

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
Maestría Gerencia en Salud



**Calidad de atención Odontológica desde la perspectiva del Usuario.  
Clínica Odontológica -Segunda Especialidad en Ortodoncia y  
Ortopedia Maxilar- Universidad Católica de Santa Maria Arequipa  
Junio-Agosto 2003**

Tesis presentado por el bachiller  
Jaime Sebastián Gallegos Zanabria,  
Para optar el grado Académico de Magíster en  
Gerencia de Salud

Arequipa – Perú

2003

A Dios  
Y a la Memoria de mis padres  
Sebastián y Aurora



A mi esposa Emperatriz con mucho amor

A mis hijos Gerardo y Aylín



*“He terminado mi obra.  
Es tan perfecta como puedo Hacerla”*

Edward H. Angle  
1855-1930

## ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
CAPÍTULO ÚNICO	
RESULTADOS	9
1. Características Generales de la Población	10
2. Calidad de la Atención.	13
Conclusiones	50
Propuesta	51
Bibliografía	53
Anexo N° 1	55
Anexo N° 2	90

## Resumen

En Arequipa, la Universidad Católica de Santa María, institución educativa de nivel superior, cuenta con la Facultad de Odontología, ésta a su vez, ofrece Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar, que permite capacitar a los profesionales Cirujano Dentistas, y como parte de su formación profesional, realizan sus actividades en la Clínica Odontológica; a ella, asisten pacientes de diferentes edades y sexo.

La presente investigación tuvo como objetivo llegar a conocer la CALIDAD de atención que, a criterio de los pacientes, merecía la atención odontoestomatológica brindada en la Clínica.

Durante los meses de junio, julio y agosto del presente año, se aplicó Cuestionarios de 11 preguntas, sobre indicadores de CALIDAD de atención, a todos los pacientes mayores de 10 años con contrato de atención, que asistieron a esta Clínica que en total fue 46, de los cuales 19 varones y 27 mujeres. En cuanto al rango de edades, 19 de ellos estaban entre 10 a 15 años, 13 entre 16 a 20 años y 14 eran mayores de 20 años.

Al final del estudio, los resultados fueron los siguientes: La calidad de atención percibida por el usuario fue **ACEPTABLE**.

Ningún indicador fue calificado como **INSATISFACTORIO**.

## ABSTRACT

In Arequipa, the Catholic University of Santa María, educational institution of superior level, has the Ability of Dentistry, this in turn, offers Second Specialty in Orthodontics and Maxillary Orthopedics that it allows the professional Surgeon Dentists to qualify, and like part of its professional formation, they carry out its activities in the Odontological Clinical; to her, they attend patient of different ages and sex.

The present investigation had as objective to end up knowing the QUALITY of attention that, to the patients' approach, it deserved the attention odontoestomatológica toasted in the Clinic.

During the months of June, July and August of the present year, it was applied Questionnaires of 11 questions, on indicators of QUALITY of attention, to all the patients bigger than 10 years with contract of attention that you/they attended this Clinic that was 46 in total, of those which 19 males and 27 women. As for the range of ages, 19 of them were among 10 to 15 years, 13 among 16 to 20 years and 14 were bigger than 20 years.

At the end of the study, the results were the following ones: The quality of attention perceived by the user was to REGULATE

No indicator was qualified as BAD.

## INTRODUCCIÓN

La calidad de los productos y servicios es un hecho cierto que no puede ser ignorado por ninguna empresa, y las universidades como empresas desempeñan un rol determinante en la formación de un profesional moderno avalado con conocimientos adecuados a la realidad contemporánea que se proponga y logre contribuir con el reto de los escenarios del presente. A fin de que la creatividad y la innovación se manifiesten en pro de las organizaciones y del propio crecimiento profesional.

Desde luego, todo ello requiere el que las Universidades, las Escuelas de Graduados, específicamente las que ofrecen el programa de Maestría y de Especialidad en Gerencia, proporcionen los conocimientos que permitan el desarrollo de habilidades que respondan a los cambios tecnológicos, administrativos y culturales.

Debemos estar conscientes de los cambios globales en los servicios de salud, así como también de las fortalezas que se están creando en cuanto a la salud dental preventiva. La incorporación de seguros dentales y de gastos dentales pre-pagados a nivel mundial, con los requerimientos de calidad que éstos tendrán que aplicar, hará que la estomatología incorpore a su práctica, la más alta tecnología, información e integración de especialistas, para lograr con ello la calidad que el paciente requiere de nuestros servicios. Esta Calidad estará basada en los recursos eficazmente utilizados y que únicamente puede ser evaluada por el paciente que hace uso de estos servicios.

El presente trabajo, fruto del conocimiento adquirido durante nuestra formación en la Maestría de Gerencia en Salud, de la escuela de postgrado de la Universidad Católica de Santa María, nos permite conocer la evaluación que a criterio de los pacientes merece la atención por ellos recibida, y poder mejorar sus condiciones de atención, desde su punto de vista.

En la primera parte, se expone los resultados, conclusiones y una propuesta de cambio para mejora de los indicadores que resultan con calificativo regular o menos.

En la segunda parte se incluye los anexos, es prudente recomendar que debemos preparar profesionales de especialidad en gerencia, capaces de organizar la participación y aprovechamiento del elemento humano y de utilizar, e inclusive crear, nuevos enfoques en las ciencias administrativas y sociales que permitan mejorar la calidad y la productividad integral en organizaciones de servicios especialmente en salud del sistema Estomatognatico, capaces de satisfacer las necesidades de nuestra comunidad.



## 1.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN



**CUADRO N° 1**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SUJETA A ESTUDIO**

Grupo Etareo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
10 –15 años	6	13.1	13	28.3	19	41.4
16 – 20 años	6	13.1	7	15.2	13	28.4
Mas de 20 años	7	15.2	7	15.1	14	30.2
Total	19	41.4	27	58.6	46	100.0

**Fuente:** Matriz de datos

Se observa que el mayor porcentaje de pacientes lo constituyen las mujeres con el 58.6% y dentro de este grupo, el de 10 a 15 años, coincidiendo con diferentes autores como Proffit <sup>22</sup>; quien, señala que ésta, es la edad en la cual más personas asisten a la atención ortodóncica. La mayor cantidad de personas atendidas son de 10 a 15 años, lo que coincide con estudios similares<sup>6</sup>, pero es importante también destacar que el sexo masculino aumenta a partir de los 20 años de edad, probablemente porque a esta edad ya pueden pagar sus propios tratamientos.<sup>21</sup>

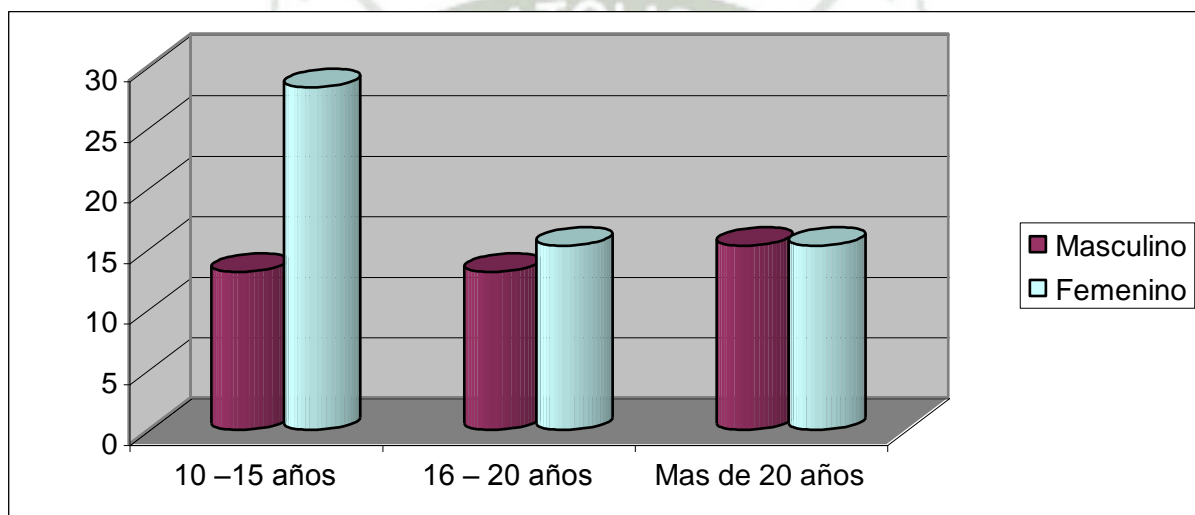
<sup>22</sup> Proffit William R. Ortodoncia Teoría y Práctica. Mosby Doyma Libros Madrid España 1994.

