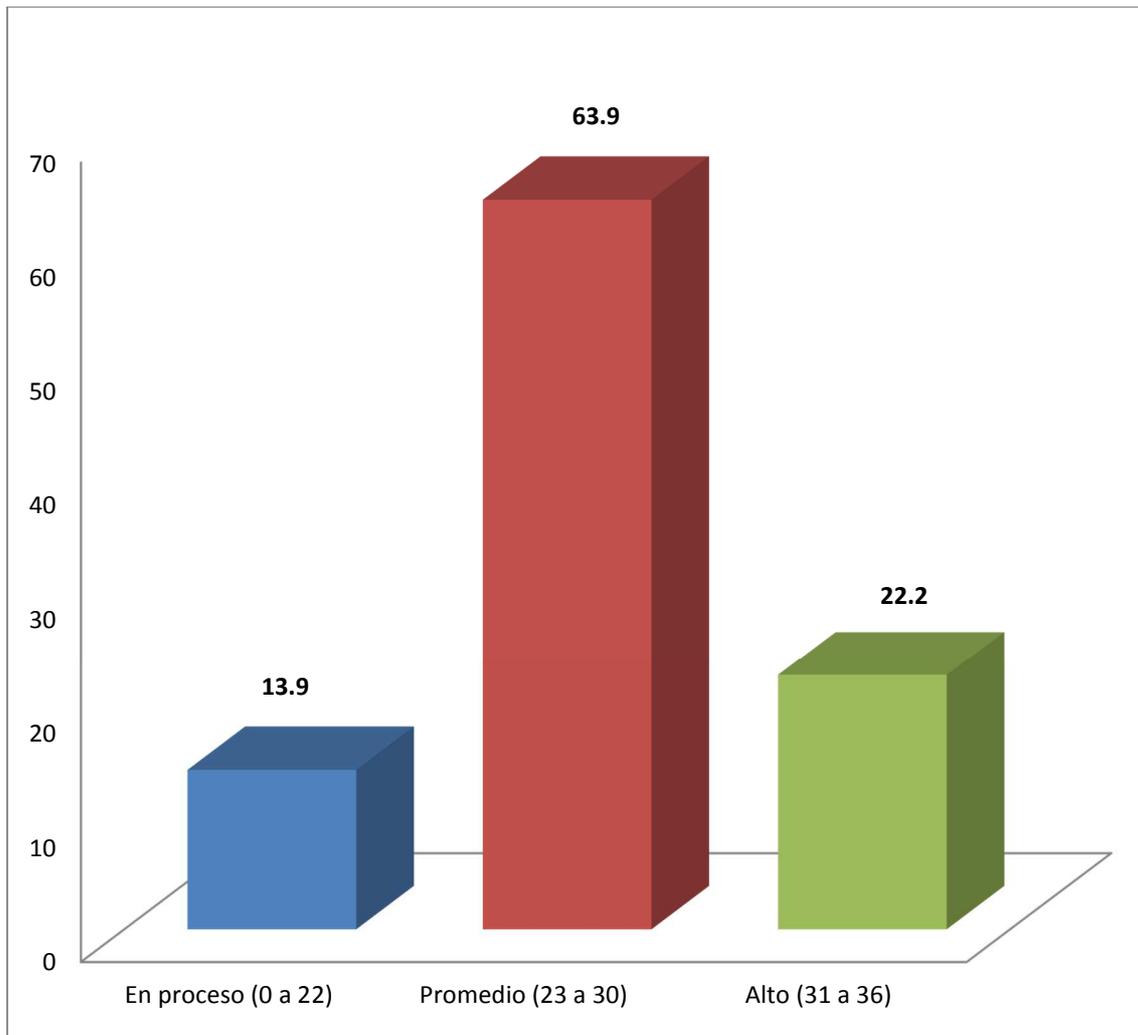
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N° 7, se observa que la mayoría de los pacientes (63.9%) consideran la Calidad de Atención dentro del nivel Promedio.

GRÁFICO Nº 7

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN DESDE UN ENFOQUE GLOBAL



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SU SATISFACCIÓN

Satisfacción	N° Pacientes	%
Baja (0 a 4)	10	4.3
Media (5 a 8)	137	59.6
Alta (9 a 11)	83	36.1
Total	230	100.0

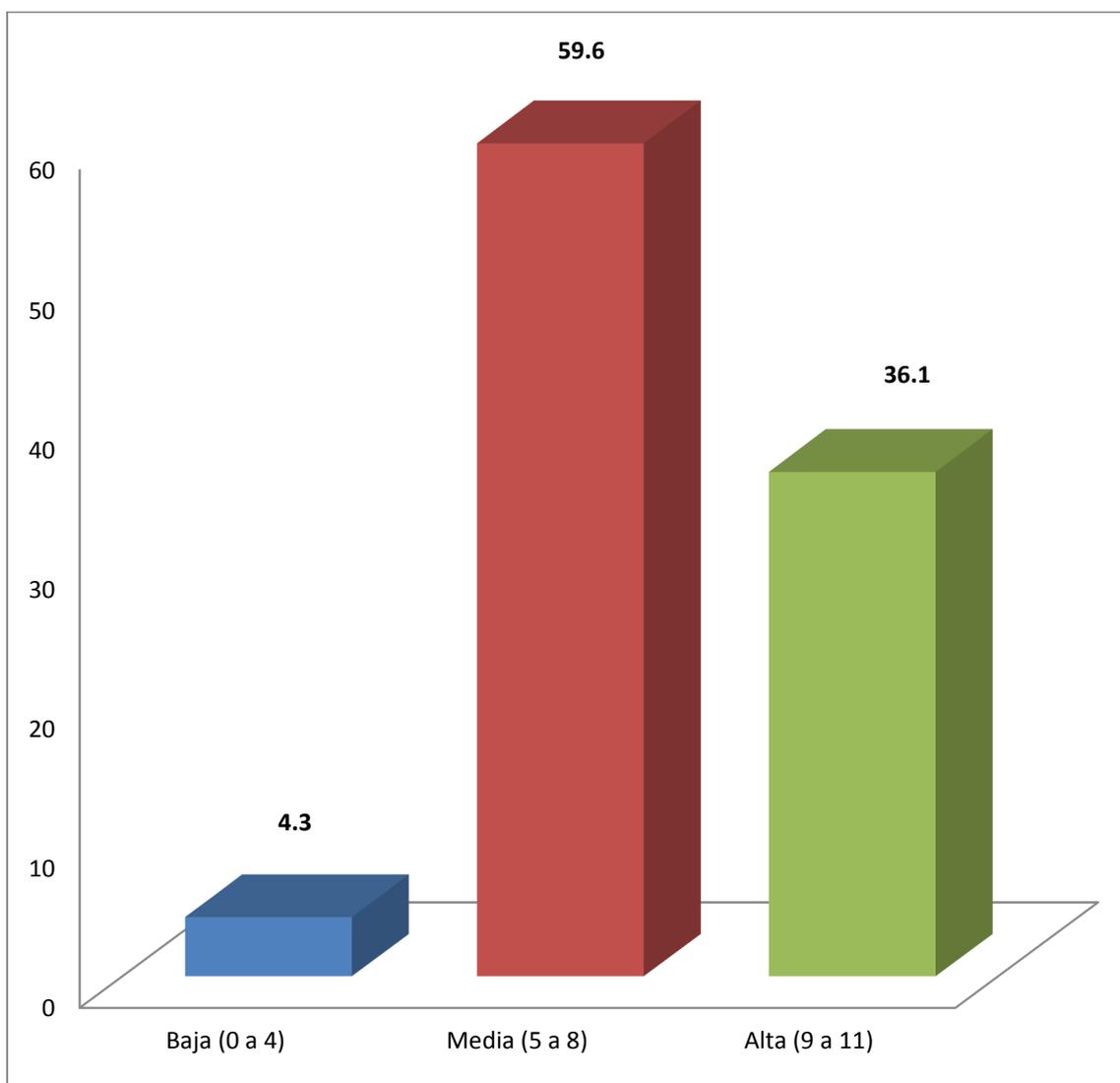
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N°. 8, se aprecia que la mayoría de los pacientes (59.6%) consideran la Satisfacción en la Calidad de Atención en un nivel Medio.

GRÁFICO Nº 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SU SATISFACCIÓN



Fuente: Matriz de datos

TABLA Nº 9
RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN EN LOS
PACIENTES

Tiempo de Atención	Satisfacción						Total	
	Baja		Media		Alta		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
En proceso	2	4.3	31	66.0	14	29.8	47	100.0
Promedio	8	6.8	79	66.9	31	26.3	118	100.0
Alto	0	0.0	27	41.5	38	58.5	65	100.0
Total	10	4.3	137	59.6	83	36.1	230	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.000$ ($P < 005$) S.S.