<sup>6</sup> Graber T., Vanarsdall R. Ortodoncia Principios Generales Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires 1997

<sup>21</sup> Shaw WC. The influence of children s dentofacial appear ance on their social attractives as judged by peer and lay adults. Am. J. Orthod. 79: 399-415.1981

### GRAFICO N° 01

#### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SUJETA A ESTUDIO



Fuente: Matriz de Datos



## 2.- CALIDAD DE ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

## CUADRO N° 2

### CORTESIA Y AMABILIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO POR EDAD

Edad	10 – 15		16 – 20		mas de 20		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cortesía y amabilidad								
Satisfactorio	10	21.7	5	10.9	7	15.2	22	47.8
Aceptable	9	19.6	7	15.2	5	10.9	21	45.7
Insatisfactorio	0	0	1	2.2	2	4.3	3	6.5
Total :	19	41.3	13	28.3	14	30.4	46	100.0

$$Ji\text{-cuadrado} = 3.41 < 9.49 \quad (p < 0.05)$$

No se encontraron diferencias importantes entre las edades de los pacientes, sobre esta característica de atención. Los usuarios entrevistados en un 47.8% reciben una atención satisfactoria, de todo el personal de la Universidad; el 45.7% manifiesta que es aceptable y el 6.5 % manifiesta que esta es poca satisfactoria. Abril Elba<sup>23</sup> indica que por lo menos el 90 % del personal debe ser cortés y amable.

<sup>23</sup> Abril Valdes Elba. La satisfacción del usuario y prestador del servicio medico como un indicador de Calidad. Centro de investigacion en alimentación y desarrollo [http. www.Gerencia](http://www.Gerencia) en salud .2003.

**CUADRO N° 3**

**CORTESÍA Y AMABILIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO, POR SEXO**

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cortesía y amabilidad						
Satisfactorio	12	26.1	10	21.7	22	47.8
Aceptable	7	15.2	14	30.4	21	45.7
Insatisfactorio	1	2.2	2	4.3	3	6.5
Total :	20	43.5	26	56.5	46	100.0

Ji-cuadrado = 2.10 < 5.99 ( p < 0.05 )

No se encontraron diferencias significativas, en lo que refirieron los pacientes varones y mujeres sobre cortesía y amabilidad, El 30.4 % de mujeres afirman que esta es aceptable, mientras que el 26.1% de varones afirman que esta es satisfactorio.

## GRAFICO N° 2

### CORTESÍA Y AMABILIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO,



**Fuente:** Matriz de datos

**CUADRO N° 4**

**CONFIANZA PERCIBIDA POR EL USUARIO, POR EDAD**

Edad	10 – 15		16 – 20		Más de 20		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Satisfactorio	8	17.4	9	19.6	11	23.9	28	60.9
Aceptable	9	19.6	4	8.7	3	6.5	16	34.8
Insatisfactorio	2	4.3	0		0		2	4.3
Total :	19	41.3	13	28.3	14	30.4	46	100

$$Ji\text{-cuadrado} = 6.45 < 9.49 \quad ( p < 0.05 )$$

El 60.9 % de los entrevistados confía plenamente en el tratamiento que se le esta realizando, especialmente en el grupo de mayor edad coincidiendo con Shaw W,C, (21).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre confianza y edad de los usuarios.

## CUADRO N° 5

## CONFIANZA PERCIBIDA POR EL USUARIO POR SEXO

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Confianza						
Satisfactorio	15	32.6	13	28.3	28	60.9
Aceptable	5	10.9	11	23.9	16	34.8
Insatisfactorio	0	0.0	2	4.3	2	4.3
Total :	20	43.5	26	56.5	46	100

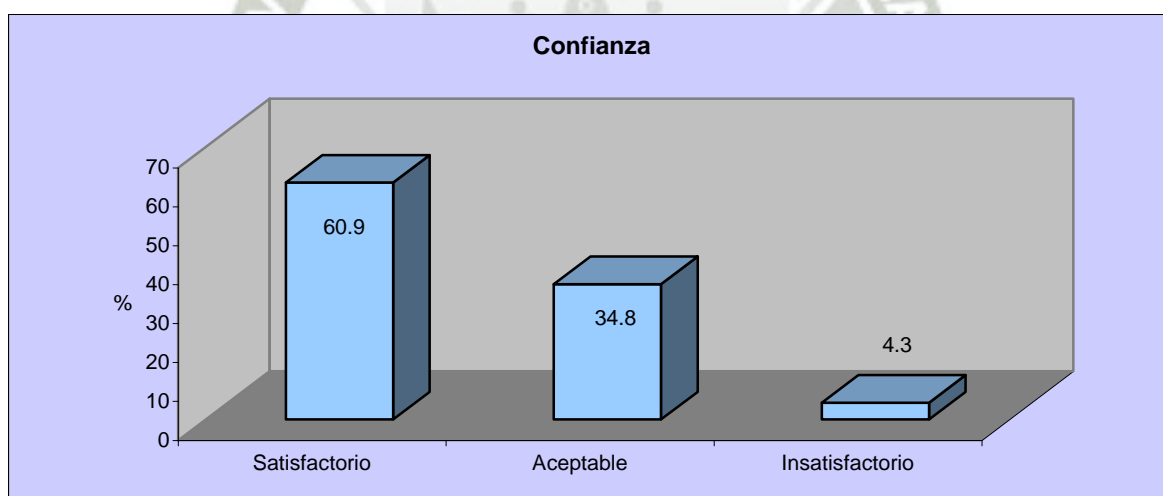
Ji-cuadrado = 3.67 < 5.99 ( p < 0.05 )

No se encontraron diferencias importantes entre usuarios varones y mujeres; el 60.9 % de pacientes confía plenamente en el tratamiento, el 34.8 % cree que la confianza es aceptable y el 4.3 % no confían en el tratamiento que les están realizando, pero se puede observar que las mujeres tienen más dudas sobre el tratamiento que les están realizando.

### GRÁFICO N° 3

#### CONFIANZA PERCIBIDA POR EL USUARIO

#### CONFIANZA PERCIBIDO POR EL USUARIO,



Fuente: Matriz de Datos

**CUADRO N° 6**

**SEGURIDAD DURANTE EL TRATAMIENTO, POR EDAD**

Edad	10 - 15		16 - 20		Más de 20		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Satisfactorio	7	15.2	8	17.4	7	15.2	22	47.8
Aceptable	7	15.2	4	8.7	6	13.0	17	37.0
Insatisfactorio	5	10.9	1	2.2	1	2.2	7	15.2
Total :	19	41.3	13	28.3	14	30.4	46	100

$$Ji\text{-cuadrado} = 3.89 < 9.49 \text{ ( } p < 0.05 \text{ )}$$

Observamos que el 47.8% refieren que la seguridad en la clínica es satisfactoria; mientras que el 37% manifiesta que esta es aceptable; el 15.2% piensa que no existe seguridad, o esta es insatisfactorio

Es importante destacar que para el 10.9 % del grupo de 10 a 15 años, no existe seguridad

No hay diferencias estadísticamente significativas en la seguridad que refieren los pacientes por edad.

**CUADRO N° 7**

**SEGURIDAD: DURANTE EL TRATAMIENTO. POR SEXO**

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Seguridad						
Satisfactorio	13	28.3	9	19.6	22	47.8
Aceptable	5	10.9	12	26.1	17	37.0
Insatisfactorio	2	4.3	5	10.9	7	15.2
Total :	20	43.5	26	56.5	46	100.0

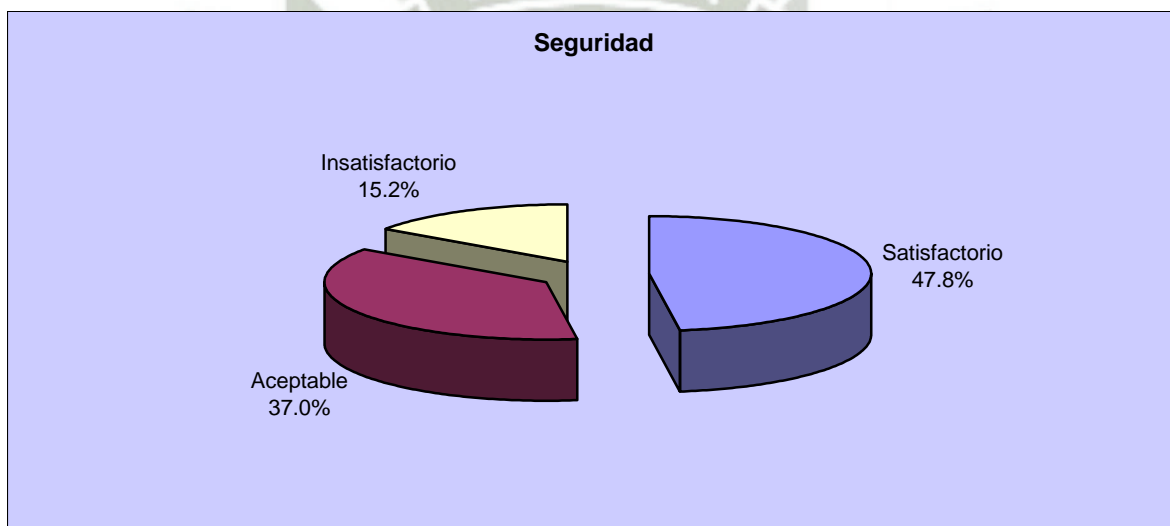
$$Ji\text{-cuadrado} = 4.18 < 5.99 \text{ ( } p < 0.05 \text{ )}$$

observamos que para el sexo femenino la confianza es aceptable en 26.1%; mientras que para el sexo masculino la seguridad es satisfactorio en un 28.3%

Estadísticamente no existen diferencias significativas, en relación a la seguridad para ambos sexos.

## GRÁFICO N° 4

### SEGURIDAD DURANTE EL TRATAMIENTO



Fuente: Matriz de Datos

**CUADRO N° 8**

**ACEPTABILIDAD CON LA EVOLUCIÓN DE SU TRATAMIENTO, POR EDAD**

Edad	10 – 15		16 - 20		más de 20		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Satisfactorio	12	26.1	6	13.0	8	17.4	26	56.5
Aceptable	4	8.7	6	13.0	6	13.0	16	34.8
Insatisfactorio	3	6.5	1	2.2	0	0.0	4	8.7
Total :	19	41.3	13	28.3	14	30.4	46	100

$Ji\text{-cuadrado} = 4.50 < 9.49 \text{ ( } p < 0.05 \text{ )}$

Se observa, que el 56.5% de los pacientes refirió que la evolución de su tratamiento; es satisfactorio; el 34.8% es aceptable, y el 8.7% es insatisfactorio.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para con la satisfacción de la evolución de su tratamiento, con referencia a la edad de los pacientes.

**CUADRO N° 9**

**ACEPTABILIDAD CON LA EVOLUCION DE SU TRATAMIENTO, POR SEXO**

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aceptabilidad						
Satisfactorio	14	30.4	12	26.1	26	56.5
Aceptable	6	13.0	10	21.7	16	34.8
Insatisfactorio	0	0	4	8.7	4	8.7
Total :	20	43.5	26	56.5	46	100.0

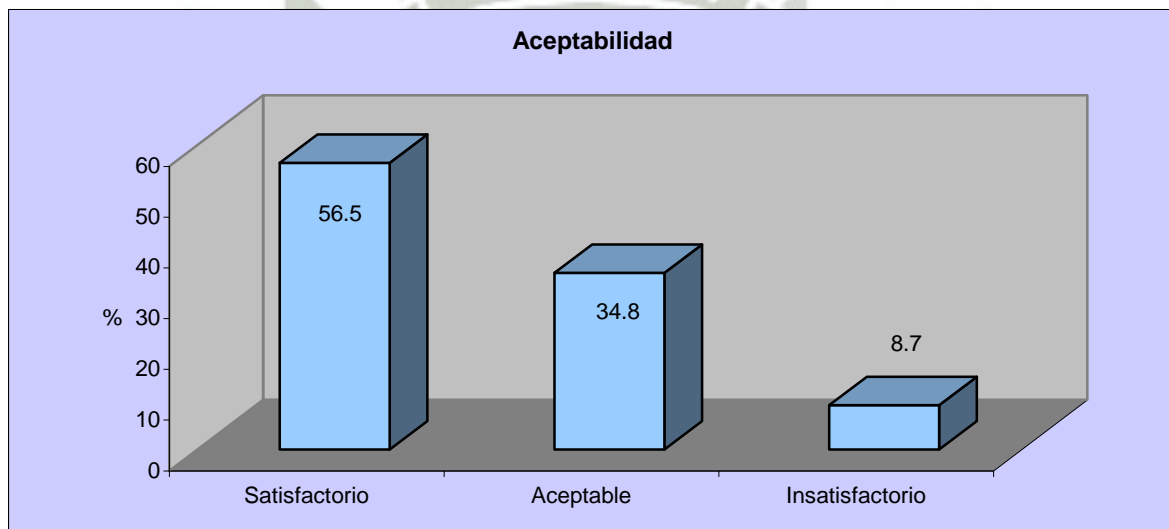
$Ji\text{-cuadrado} = 4.45 < 5.99 \text{ ( } p < 0.05 \text{ )}$

Para ninguno de los usuarios varones es insatisfactorio el tratamiento y sólo esta es para el 8.7 % de mujeres.

No se encontraron diferencias significativas en relación aceptabilidad evolución de su tratamiento con el sexo de los usuarios.

### GRÁFICO N° 5

#### ACEPTABILIDAD CON LA EVOLUCION DE SU TRATAMIENTO,



Fuente: Matriz de Datos

**CUADRO N° 10**

**COMODIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN (TIEMPO DE ESPERA), POR  
EDAD**

Edad	10 – 15		16 - 20		más de 20		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tiempo de espera								
Satisfactorio	7	15.2	8	17.4	5	10.9	20	43.5
Aceptable	11	23.9	4	8.7	6	13.0	21	45.7
Insatisfactorio	1	2.2	1	2.2	3	6.5	5	10.9
Total :	19	41.3	13	28.3	14	30.4	46	100

$$Ji\text{-cuadrado} = 4.75 < 9.49 \quad ( p < 0.05 )$$

En el cuadro, se observa que para el 45.75% de los usuarios el tiempo de espera es aceptable, y el 10.9% que esta es insatisfactorio, lo que indica que más de la mitad que de los usuarios, originando cansancio por la espera; de acuerdo a Asorey Graciela <sup>13</sup>, estos factores disminuyen los factores de calidad.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación al proceso de atención con la edad

<sup>13</sup> Asorey Graciela. Calidad en Salud. Htp:www. Gerencia en salud. Com index. htp October 2002.