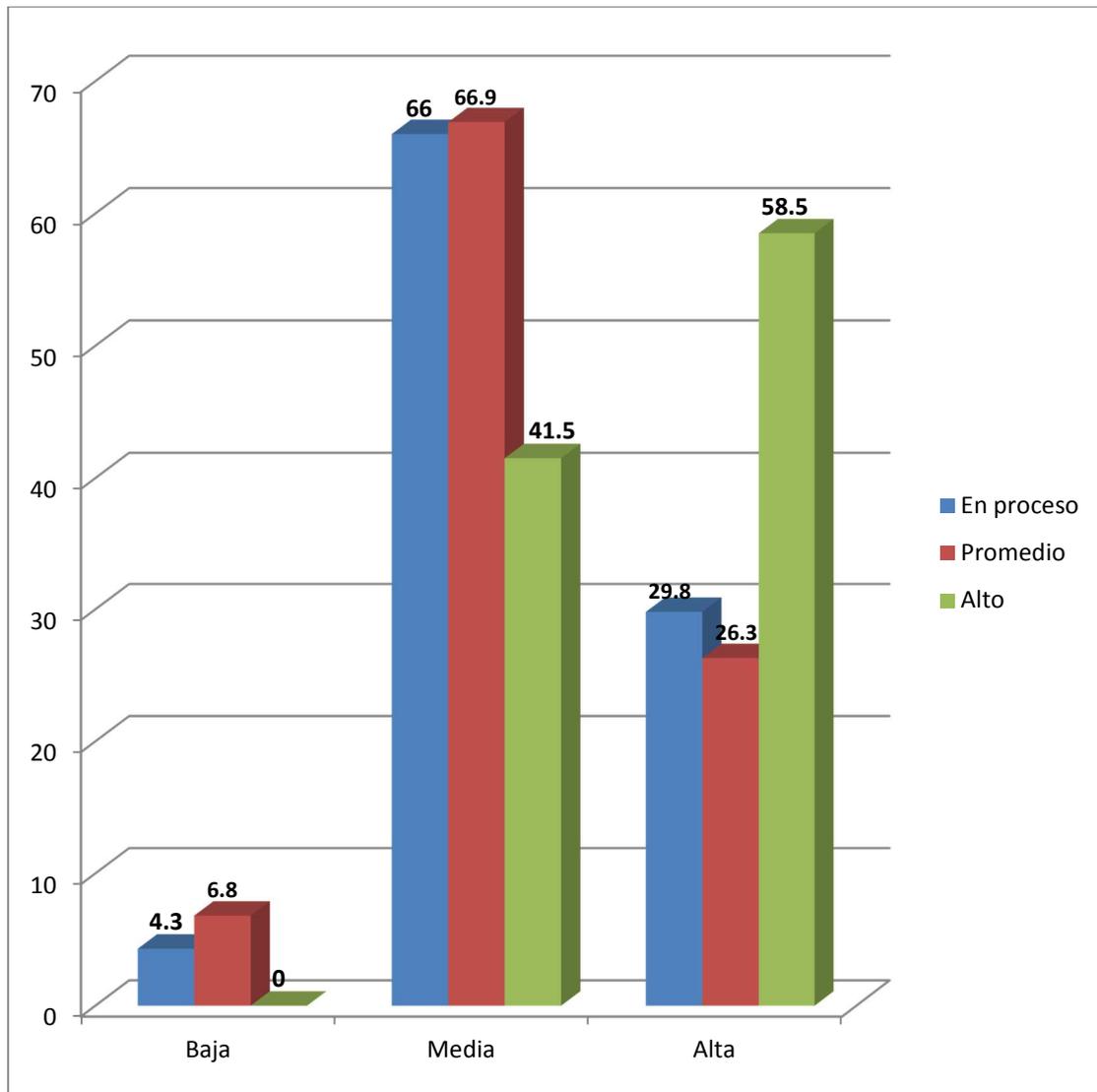
INTERPRETACIÓN

En la presente tabla, se observa existe relación entre el tiempo de atención con la satisfacción de los pacientes, observándose que aquellos que se encuentran en un nivel de calidad en proceso, la mayoría de ellos (66.0%) evidencian un nivel medio de satisfacción, los que alcanzaron niveles promedios de calidad, también en su mayoría (66.9%) tienen un nivel medio, finalmente los que mostraron niveles altos de calidad, en su mayoría (58.5%) reflejaron niveles altos de satisfacción.

Según la prueba estadística, existe relación significativa ($P < 0.05$) entre ambas variables, puesto que mientras mayor sea la calidad respecto al tiempo de atención, mejor será la satisfacción de los pacientes.

GRÁFICO Nº 9

RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN EN LOS
PACIENTES



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 10
RELACIÓN ENTRE LA BIOSEGURIDAD Y SATISFACCIÓN EN LOS
PACIENTES

Bioseguridad	Satisfacción						Total	
	Baja		Media		Alta			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
En proceso	3	25.0	7	58.3	2	16.7	12	100.0
Promedio	7	8.0	61	69.3	20	22.7	88	100.0
Alto	0	0.0	69	53.1	61	46.9	130	100.0
Total	10	4.3	137	59.6	83	36.1	230	100.0

Fuente: Matriz de datos

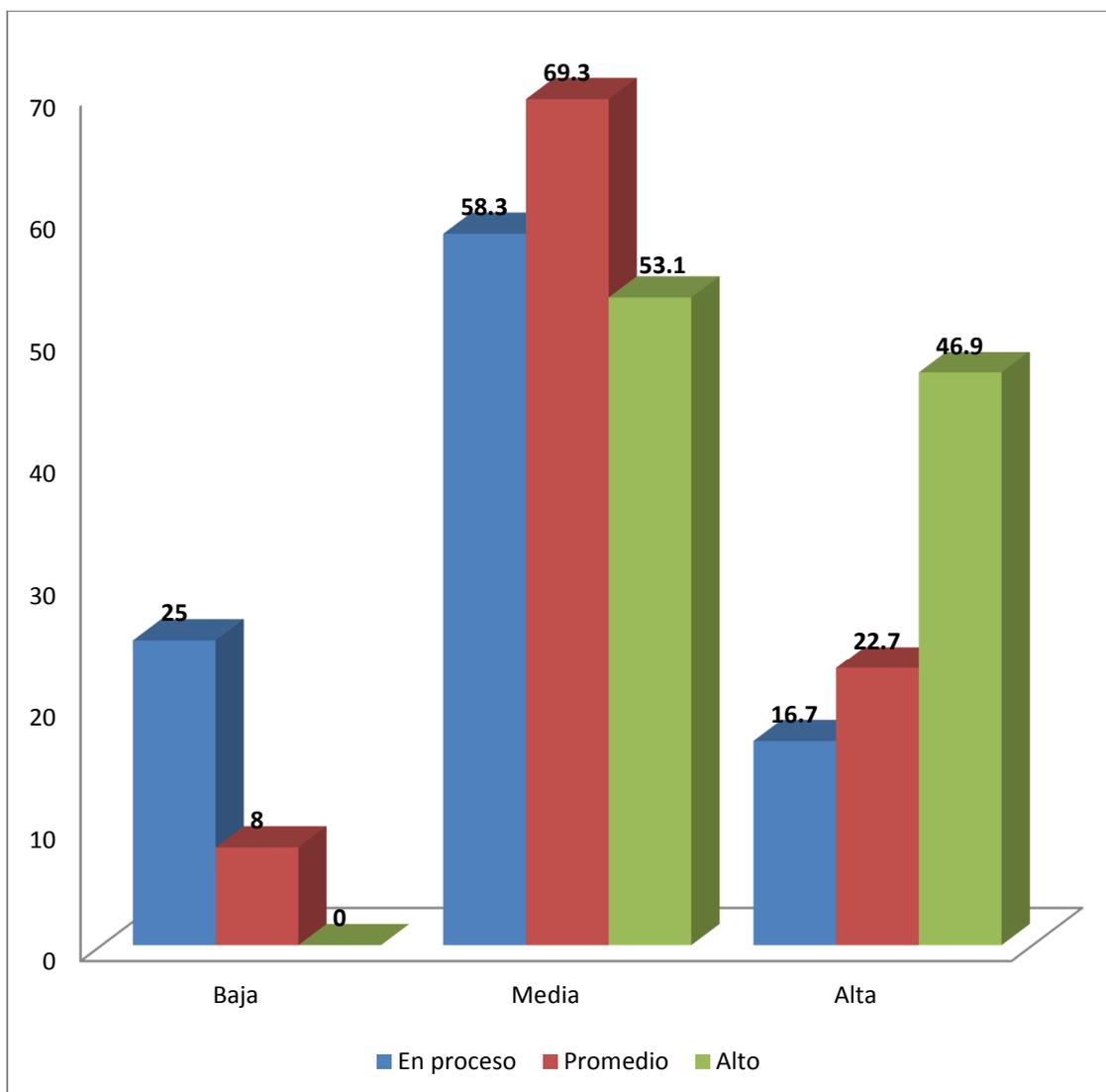
$P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S.