## CUADRO N° 11

COMODIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN (TIEMPO DE ESPERA),  
POR SEXO

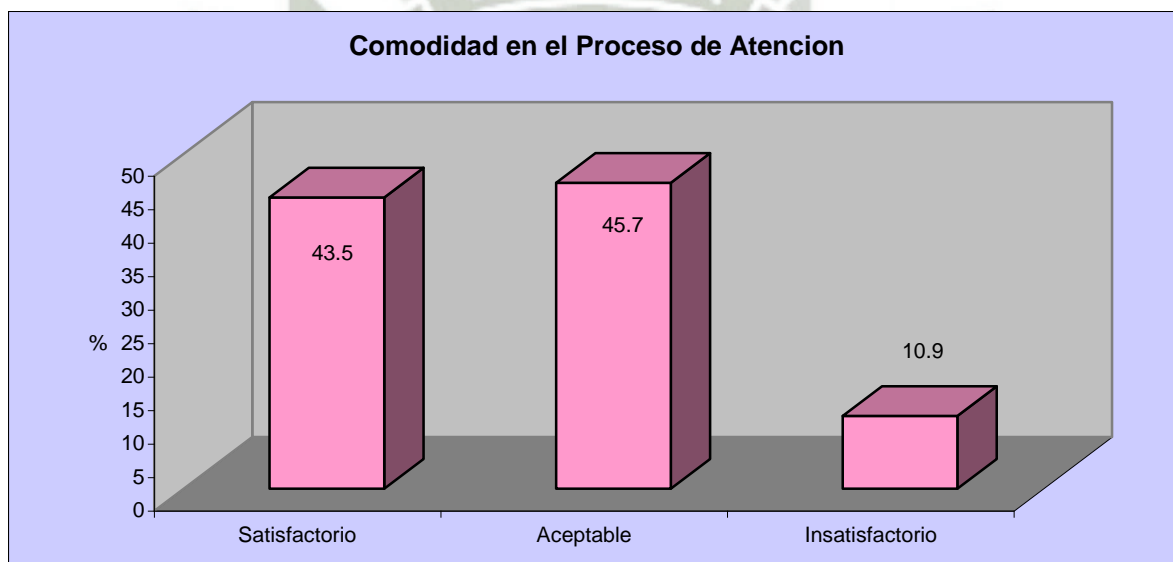
Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tiempo de Espera						
Satisfactorio	13	28.3	7	15.2	20	43.5
Aceptable	4	8.7	17	37.0	21	45.7
Insatisfactorio	3	6.5	2	4.3	5	10.9
Total :	20	43.5	26	56.5	46	100.0

Ji-cuadrado = 9.43 > 5.99 ( p < 0.05 )

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes hombres y mujeres con referencia al proceso de atención, en relación con el tiempo de espera, vemos en el presente cuadro, que el 28.3% de varones refieren que es satisfactorio, pero para el 37% de mujeres es aceptable.

GRÁFICO N° 6

COMODIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN, TIEMPO DE ESPERA



Fuente: Matriz de Datos

**CUADRO N° 12**

**ELEMENTOS TANGIBLES: LIMPIEZA Y ORDEN EN LA CLÍNICA, POR EDAD**

Edad	10 – 15		16 - 20		Más de 20		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Limpieza y Orden								
Satisfactorio	7	15.2	9	19.6	6	13.0	22	47.8
Aceptable	11	23.9	3	6.5	5	10.9	19	41.3
Insatisfactorio	1	2.2	1	2.2	3	6.5	5	10.9
Total :	19	41.3	13	28.3	14	30.4	46	100

Ji-cuadrado = 6.32 < 9.49 ( p < 0.05 )

En este cuadro se observa que 47.8% de los pacientes refirió que la limpieza y orden es satisfactorio; el 41.3 % que es aceptable y el 10.9% es insatisfactorio.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la referencia que hacen los pacientes sobre la limpieza, orden y edad de los mismos.

**CUADRO N° 13**

**ELEMENTOS TANGIBLES: LIMPIEZA Y ORDEN EN LA CLÍNICA, POR SEXO**

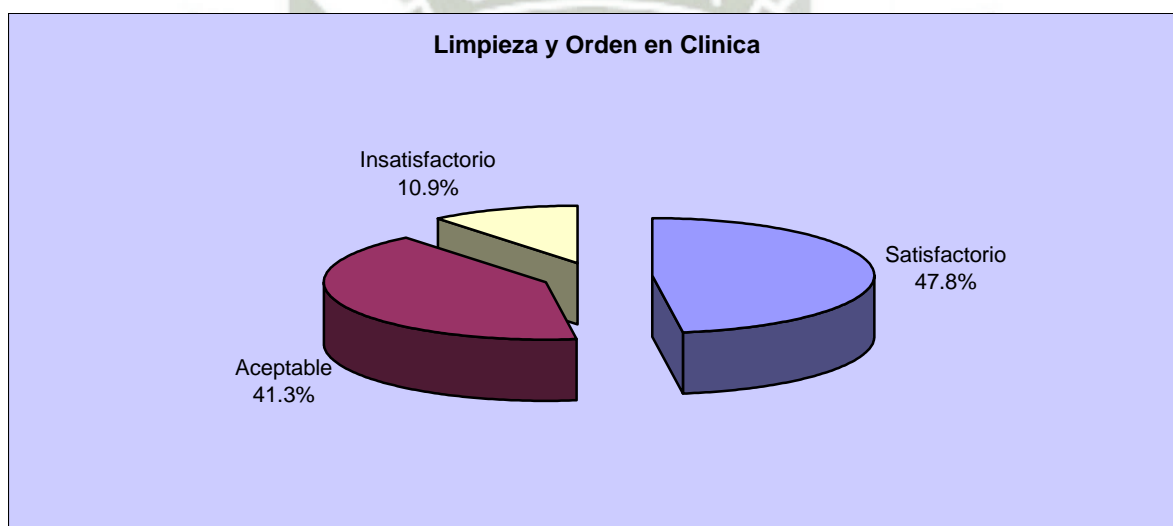
Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Limpieza y Orden						
Satisfactorio	11	23.9	11	23.9	22	47.8
Aceptable	5	10.9	14	30.4	19	41.3
Insatisfactorio	4	8.7	1	2.2	5	10.9
Total :	20	43.5	26	56.5	46	100.0

Ji-cuadrado = 5.37 < 5.99 ( p < 0.05 )

La limpieza y orden de la clínica es referida sin diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes varones y mujeres, pero se puede observar que el 30.4% de mujeres encuentra aceptable este indicador.

### GRÁFICO N° 7

#### ELEMENTOS TANGIBLES: LIMPIEZA Y ORDEN EN LA CLINICA.



Fuente: Matriz de Datos

**CUADRO N° 14**

**IMAGEN: PRESENTACIÓN Y LIMPIEZA DEL OPERADOR, POR EDAD**

Edad	10 – 15		16 - 20		Más de 20		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Presentación y Limpieza Satisfactorio	14	30.4	9	19.6	13	28.3	36	78.3
Aceptable	4	8.7	3	6.5	0	0.0	7	15.2
Insatisfactorio	1	2.2	1	2.2	1	2.2	3	6.5
Total :	19	41.3	13	28.3	14	30.4	46	100

$$Ji\text{-cuadrado} = 3.73 < 9.49 \text{ ( } p < 0.05 \text{ )}$$

Observamos en el presente cuadro, que el 78.3% de los pacientes considera que la presentación del Operador es Satisfactorio; el 15.2% es aceptable.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la referencia cómo considera la presentación del Odontólogo, y las edades de los pacientes.

CUADRO N° 15

IMAGEN: PRESENTACIÓN Y LIMPIEZA DEL OPERADOR POR SEXO

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Presentación y Limpieza						
Satisfactorio	17	37.0	19	41.3	36	78.3
Aceptable	1	2.2	6	13.0	7	15.2
Insatisfactorio	2	4.3	1	2.2	3	6.5
Total :	20	43.5	26	56.5	46	100.0

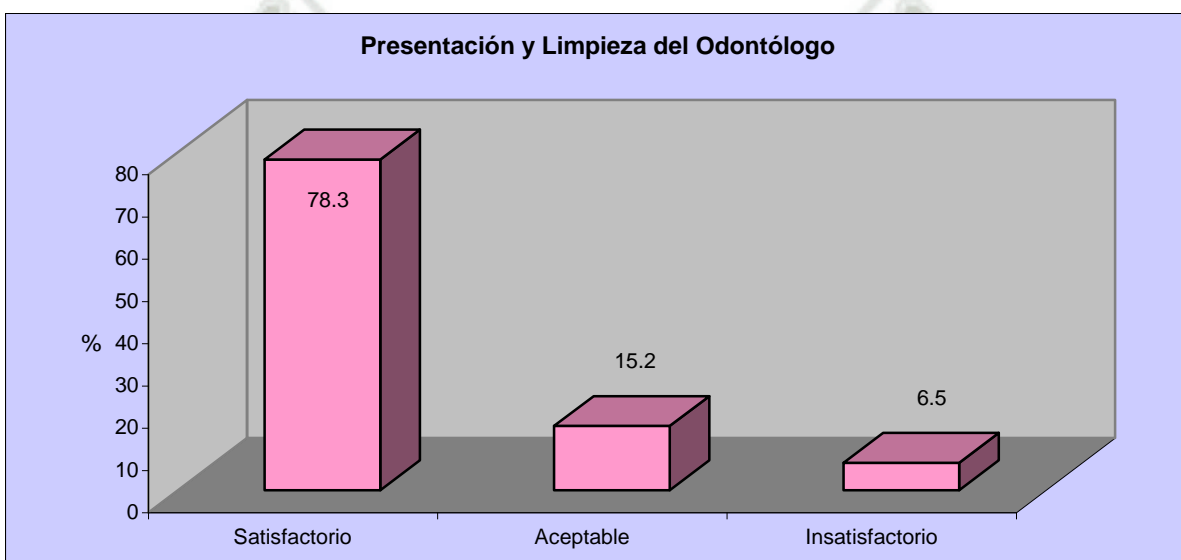
$$Ji\text{-cuadrado} = 3.29 < 5.99 \text{ ( } p < 0.05 \text{ )}$$

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas

Se observa que los usuarios, tanto varones como mujeres manifiestan en su mayoría que la presentación y limpieza del Operador es Satisfactorio.

### GRÁFICO N° 8

IMAGEN: PRESENTACION Y LIMPIEZA DEL OPERADOR



Fuente: Matriz de Datos

**CUADRO N° 16**

**ACCESIBILIDAD: ACCESO GEOGRÁFICO A LA CLÍNICA, POR EDAD**

Edad	10 - 15		16 – 20		Más de 20		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Satisfactorio	7	15.2	7	15.2	8	17.4	22	47.8
Aceptable	10	21.7	6	13.0	5	10.9	21	45.7
Insatisfactorio	2	4.3	0	0.0	1	2.2	3	6.5
Total :	19	41.3	13	28.3	14	30.4	46	100

$$Ji\text{-cuadrado} = 2.66 < 9.49 \text{ ( } p < 0.05 \text{ )}$$

Como se observa en relación a la accesibilidad, el 47.8% de los pacientes refiere que es Satisfactorio; 45.7 % que es Aceptable.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la referencia de cómo es el acceso y la edad de los pacientes

## CUADRO N° 17

## ACCESIBILIDAD: ACCESO GEOGRÁFICO A LA CLÍNICA POR SEXO

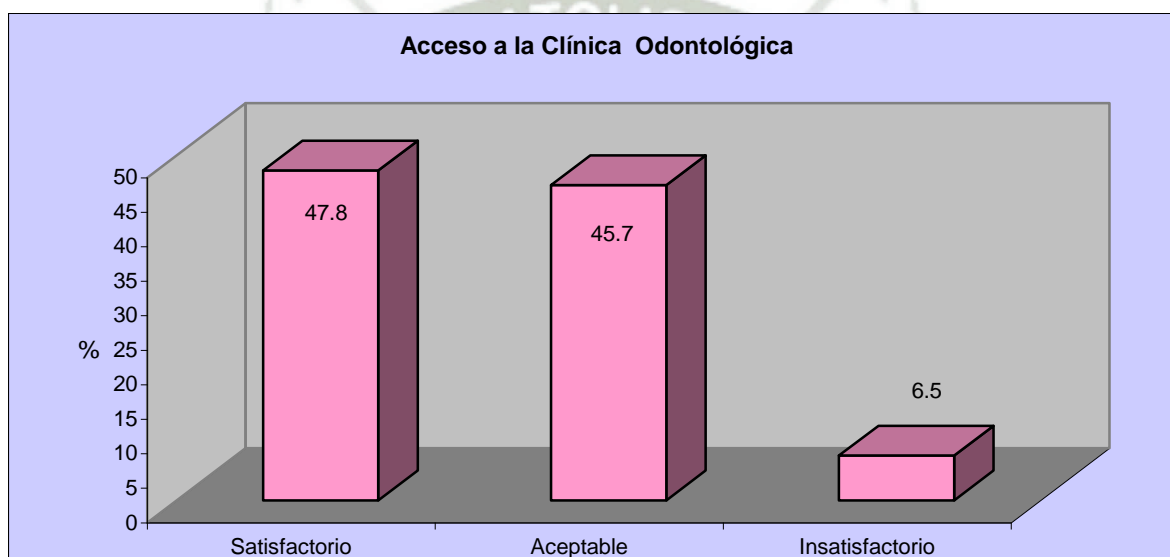
Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Accesibilidad						
Satisfactorio	13	28.3	9	19.6	22	47.8
Aceptable	6	13.0	15	32.6	21	45.7
Insatisfactorio	1	2.2	2	4.3	3	6.5
Total :	20	43.5	26	56.5	46	100.0

Ji-cuadrado = 4.21 < 5.99 ( p < 0.05 )

La accesibilidad a la clínica es percibida por los pacientes varones y mujeres de forma muy similar, no encontrándose diferencias significativas; no tienen inconvenientes para llegar a recibir su atención.

### GRÁFICO N° 9

#### ACCESIBILIDAD: ACCESO GEOGRÁFICO A LA CLÍNICA.



Fuente: Matriz de Datos

**CUADRO N° 18**

**ACCESIBILIDAD: HORARIOS DE ATENCIÓN POR EDAD**

Edad	10 – 15		16 - 20		Más de 20		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Satisfactorio	11	23.9	6	13.0	8	17.4	25	54.3
Aceptable	6	13.0	6	13.0	5	10.9	17	37.0
Insatisfactorio	2	4.3	1	2.2	1	2.2	4	8.7
Total :	19	41.3	13	28.3	14	30.4	46	100.0

$$Ji\text{-cuadrado} = 0.80 < 9.49 \text{ ( } p < 0.05 \text{ )}$$

Podemos ver en el presente cuadro, que el 54.3% de los pacientes refieren que el horario es Satisfactorio; y el 37% dice que el horario es Aceptable.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la referencia sobre los horarios y edad de los pacientes. En el grupo 10 a 15 años el 23.9% cree que el horario de atención es el Satisfactorio.