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se relaciona la bioseguridad con la satisfacción de los pacientes, observándose que aquellos que se encuentran en un nivel de calidad en proceso, solo el 16.7% evidencian niveles altos de satisfacción, en tanto los que alcanzaron niveles promedios de calidad, el porcentaje de satisfacción alta aumento hasta el 22.7%, finalmente los que mostraron niveles altos de calidad, el porcentaje de satisfacción alta siguió aumentando hasta casi la mitad de ellos (46.9%).

Según la prueba estadística, existe relación significativa ($P < 0.05$) entre ambas variables, puesto que mientras mayor sea la calidad respecto al tiempo de atención, mejor será la satisfacción de los pacientes.

GRÁFICO Nº 10
RELACIÓN ENTRE LA BIOSEGURIDAD Y SATISFACCIÓN EN LOS
PACIENTES



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 11
RELACIÓN ENTRE DESEMPEÑO Y SATISFACCIÓN EN LOS PACIENTES

Desempeño	Satisfacción						Total	
	Baja		Media		Alta		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
En proceso	2	33.3	4	66.7	0	0.0	6	100.0
Promedio	6	10.5	39	68.4	12	21.1	57	100.0
Alto	2	1.2	94	56.3	71	42.5	167	100.0
Total	10	4.3	137	59.6	83	36.1	230	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.000 (P < 005) S.S.

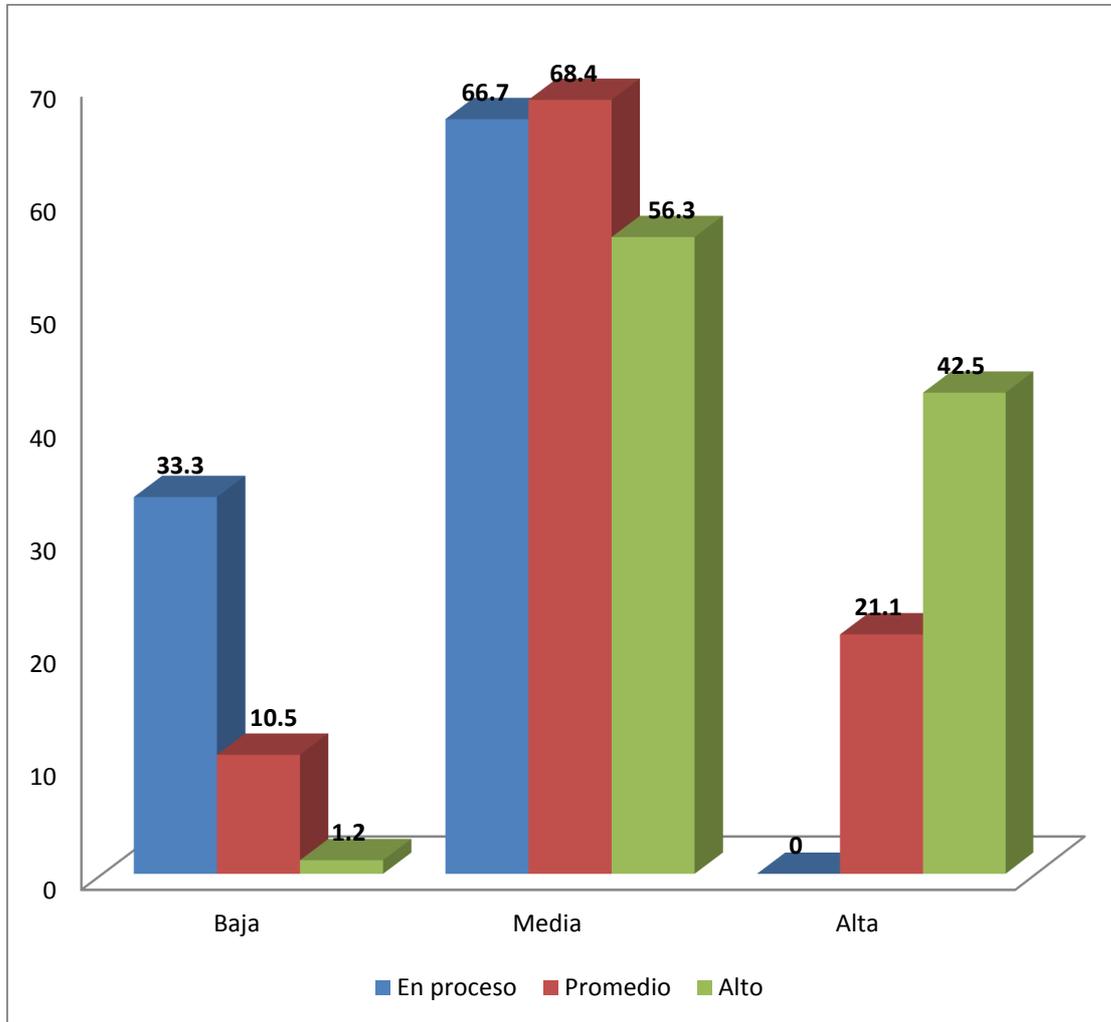
INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se relaciona el desempeño con la satisfacción de los pacientes, observándose que aquellos que se encuentran en proceso, ninguno evidencio satisfacción alta, en relación a los que alcanzaron niveles promedios de calidad, el 21.1% de ellos están con niveles de satisfacción alto, finalmente los que mostraron niveles altos de calidad, el porcentaje se incrementó hasta el 42.5% de alta de satisfacción.

Según la prueba estadística, existe relación significativa (P < 0.05) entre ambas variables, puesto que mientras mayor sea la calidad respecto al tiempo de atención, mejor será la satisfacción de los pacientes.

GRÁFICO Nº 11

RELACIÓN ENTRE DESEMPEÑO Y SATISFACCIÓN EN LOS PACIENTES



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 12
RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN EN LOS
PACIENTES

Calidad	Satisfacción						Total	
	Baja		Media		Alta			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
En proceso	6	18.8	22	68.8	4	12.5	32	100.0
Promedio	4	2.7	101	68.7	42	28.6	147	100.0
Alto	0	0.0	14	27.5	37	72.5	51	100.0
Total	10	4.3	137	59.6	83	36.1	230	100.0

Fuente: Matriz de datos

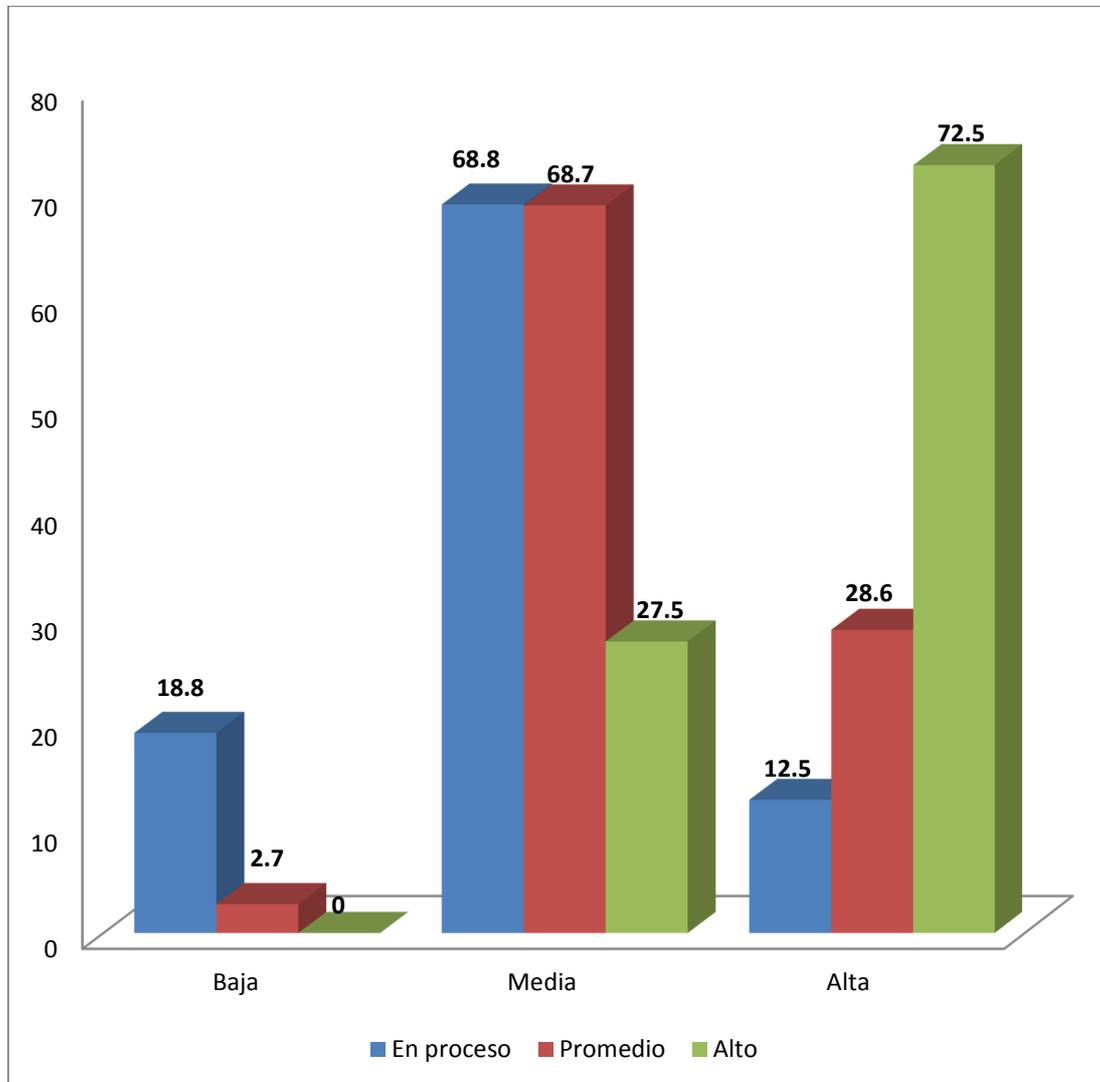
$P = 0.000$ ($P < 005$) S.S.