## CUADRO N° 19

## ACCESIBILIDAD: HORARIOS DE ATENCION, POR SEXO

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Horarios						
Satisfactorio	12	26.1	13	28.3	25	54.3
Aceptable	7	15.2	10	21.7	17	37.0
Insatisfactorio	1	2.2	3	6.5	4	8.7
Total :	20	43.5	26	56.5	46	100.0

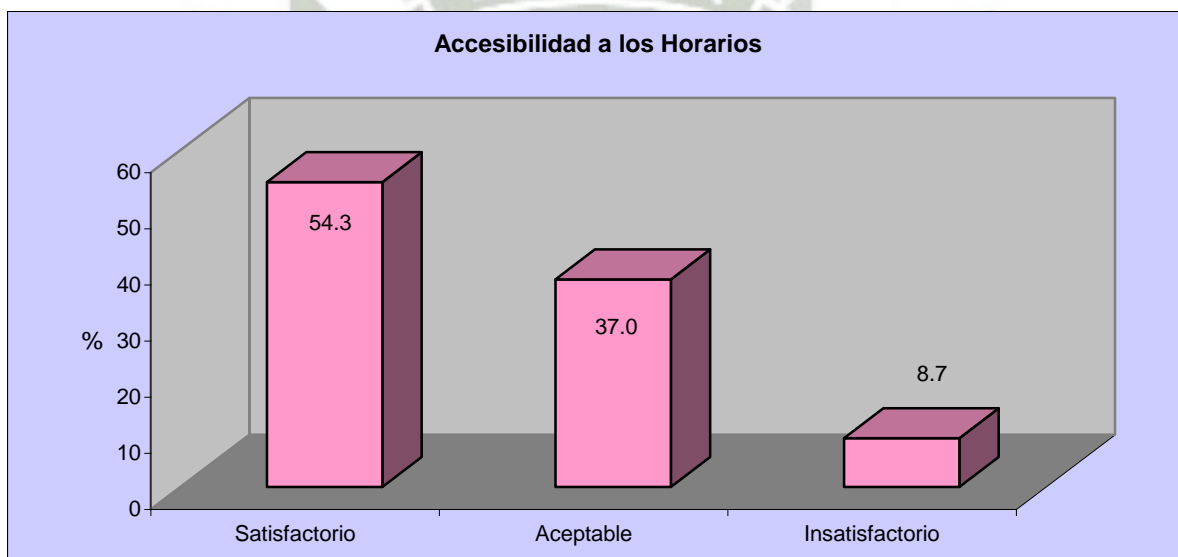
$$Ji\text{-cuadrado} = 0.80 < 5.99 \quad (p < 0.05)$$

Como se observa en la percepción de los horarios, el horario de atención es Satisfactorio, en pacientes varones y mujeres es casi similar; no encontrándose diferencias significativas.

El 21.7 % de mujeres manifiesta que el horario es Aceptable.

GRÁFICO N° 10

ACCESIBILIDAD: HORARIOS DE ATENCIÓN



Fuente: Matriz de Datos

## CUADRO N° 20

## ACCESIBILIDAD: COSTO DE LOS TRATAMIENTOS, POR EDAD

Edad	10 - 15		16 - 20		21 a más		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Satisfactorio.	8	17.4	7	15.2	8	17.4	23	50.0
Aceptable	9	19.6	6	13.0	6	13.0	21	45.7
Insatisfactorio	2	4.3	0	0.0	0	0.0	2	4.3
Total :	19	41.3	13	28.3	14	30.4	46	100

$$Ji\text{-cuadrado} = 3.30 < 9.49 \quad (p < 0.05)$$

Como se observa con relación a los costos de los tratamiento, el 50% de los pacientes entrevistados refirió que es Satisfactorio; el 45.7% que es Aceptable.

No se establecen diferencias estadísticamente significativas, en los costos del tratamiento, según los pacientes por grupos de edad.

**CUADRO N° 21**

**ACCESIBILIDAD: COSTO DE LOS TRATAMIENTOS, POR SEXO**

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Costos						
Satisfactorio	14	30.4	9	19.6	23	50.0
Aceptable	6	13.0	15	32.6	21	45.7
Insatisfactorio	0		2	4.3	2	4.3
Total :	20	43.5	26	56.5	46	100.0

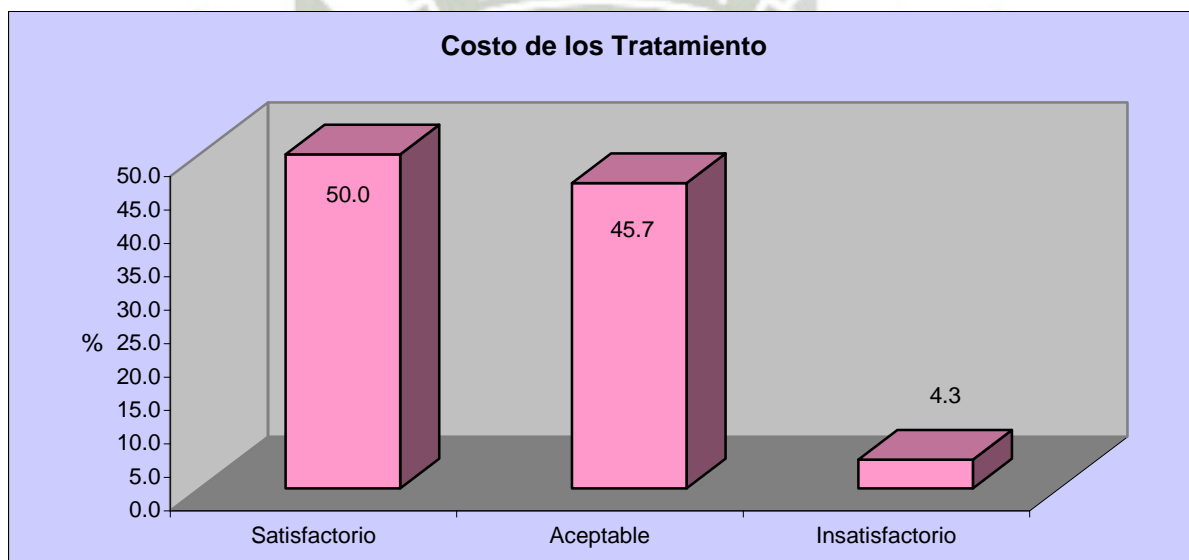
$$Ji\text{-cuadrado} = 6.27 > 5.99 \text{ ( } p < 0.05 \text{ )}$$

La referencia sobre los costos de tratamiento no es percibida en forma similar por los pacientes. La mayor parte de los varones refiere que es Satisfactorio y la mayor parte de las mujeres que es Aceptable.

Se encontraron diferencias significativas, en la referencia sobre costos de tratamiento en los pacientes varones y mujeres.

GRÁFICO N° 11

ACCESIBILIDAD: COSTO DE LOS TRATAMIENTOS



Fuente: Matriz de Datos

**CUADRO N° 22**

**INTEGRACIÓN OPERADOR / USUARIO: COMUNICACIÓN, POR EDAD**

Edad	10 – 15		16 - 20		Más de 20		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Comunicación								
Satisfactorio	14	30.4	12	26.1	13	28.3	39	84.8
Aceptable	2	4.3	1	2.2	1	2.2	4	8.7
Insatisfactorio	3	6.5	0	0.0	0	0.0	3	6.5
Total :	19	41.3	13	28.3	14	30.4	46	100

$Ji\text{-cuadrado} = 4.86 < 9.49 \text{ ( } p < 0.05 \text{ )}$

Como vemos en el presente cuadro, el 84.8% de los pacientes refirieron que es Satisfactorio el informe sobre la evolución de su tratamiento.

Estadísticamente no se encontraron diferencias significativas en la referencia sobre la comunicación del Odontólogo según la edad de los pacientes.

**CUADRO N° 23**

**INTEGRACIÓN OPERADOR / USUARIO: COMUNICACIÓN, POR SEXO**

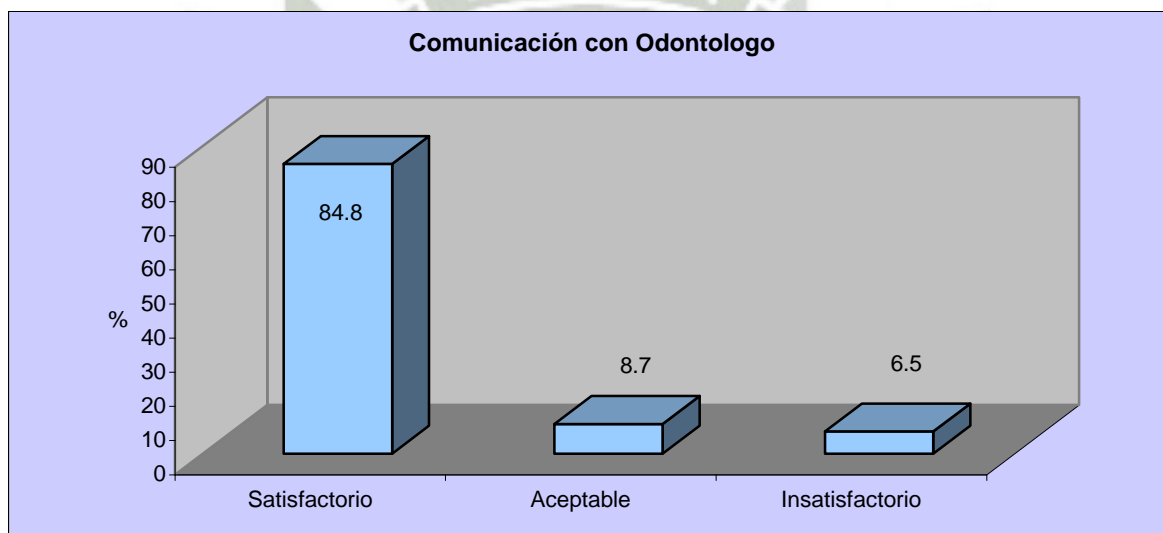
Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Comunicación						
Satisfactorio	18	39.1	21	45.7	39	84.8
Aceptable	1	2.2	3	6.5	4	8.7
Insatisfactorio	1	2.2	2	4.3	3	6.5
Total :	20	43.5	26	56.5	46	100.0

$$Ji\text{-cuadrado} = 0.80 < 5.99 \quad ( p < 0.05 )$$

En la relación comunicación entre usuario y operador, no se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres; se aprecia que el para el 84.8% de usuarios es Satisfactorio y afirman que existe muy buena comunicación usuario y operador.

GRÁFICO N° 12

INTEGRACIÓN OPERADOR / USUARIO: COMUNICACIÓN



Fuente: Matriz de Datos

**CUADRO N° 24**

**CUADRO GENERAL DE INDICADORES, POR PORCENTAJE SEGÚN  
RESPUESTA DE USUARIOS**

Indicadores	Satisfactorio	Aceptable	Insatisfactorio
Cortesía		45.7%	
Confianza		34.8%	
Seguridad		37.0	
Aceptabilidad		34.8%	
Comodidad		45.7%	
Limpieza y Orden		41.3%	
Imagen	78.3%		
Acceso Geográfico		45.7%	
Acceso-Horarios		37%	
Acceso-Costos		45.7%	
Integración:Comunicación	84.8%		
TOTAL	02	09	00

En el presente cuadro, se puede observar dos indicadores evaluados como Satisfactorio, nueve como aceptables y ninguno como insatisfactorio; tanto por grupos de Edad como de Sexo, de acuerdo a nuestra tabla personalizada de evaluación, de la página 80.

CUADRO N° 25

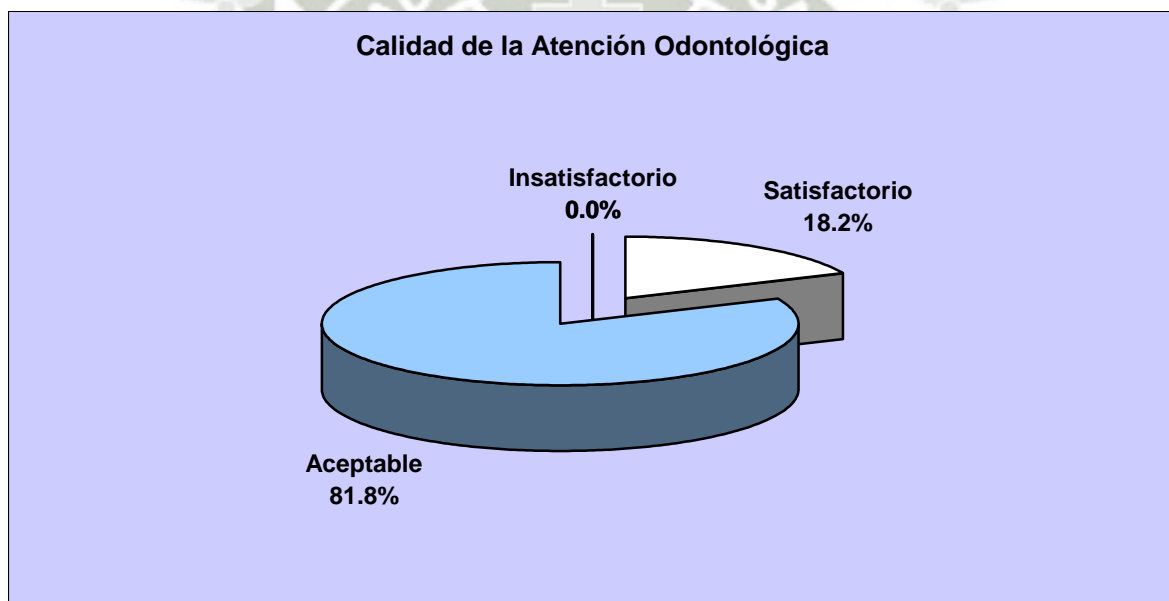
EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN, DE ACUERDO CON LA  
CALIFICACIÓN DE INDICADORES OBTENIDA DE LAS ENTREVISTAS DEL  
USUARIO.

INDICADORES		
EVALUACIÓN	N°	%
SATISFACTORIO	2	18.2
ACEPTABLE	9	81.8
INSATISFACTORIO	0	0
TOTAL	11	100

De acuerdo con nuestra tabla se aprecia que 81.8% de indicadores nos señalan que la evaluación final de calidad de atención es **Aceptable (Regular)**, ninguno de los indicadores indican que es **Insatisfactorio**, pero el 18.2% es **Satisfactorio**.

GRÁFICO N° 13

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN, DE ACUERDO CON LA  
CALIFICACIÓN DE INDICADORES OBTENIDA DE LAS ENTREVISTAS DEL  
USUARIO



Fuente: Matriz de Datos

## CONCLUSIONES

**Primera:** La Calidad de atención, percibido por los Usuarios de Clínica Odontológica Segunda especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar de acuerdo a los diferentes Grupos Etareos **es ACEPTABLE.**

**Segundo:** La Calidad de atención, percibido por los Usuarios de Clínica Odontológica Segunda especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar de acuerdo al Sexo **es ACEPTABLE**

**Tercero:** La Calidad de atención, percibido por los Usuarios de Clínica Odontológica Segunda especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar en general **es ACEPTABLE.** Ningún Indicador fue evaluado como **INSATISFACTORIO.**

## PROPUESTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA- SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR EN LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA.

### Características del Sistema actual

- Existe insatisfacción en cuanto a la Cortesía, Seguridad. Tiempo de Espera, Elementos Tangibles (Orden y Limpieza en la Clínica), Acceso Geográfico y Costos, especialmente en lo que se refiere al tiempo de espera, ya que el 56.6% de los usuarios manifiestan que deben esperar más de 20 minutos para ser atendidos. En cuanto a los otros rubros, no menos importantes, se tienen que tomar las medidas correctivas para mejorar la calidad, porque ésta tiene un carácter estratégico, e involucra a toda la organización desde el más alto nivel directivo de la Facultad hasta el plano operacional y administrativo. Implica, por ende, un esfuerzo corporativo especialmente en lo concerniente a los objetivos y políticas, diseño y formulación de estrategias.

### Actividades

- Sensibilización del personal directivo, docentes, alumnos y personal administrativo.
- Promover la cultura de la calidad y mejora continua en el personal de servicio.

### Financiamiento

- El financiamiento se logrará recaudando un 5% de los presupuestos que pagan los usuarios del servicio de Ortodoncia.