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se relaciona la calidad con la satisfacción de los pacientes, observándose que aquellos que se encuentran en un nivel de calidad en proceso, la mayoría de ellos (68.8%) evidencian niveles medios de satisfacción, los que alcanzaron niveles promedios de calidad, también la mayoría de ellos (68.7%) están con niveles de satisfacción medios, finalmente los que mostraron niveles altos de calidad, la mayoría (72.5%) reflejan niveles altos de satisfacción.

Según la prueba estadística, existe relación significativa ($P < 0.05$) entre ambas variables, puesto que mientras mayor sea la calidad de atención, mejor será la satisfacción de los pacientes.

GRÁFICO Nº 12 RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN EN LOS PACIENTES



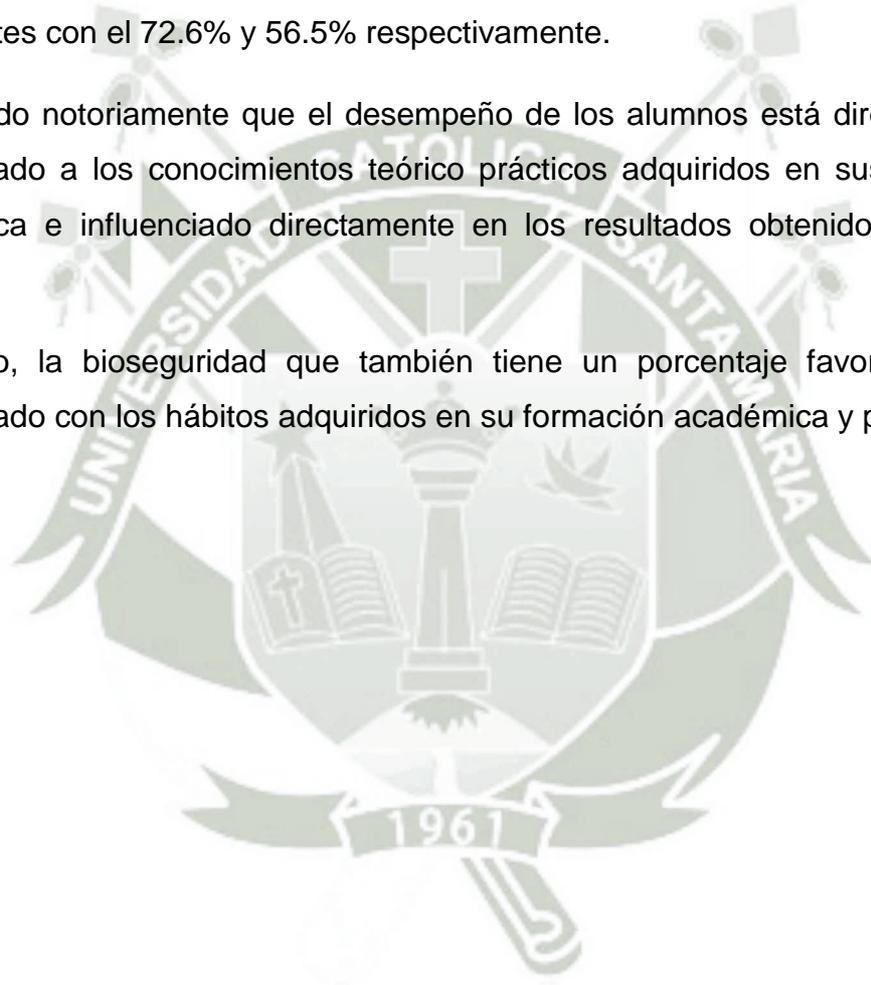
Fuente: Matriz de datos

DISCUSIÓN

El hallazgo fundamental de la presente investigación está centrado en que de acuerdo a la prueba Tau de Kendall existe relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del paciente y la calidad de atención brindada por los alumnos acotando que el desempeño y la bioseguridad fueron los más resaltantes con el 72.6% y 56.5% respectivamente.

Quedando notoriamente que el desempeño de los alumnos está directamente relacionado a los conocimientos teórico prácticos adquiridos en sus años de pre-clínica e influenciado directamente en los resultados obtenidos en este estudio.

En tanto, la bioseguridad que también tiene un porcentaje favorable está relacionado con los hábitos adquiridos en su formación académica y personal.



CONCLUSIONES

PRIMERA:

La satisfacción basada en la atención por los alumnos del VII y IX Semestre de la Clínica Odontológica obtuvo un resultado de nivel medio de 59.6%, evidenciando su relación con la calidad de atención brindada por los mismos.

SEGUNDA:

La calidad de atención percibida por los pacientes atendidos por los alumnos del VII y IX semestre de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María evidencio un nivel promedio de 63.9%, teniendo influencia directamente con los niveles de satisfacción de los pacientes.

TERCERA:

La relación entre la satisfacción del paciente y la calidad de atención por los alumnos evidenció que mientras mayor fue el nivel de calidad atención obtenida la satisfacción alcanzó su mayor porcentaje con 72.5%.

CUARTA:

Consecuentemente la hipótesis de la investigación, ha sido aceptada, en el sentido que la satisfacción del paciente está ampliamente relacionada con la calidad de atención brindada por los tratantes de la Clínica Odontológica de la U.C.S.M.

RECOMENDACIONES

- **PARA LOS ALUMNOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA.-** Se sugiere a los tratantes de la Clínica Odontológica mantener los niveles mostrados en cuanto a la calidad en su desempeño y la bioseguridad mostrada, ya que son un factor ampliamente predeterminante para la satisfacción de los pacientes, de otro lado se sugiere mejorar el aspecto en cuanto al tiempo de atención, empezando desde el tiempo de espera de los pacientes para su consulta, y la misma en si.
- **PARA LOS DIRECTIVOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA.-** Los aspectos deficientes que influyeron en los resultados para una satisfacción baja en los pacientes, están relacionados en su mayoría a infraestructura, actividades administrativas y/o de docencia, siendo los afectados los alumnos directamente, por lo que se sugiere analizar estos puntos en pro de la mejora para la calidad que ofrece nuestra Clínica Odontológica.
- **PARA FUTUROS TESISISTAS.-** Se sugiere analizar las variables analizadas y así como los resultados para en futuras investigaciones poder tomar en cuenta los aspectos deficientes en esta investigación u otros que puedan sugerir nuevas hipótesis lo cual proporcionara mayor información para la mejora en cuanto a la calidad de atención brindada por la Clínica Odontológica.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ F. *Calidad y Auditoria en Salud*. 2ª.ed. Bogota: Colombia. Ecoe Ediciones, 2007. 325pp.
- BANDERA SE, MÁRQUEZ MF. Calidad de la estomatología general integral en el policlínico docente José Martí. *MEDISON*. 2011;15(1):99-104.
- BERNUY T, *Calidad de la atención en la Clínica Central de Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*; [Tesis Doctoral]. Lima, Perú; 2005.
- BLANCO J, MAYA J. *Fundamentos de salud pública. Administración de servicios de salud. Segunda edición*. Medellín: Colombia. Fondo editorial CIB, 2005.
- COBRA, M. *Marketing de Servicios. Estrategias para turismo, finanzas, salud y comunicación*. 2ª. Ed., Bogota: Colombia. Cobra Editora & Marketing, 2000.
- CORDERA A; Boberiet M. *Administración de Sistemas de Salud*. Tomo I. México DF México: McGraw-Hill; 1983.
- DONABEDIAN A. *A founder of quality assessment encounters a troubled system firsthand*. *Health Aff*. 2001;20(1):137-141.
- Elizondo JE, Quiroga MG, Palomares PI, Martínez GI. *La satisfacción del paciente con la atención técnica del servicio odontológico*. *RESPYN*. 2011;15(1):99-104.
- KAST F, ROSENZWEIG J. *Administración en las Organizaciones*. 5 ed. México: MCGrawHill;1980.
- LÓPEZ OS, CEREZO MC, PAZ AD. *Variables relacionadas con la*

satisfacción del paciente de los servicios odontológicos. Rev Gerenc Polit. 2010;9(18):124-136.

- LYANDRA R. *Administración de los Servicios de Salud.* Ed. Interamericana México: 1983:42-43.
- PARASURAMAN, A.; BERRY, L.; ZEITHAML, V. (1991). *Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale.* Journal of Retailing 67(4), 420-45
- RODRIGUEZ OM, BETANCOURT MV, GOMEZ JA. *Calidad de los servicios de urgencias estomatológicas en el municipio de Ciego de Ávila.* Medi ciego. 2011; 17(1):1-8.
- RUIZ RM, ALBA AD, JIMENEZ CG, GONZALES VN, GARCÍA MT, PERULA DE TORRES LA, et al. *Percepción de los pacientes sobre la atención recibida por el personal no sanitario en los centros de salud.* Rev Calid Asist. 2011;17(1):1-8.
- STONER J, Gilbert D. *Administration.* 6 ed. México: Prentice Hall Hispanoamericana; 1996:369-599.
- VALDEZ H. *Más allá de la Calidad Total y de los RE.* Administración y Desarrollo Lima-Perú: ESAN; 1994:88-89.
- ZLATAR SM. *Administración en Atención de la Salud.* Tomo I, Lima-Perú: FAP; 1986:103-104.

HEMEROGRAFÍA

- GEORGINA C. *Elementos del Marketing en la Clínica Odontológica de San Marcos* [Tesis Doctoral]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2002.
- ELIZONDO J, QUIROGA M, PALOMARES P, MARTÍNEZ G. *Satisfacción del paciente con la atención técnica del servicio odontológico*. (2011).
- MARTÍ DE SANTIAGO DE CUBA José, Bandera S, Márquez M. *Calidad de la atención de pacientes en el Departamento de Estomatología General Integral en el Policlínico* (2011).



INFORMATOGRAFÍA

- ACADEMIA ESPAÑOLA, *Diccionario de la lengua española*. 22 ed., Madrid: España. 2001, Disponible en <http://www.rae.es>.
- ACOSTA L, BURRONE MS, LÓPEZ DE NEIRA MJ, LUCCHESI M, COMETO C, CIUFFOLINI B, et al. *Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba Argentina*. EG. 2011; 21(1):1-13. [Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: <http://www.um.es/>.
- AGUDELO A, VALENCIA L, OULLÓN E, BETANCUR L, RESTREPO L, PELÁEZ L. *Satisfaction and associated factors in students who use the dental services of the health care institution IPS Universitaria (Medellin)*. Rev. Fac Odontol Univ Antioq 2008; 19 (2):13-23. [Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php>.
- ARANGUREN IZ. *Medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del instituto de prevención del profesorado de la Universidad central de Venezuela durante el último trimestre del 2004*. Acta odontol venez. 2009;47(1):1-5.[Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/1/pdf/medicion_satisfaccion_usuarios_servicios_salud.pdf
- AREDONDO A. *Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socioeconómico*. IMSS. 2010;33(5):397-408.[Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2010/Sam105d.pdf> .
- BETIN AP, GUARDELA AS, INFANTE KF, DÍAZ AC, GONZALEZ FM. *Satisfacción de los pacientes respecto a la calidad de la atención*

odontológica en una institución pública universitaria de la ciudad de Cartagena. Duazary Med. 2009;6(2):95-101.[Citado 01 de junio 2011].

Disponible en:

http://www.unicartagena.edu.co/odontologia/Satisfaccion_de_los_pacientes.pdf

- CALERO J, RODRÍGUEZ L, BARRETO J. *La calidad y el mejoramiento continuo: claves en el éxito del ejercicio profesional en odontología.* Colomb Med. 2008;39(1):11-27. [Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/283/28339903.pdf>.
- CAÑADAS O, SÁNCHEZ B. *Categorías de respuesta en Escalas Tipo Likert.* Psicothema.1998;10(3):623-633.[Citado 01 de junio 2011] Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/191.pdf>
- CAPON N. *Institutional change in delivery of dental services: A marketing perspective.* Am J Public Health. 1982;(72):679-680. [Citado 01 de junio 2011].Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pdf>.
- CAVAZOS AR, *¿Puede medirse la calidad en el servicio?* Hospitalidad-ESDAI. 2004;(1)43-54.[Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: <http://calidad-de-servicio-unexpo2011.wikispaces.com>.
- COHEN CA, HARRIS SL, BONITO AJ, MANSKI RJ, MACEK MD, EDWARDS RR, KHANNA N, PLOWDEN KO. *Low-Income and minority patient satisfaction with visits to emergency departments and physician offices for dental problems.* J Am Coll Dent. 2009;76(3):2-13.[Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: <http://www.dental.umaryland.edu/dentaldepts/mansk/Manski-CV.pdf>.
- CONDE J, LAZARA A. *Propuesta metodológica para evaluar un servicio estomatológico.* Rev Cubana Estomatol. 2002;40(1):37-45. [Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_1_02/RCest07102.pdf

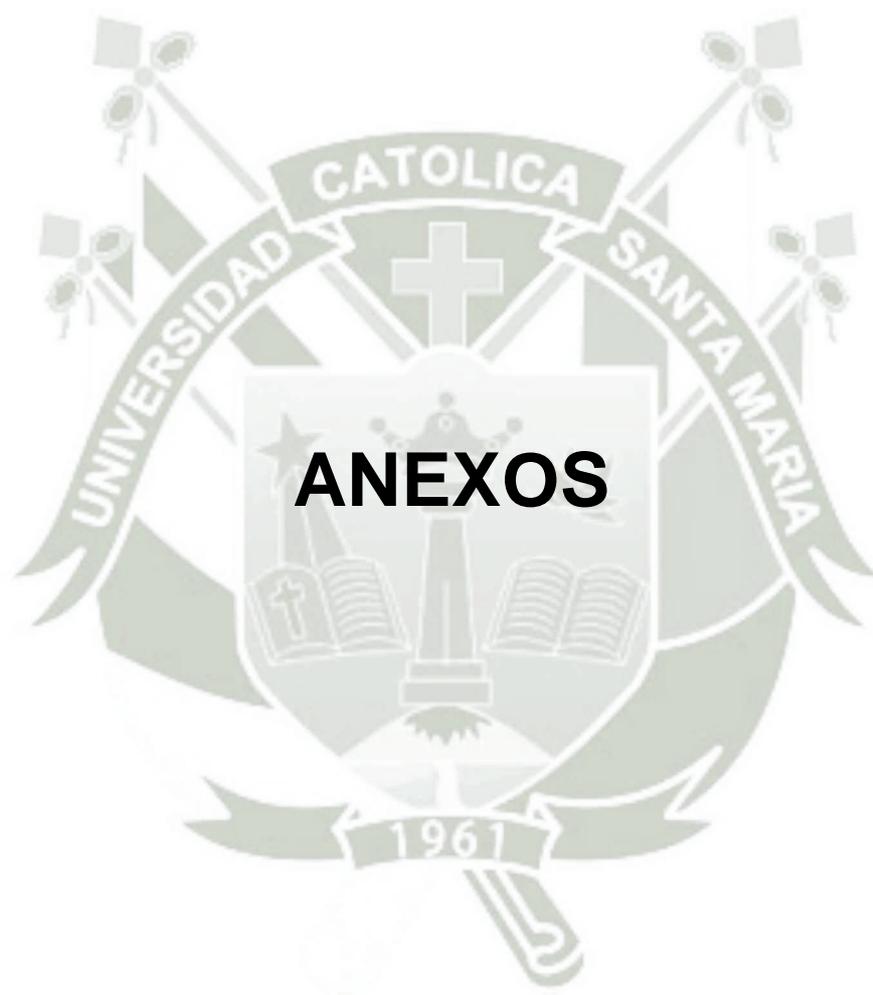
- DAYAL GH, *Identifying health care quality constituents: Service providers` perspective*. J Mar Res. 2008;8(1):18-28. [Citado01dejunio2011]. Disponible en: <http://library.ifmr.ac.in/AJN/2001/jan/sep/Wawtch.pdfArticle>.
- ESTRADA VV, HIDALGO CR, Expósito IM, MARTIN LZ. *Estrategia de intervención para mejorar la calidad del servicio estomatológico de urgencias*. AMC. 2010;14(4):1-13. [Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: <http://scielo.sld.lu.scielo>.
- GARCÍA CZ, CHENGUAYEN MG, MORMONTOY WL. *Satisfacción del usuario con los servicios odontológicos de atención primaria recibidos y factores socio-demográficos asociados*. Med Fam. & At. 2010;4(1):7-3.[Citado01dejunio2011].Disponible en: <http://www.idefiperu.org/mpa.html>.
- LANDRA MF, MÉNDEZ F, MUÑOZ RM. *Satisfacción de los usuarios con los servicios de estomatología en el IMSS*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007;45(2):149–155. [Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A80.pdf
- LARA NF, LÓPEZ VC, MORALES SE, CORTEZ EV. *Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tiahuac, Distrito Federal*. Rev ADM. 2000; (2):45-49.[Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2000/od005c.pdf>
- LIPSCOMB J, DOUGLASS CW. *A political economic theory of the dental care market* .AJPH. 1982;72(7):665-675.[Citado01dejunio2011]. Disponible en: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/72/7/651.pdf>.
- LLANOS F, ROSAS A, MENDOZA D, CONTRERAS C. *Comparación de las escalas de Likert y vigesimal para la evaluación de satisfacción de atención en un Hospital del Perú*. Rev Med Herediana. 2001;12(2):52-57. [Citado01dejunio2011]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php>.

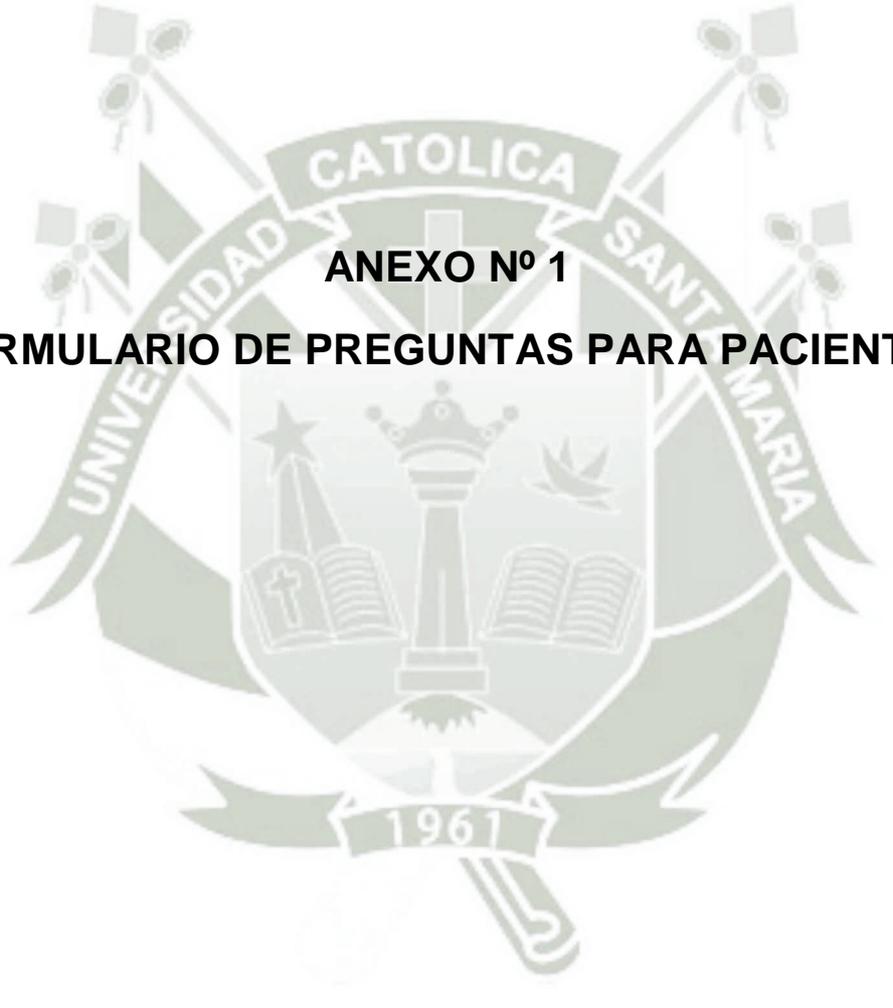
- LUZZI L, SPENCER J. *Factors influencing the use of public dental services: An application of the theory of planned Behavior*. Bio Med Center. 2008; (8):2-14. [Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: <http://www.springerlink.com/index/L3480N42G728Q7Q2.pdf>.
- MARYAM R, JAHANGAIR H, ARASH S, Ali K. *Qualitative assessment of the dental health services provided at dental school in Kerman, Iran*. Braz Oral Res. 2009;23(4):377-80. [Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: www.chemenviron.net/ICCE/Abstracts.pdf.
- MORALES GM, PRIEGO AH. *La importancia del marketing odontológico en el ejercicio profesional*. Horizonte sanitario. 2008 Feb 20;7(2):8-12.[Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2008_mayo_agosto/02LA%20IMPORTANCIA.pdf
- MUZA R, MUZA P. *Satisfacción del paciente con tres especialidades dentales* Rev Chil Salud Pública. 2008;12(1):12-7. [Citado 01 de junio 2011] Disponible en: <http://www.historiadelderecho.uchile.htm>
- PRESTON A, LITTLETON J. *Toward a Theory of the Dental Care Market: A Critique*. AJPH.1982;72(7):676-678.[Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/72/7/676.pdf>
- REYES EM, WELDT MC, MATELUNA CX, ALMARZA E. *Medición de la calidad del servicio de salud mental de un servicio de salud universitaria en función de los índices de satisfacción de un grupo de usuarios*. Ter Psicol. 2005;23(2):45-54.[Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/785/78523205.pdf>
- TORRES ME, MANZUR ME, HIDALGO CP, BARRA CV. *Relación entre las dimensiones de la calidad del servicio y la satisfacción: un análisis de los componentes higiénicos y satisfactorios*. Estud Admin. 2008;15(1):65-92.[Citado 01 de junio 2011]. Disponible en: http://estudiosdeadministracion.unegocios.cl/estudios/Collection_files/E_A_

2008_Vol15_N1_Torres.pdf.

- WANN-YIH W, SHIH-WEN H, HSING-PING K. *Fuzzy Set Theory Based DecisionModel for Determining MarketPosition and Developing Strategy forHospital Service Quality. Total Qual Manage.* 2004;15(4):439–456. [Citado01dejunio2011]. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf>.







ANEXO Nº 1
FORMULARIO DE PREGUNTAS PARA PACIENTES

FORMULARIO DE PREGUNTAS PARA PACIENTES

ENUNCIADO: SATISFACCIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA POR LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM DURANTE LOS MESES DE MARZO-ABRIL-MAYO DEL 2015”

Edad: _____ Sexo: _____ Lugar de residencia: _____

Por favor lea detenidamente cada pregunta y conteste colocando una cruz o aspa sobre la alternativa que usted considere adecuada.

I. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

1. En el uso de instrumentos y equipos, usted sintió:

- Comodidad
- Poca comodidad
- Incomodidad

2. Como percibió la iluminación en el ambiente que fue tratado:

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala

3. Como percibió la ventilación en el ambiente que fue tratado:

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala

4. Como percibió el uso de equipos por su tratante durante la sesión de atención:

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Malo

II. CALIDAD DE ATENCIÓN

5. Cuanto fue el tiempo que demoro su tratante en atenderlo:

- Muy largo
- Largo
- Regular
- Corto

- 6. Como considera usted el tiempo empleado en cada sesión de sus tratamientos:**
 - Muy largo
 - Largo
 - Regular
 - Corto
- 7. Como considera usted la cantidad de sesiones que tuvo que acudir a la clínica para la culminación de cada tratamiento**
 - De acuerdo
 - Regular
 - Poco de acuerdo
 - Desacuerdo
- 8. Para atenderlo el tratante lava sus manos**
 - Siempre
 - A veces
 - Nunca
- 9. Su tratante utilizo los implementos necesarios en su vestimenta para brindarle la seguridad higiénica:**
 - Siempre
 - A veces
 - Nunca
- 10. Como considera el orden del área de atención de su tratamiento:**
 - Excelente
 - Buena
 - Regular
 - Mala
- 11. Como considera la limpieza del área de atención de su tratamiento:**
 - Excelente
 - Buena
 - Regular
 - Mala
- 12. Para cada sesión de atención, el tratante utilizo material y/o instrumental en buenas condiciones:**
 - Siempre
 - A veces
 - Nunca
- 13. Como fue la actitud de su tratante durante el tiempo de atención:**
 - Muy amable
 - Amable
 - Poco amable

14. Durante los pasos de los tratamientos, Como percibe usted el desempeño de su tratante:

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala

15. Cómo calificaría usted la presencia física de su tratante durante las sesiones:

- Aseado y correctamente vestido
- Vestido de cualquier forma
- Desalineado

16. El tratante durante la atención en la clínica:

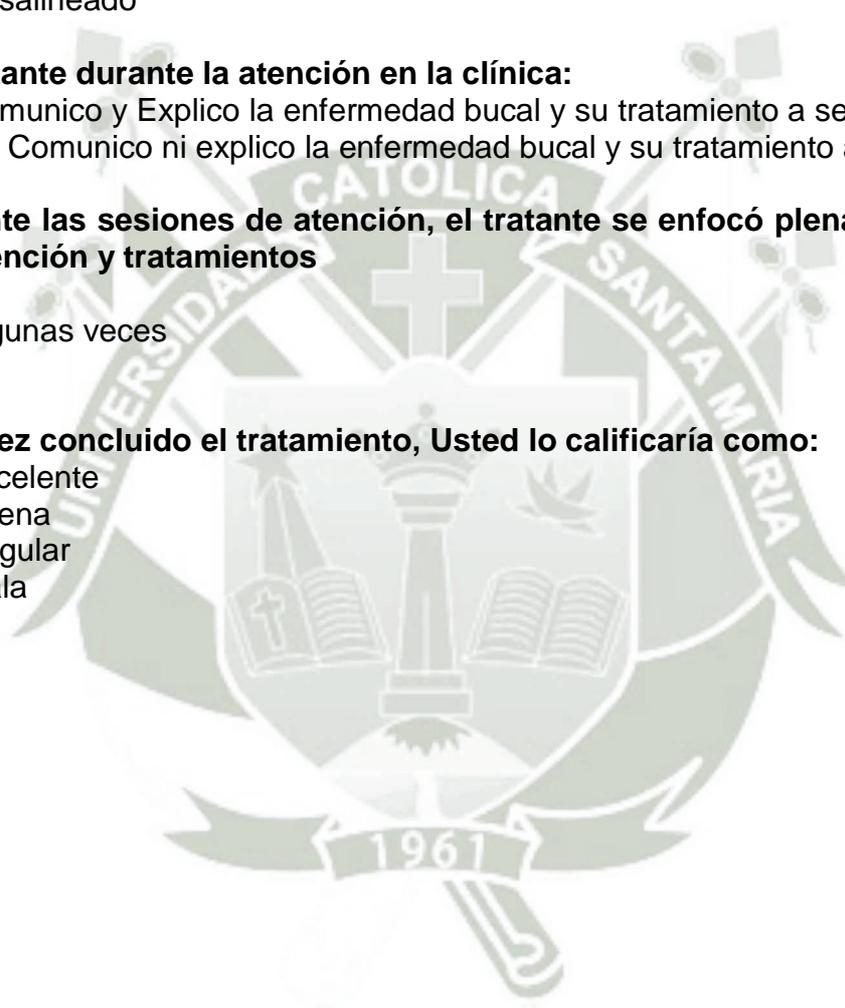
- Comunico y Explico la enfermedad bucal y su tratamiento a seguir
- No Comunico ni explico la enfermedad bucal y su tratamiento a seguir

17. Durante las sesiones de atención, el tratante se enfocó plenamente en su atención y tratamientos

- Si
- Algunas veces
- No

18. Una vez concluido el tratamiento, Usted lo calificaría como:

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala





MATRIZ DE DATOS

ENUNCIADO: SATISFACCIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA POR LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM DURANTE LOS MESES DE MARZO-ABRIL-MAYO DEL 2015^o

Nº	SEMESTRE	EDAD	SEXO	TIEMPO DE ATENCIÓN	BIOSEGURIDAD	DESEMPEÑO	CALIDAD	COMFORT
1	7	28	M	3	10	9	22	5
2	7	24	M	7	10	14	31	11
3	7	65	F	7	11	13	31	7
4	7	52	F	3	8	12	23	7
5	7	59	F	5	9	12	26	6
6	7	61	M	5	8	9	22	6
7	7	36	F	7	7	11	25	6
8	7	26	M	8	10	10	28	8
9	7	46	F	8	10	13	31	11
10	7	44	F	6	12	15	33	10
11	7	23	M	6	9	9	24	4
12	7	71	M	8	9	10	27	9
13	7	42	F	6	9	13	28	7
14	7	21	M	9	9	12	30	8
15	7	65	M	8	8	13	29	9
16	7	22	M	7	10	13	30	9
17	7	39	M	7	6	10	23	3
18	7	28	M	5	8	11	24	4
19	7	23	M	6	12	13	31	11
20	7	47	F	4	11	13	28	9
21	7	29	F	8	10	12	30	9
22	7	19	F	8	9	11	28	6
23	7	18	M	8	12	12	32	8

Nro	SEMESTRE	EDAD	SEXO	TIEMPO DE ATENCIÓN	BIOSEGURIDAD	DESEMPEÑO	CALIDAD	COMFORT
24	7	20	F	4	7	7	18	6
25	7	26	F	5	7	5	17	4
26	7	45	F	4	9	10	23	7
27	7	61	F	7	9	12	28	8
28	7	24	F	8	11	13	32	8
29	7	18	F	8	10	13	31	8
30	7	42	M	6	10	10	26	8
31	7	34	M	6	10	11	27	5
32	7	28	F	5	10	12	27	8
33	7	36	M	7	10	10	27	7
34	7	65	F	6	10	11	27	6
35	7	58	F	8	8	12	28	6
36	7	41	F	5	8	11	24	7
37	7	29	M	6	9	12	27	6
38	7	19	M	8	12	14	34	11
39	7	23	M	9	12	14	35	11
40	7	32	F	7	8	12	27	6
41	7	21	M	6	8	11	25	6
42	7	65	M	4	8	8	20	5
43	7	32	F	6	9	9	24	8
44	7	61	M	4	9	11	24	8
45	7	68	M	6	10	11	27	7
46	7	37	M	8	9	7	24	8
47	7	71	M	3	6	8	17	5
48	7	21	M	6	10	11	27	5
49	7	63	M	8	12	14	34	11

Nro	SEMESTRE	EDAD	SEXO	TIEMPO DE ATENCIÓN	BIOSEGURIDAD	DESEMPEÑO	CALIDAD	COMFORT
50	7	74	F	4	8	10	22	5
51	7	27	F	4	7	10	21	6
52	7	62	M	8	8	11	27	6
53	7	21	F	4	9	10	23	10
54	7	25	M	7	9	11	27	6
55	7	42	F	8	10	12	30	8
56	7	33	M	6	10	11	27	7
57	7	41	F	4	10	10	24	5
58	7	22	M	2	10	11	23	6
59	7	19	M	7	9	10	26	8
60	7	47	F	9	11	12	32	8
61	7	55	M	7	10	12	29	9
62	7	24	M	6	9	11	26	6
63	7	47	F	7	11	12	30	7
64	7	51	F	5	9	11	25	8
65	7	19	F	8	12	14	34	11
66	7	39	F	8	12	14	34	11
67	7	35	F	3	6	13	22	10
68	7	23	F	7	8	10	25	5
69	7	67	F	8	10	12	30	7
70	7	71	M	2	10	9	21	6
71	7	64	F	7	10	11	28	8
72	7	41	M	8	10	12	30	8
73	7	35	M	8	10	14	32	9
74	7	41	F	7	10	12	29	8
75	7	24	M	9	12	14	35	11

Nro	SEMESTRE	EDAD	SEXO	TIEMPO DE ATENCIÓN	BIOSEGURIDAD	DESEMPEÑO	CALIDAD	COMFORT
76	7	39	F	3	11	11	25	8
77	7	42	M	5	10	9	24	6
78	7	18	F	9	12	13	34	9
79	7	28	M	6	10	8	24	8
80	7	35	M	5	11	13	29	9
81	7	70	F	4	9	11	24	8
82	7	55	M	4	7	11	22	7
83	7	50	M	4	7	9	20	4
84	7	40	F	3	4	4	11	2
85	7	34	M	6	10	11	27	6
86	7	43	M	5	6	8	19	6
87	7	19	M	7	11	12	30	9
88	7	62	F	3	9	11	23	7
89	7	33	M	6	8	11	25	7
90	7	19	F	7	10	12	29	8
91	7	23	F	5	10	13	28	8
92	7	26	F	6	7	11	24	6
93	7	20	F	6	12	13	31	11
94	7	20	M	5	9	14	28	11
95	7	43	M	8	11	11	30	8
96	7	30	F	4	9	11	24	8
97	7	24	M	4	7	11	22	8
98	7	48	F	4	10	10	24	5
99	7	19	F	3	9	12	24	5
100	7	20	F	6	11	11	28	8
101	7	19	M	6	9	7	22	6

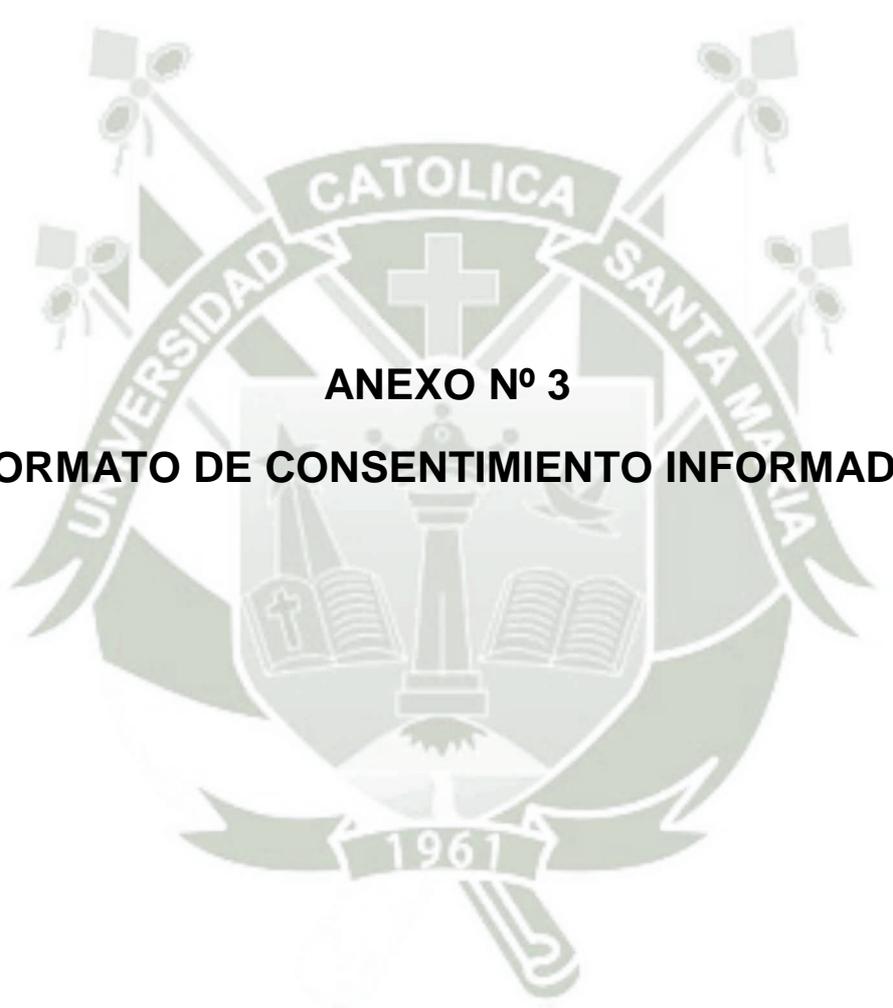
Nro	SEMESTRE	EDAD	SEXO	TIEMPO DE ATENCIÓN	BIOSEGURIDAD	DESEMPEÑO	CALIDAD	COMFORT
102	7	22	F	5	8	9	22	5
103	7	52	M	6	9	10	25	5
104	7	74	M	6	8	10	24	6
105	7	71	F	8	12	14	34	10
106	7	37	F	6	10	11	27	7
107	7	63	F	6	12	14	32	11
108	7	38	F	4	6	9	19	7
109	7	23	F	5	8	11	24	4
110	7	40	F	6	9	12	27	7
111	7	19	M	5	8	11	24	5
112	9	43	M	6	9	10	25	5
113	9	54	F	4	8	9	21	5
114	9	19	F	6	11	11	28	8
115	9	28	F	5	8	9	22	6
116	9	51	M	6	12	14	32	11
117	9	22	F	4	10	12	26	8
118	9	24	F	6	7	9	22	4
119	9	40	F	6	10	14	30	8
120	9	30	F	3	9	11	23	6
121	9	61	F	8	10	12	30	8
122	9	47	F	8	9	9	26	11
123	9	68	F	3	12	13	28	6
124	9	46	F	7	9	10	26	7
125	9	68	F	9	12	14	35	11
126	9	38	M	8	12	12	32	7
127	9	49	F	4	9	11	24	10

Nro	SEMESTRE	EDAD	SEXO	TIEMPO DE ATENCIÓN	BIOSEGURIDAD	DESEMPEÑO	CALIDAD	COMFORT
128	9	59	F	6	11	13	30	8
129	9	69	F	7	12	12	31	8
130	9	23	F	8	11	13	32	6
131	9	26	F	7	10	13	30	9
132	9	65	F	5	12	13	30	7
133	9	28	F	8	11	13	32	8
134	9	45	F	3	12	14	29	8
135	9	27	M	5	8	8	21	4
136	9	47	M	6	8	13	27	7
137	9	45	F	8	12	14	34	9
138	9	50	M	7	10	14	31	8
139	9	27	F	9	10	13	32	7
140	9	69	M	5	11	13	29	10
141	9	48	F	6	9	9	24	5
142	9	49	M	7	10	11	28	8
143	9	33	M	6	6	8	20	4
144	9	52	M	4	5	9	18	6
145	9	48	M	7	6	6	19	5
146	9	62	M	4	10	8	22	5
147	9	31	M	6	8	10	24	5
148	9	25	M	3	10	11	24	7
149	9	28	F	7	6	9	22	7
150	9	69	F	9	12	14	35	9
151	9	61	M	7	9	14	30	10
152	9	26	M	8	9	14	31	11
153	9	21	F	8	12	14	34	11

Nro	SEMESTRE	EDAD	SEXO	TIEMPO DE ATENCIÓN	BIOSEGURIDAD	DESEMPEÑO	CALIDAD	COMFORT
154	9	46	F	8	10	13	31	6
155	9	32	M	6	9	11	26	8
156	9	67	M	8	10	12	30	8
157	9	40	M	8	12	14	34	9
158	9	38	F	6	9	11	26	9
159	9	54	M	5	9	12	26	8
160	9	39	M	8	9	11	28	5
161	9	18	M	6	10	12	28	8
162	9	35	F	5	11	14	30	8
163	9	19	M	6	11	12	29	11
164	9	26	F	9	11	14	34	11
165	9	30	M	1	10	12	23	10
166	9	26	M	2	12	13	27	9
167	9	24	F	7	12	13	32	10
168	9	30	F	4	12	14	30	11
169	9	21	F	8	11	13	32	9
170	9	19	M	7	10	13	30	9
171	9	21	M	3	11	13	27	11
172	9	27	F	6	12	14	32	11
173	9	24	F	6	12	12	30	8
174	9	36	F	3	12	12	27	8
175	9	27	M	5	12	13	30	8
176	9	44	M	5	10	9	24	6
177	9	34	F	8	9	13	30	10
178	9	64	M	5	7	11	23	7
179	9	18	F	9	12	12	33	11

Nro	SEMESTRE	EDAD	SEXO	TIEMPO DE ATENCIÓN	BIOSEGURIDAD	DESEMPEÑO	CALIDAD	COMFORT
180	9	38	M	5	7	9	21	5
181	9	75	F	6	9	10	25	5
182	9	26	F	7	6	11	24	7
183	9	60	M	6	10	10	26	6
184	9	21	M	9	12	14	35	11
185	9	41	M	7	11	11	29	7
186	9	30	F	6	8	11	25	10
187	9	34	M	6	9	11	26	6
188	9	45	F	8	11	14	33	6
189	9	52	M	5	10	11	26	8
190	9	23	M	6	12	11	29	9
191	9	56	F	8	12	12	32	11
192	9	27	M	4	7	9	20	8
193	9	45	M	8	7	9	24	10
194	9	32	F	9	11	9	29	8
195	9	21	M	5	7	10	22	10
196	9	65	M	5	12	13	30	8
197	9	54	M	9	7	9	25	9
198	9	22	F	9	12	9	30	11
199	9	38	F	5	7	11	23	9
200	9	18	M	9	12	13	34	11
201	9	77	M	9	12	12	33	13
202	9	43	F	6	8	11	25	10
203	9	65	M	7	7	9	23	8
204	9	41	F	4	6	9	19	10
205	9	47	F	8	11	10	29	10

Nro	SEMESTRE	EDAD	SEXO	TIEMPO DE ATENCIÓN	BIOSEGURIDAD	DESEMPEÑO	CALIDAD	COMFORT
206	9	32	M	5	8	11	24	9
207	9	67	M	6	10	8	24	10
208	9	71	F	9	12	14	35	13
209	9	54	F	8	10	9	27	10
210	9	21	M	4	8	13	25	11
211	9	35	M	8	12	13	33	11
212	9	65	F	5	7	9	21	11
213	9	22	F	8	10	13	31	6
214	9	45	F	6	9	11	26	8
215	9	27	M	8	10	12	30	8
216	9	47	M	8	12	14	34	9
217	9	45	F	6	9	11	26	9
218	9	50	M	5	9	12	26	8
219	9	27	F	8	9	11	28	5
220	9	69	M	6	10	12	28	8
221	9	48	F	5	11	14	30	8
222	9	49	M	6	11	12	29	11
223	9	33	M	9	11	14	34	11
224	9	52	M	1	10	12	23	10
225	9	48	M	2	12	13	27	9
226	9	62	M	7	12	13	32	10
227	9	31	M	4	12	14	30	11
228	9	25	M	8	11	13	32	9
229	9	28	F	7	10	13	30	9
230	9	69	F	3	11	13	27	11



ANEXO Nº 3
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe _____ hace constar que da su consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación que presenta el Sr. **CARLOS ENRIQUE LAURA MUCHICA** de la Facultad de Odontología titulada: **SATISFACCIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA POR LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM DURANTE LOS MESES DE MARZO-ABRIL-MAYO DEL 2015**”, con fines de obtención del Título Profesional de Cirujano Dentista.

Declaro que como sujeto de investigación, he sido informado exhaustiva y objetivamente sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, fines y resultados de dicho estudio.

Asimismo, he sido informado convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio me asisten, en lo que respecta a los principios de beneficencia, libre determinación, privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, trato justo y digno, antes, durante y posterior a la investigación.

En fe de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmamos:

Investigador

Investigado(a)

Arequipa,