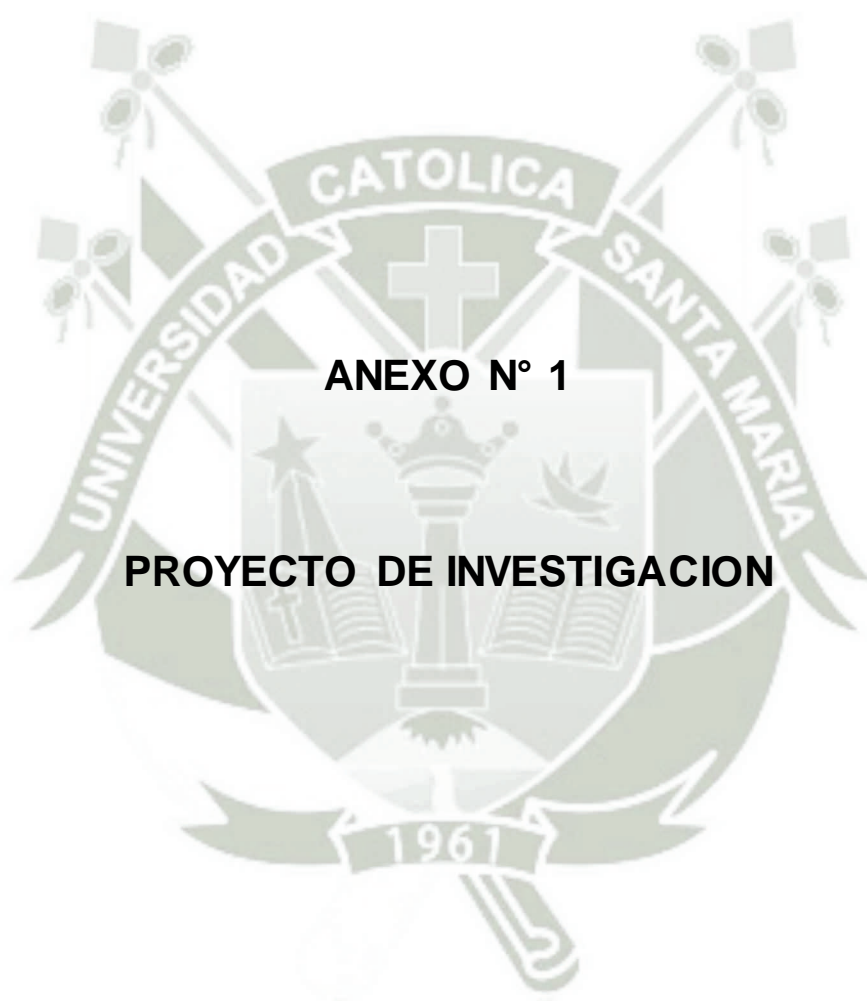
**PROPUESTA DE CAMBIO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA  
CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE SANTA MARÍA.**

<b>Indicador Regular</b>	<b>Proceso a Seguir</b>	<b>Responsable</b>	<b>Costo</b>
Cortesía	Formación y adiestramiento del personal Administrativo involucrado.	-Investigador	Autofinanciado
Seguridad	Formación y adiestramiento del personal de seguridad. Charlas de adiestramiento de auto seguridad de los usuarios	-Director de la Clínica -Investigador	-Mínimo Autofinanciado
Tiempo de Espera	Planificación de Citas Planificación de tiempo efectivo de duración de citas. Puntualidad de los Operadores. Presencia de personal asistencial y administrativo. Trabajo a cuatro manos, con apoyo de alumnos de pregrado.	-Director de Clínica -Docentes -Investigador	Autofinanciado
Elementos Tangibles (Orden y Limpieza en la clínica)	-Control de actividades del personal de limpieza	Director de la Clínica -Coordinador.	Financiado
Costos	Promoción , difusión y comparación de Servicios ortodóncicos con otros similares	-Director -Coordinador de segunda especialidad. -Investigador	Fondos propios de servicios prestados.
Acceso Geográfico	Promoción y difusión de atención ortodóncica a diferentes estratos sociales	-Director -Investigador	Recursos Propios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gilmore C. Y de Moraes Novaes H Manual de Gerencia de la Calidad. Serie PALTEX Vol. III OPS. Fundación Kellogg W.K. 1996
2. Selma Cristina Franco Evaluación de la Calidad de Atención Ambulatorio en Pediatría en el Hospital Universitario, Cuadernos de Salud Pública 2001
3. Garvin David. Competir en las ocho Dimensiones de la Calidad. Deutuo Business Review. 1988
4. "Salud pública," Enciclopedia Microsoft Encarta 2000. 1993-1999 Microsoft Corporation..
5. Otero M. Jaime Lo difícil de ser Dentista Revista "Visión Odontológica" de la asociación de estudios de investigación Odontológica de Bolivia. La paz año 1 agosto 1994, 25-31.
6. Graber T., Vanarsdall R. Ortodoncia Principios Generales Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires 1997
7. Salas Schwarz Jorge [www.monografias.com](http://www.monografias.com) El gerente de abastecimiento y su campo de acción en la empresa
8. De Souza Tercio, James Anthony. Criterios de la Calidad de Servicios de Salud. "Y qué piensan sus clientes potenciales" AMPAD Rio das Pedras R.J. 1997
9. Sandiford Medición de la equidad en la Calidad de Atención. Boletín N° 11.1999
10. Sloan Daniel, Chmel M. M.D. La Revolución de la calidad y el servicio de Salud. Qualitymark Editora 1996.
11. Taublitt Davis. Control de la Calidad Total El Hospital del Futuro del Hospital Xenon Editora y productora Cultural Limitada 1993
12. Mota Palacios Oscar M. Planeación de la Calidad. [http://www. Gerencia en Salud. Com index.htm](http://www.Gerencia en Salud. Com index.htm). October 2002

13. Asorey Graciela Calidad en salud. [http://www. Gerencia en Salud. Com index.htm](http://www.Gerencia en Salud. Com index.htm). October 2002
14. Gotlieb L.E. La calidad en la práctica de la Ortodoncia JCO 1991, junio (351-354).
1514. Gotlieb L.E. La calidad en la práctica de la Ortodoncia JCO 1991, junio (351-354).
16. Mindak William A. PHD. Effective Marketing for Orthodontists JCO 1987 Abril (147-153)
17. The Editor s Corner. JCO 1969 Oct. (513-516)
18. Moyers R. Quality Assurance in Orthodontics. Ajodo 1990 Enero (3-).
19. Adriazola, P.M. Prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 a 14 años de edad. [Tesis para optar el grado de Bachiller]. Lima: U.P.C.H, 1984.
20. León Alegría, J y col. Estudio epidemiológico de caries dental y maloclusión en niños de 6 a 12 años de ambos sexos de centros educativos estatales del distrito de los Aquijes. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Ica: Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"; 1998.
21. Shaw WC. The influence of children s dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peer and lay adults. Am. J. Orthod. 79: 399-415.1981
22. Proffit William R. Ortodoncia Teoría y Práctica. Mosby Doyma Libros Madrid España 1994.
23. Abril Valdez Elba. La satisfacción del usuario y prestador del servicio médico como un indicador de Calidad. Centro de investigación en alimentación y desarrollo. [Htp://www. Gerencia en Salud. 2003](http://www.Gerencia en Salud. 2003).
- 24.- Lizárraga M., Benegas M., Campos S., Evaluación del aprendizaje. Universidad Católica de Santa María Arequipa 2002.



## I. PREAMBULO

La evaluación de la calidad de los servicios de salud es una preocupación antigua. Desde el siglo pasado, se han realizado estudios de evaluación de modo más o menos sistemático (Magalahes, 1983; Ruelas-Barajas, Pineda , 1990). En las últimas décadas la mayor parte de la literatura sobre el asunto se concentra en la medicina clínica.

Se ha desarrollado un interés creciente por atención de calidad tanto por parte de los profesionales como de las autoridades sanitarias. Siempre una asistencia de calidad ha sido el objetivo de todos los profesionales sanitarios, poco a poco se ha demostrado que la calidad de la asistencia es medible, y que existen métodos específicos para hacerlo.

Quizás los motivos que en esto derivan es el hecho que en estos momentos las organizaciones de sanidad pasan por cambios profundos en la asistencia hospitalaria, tanto a nivel público como privado. En los momentos de cambio, los factores de rentabilidad económica parecen pasar a primer plano y aún es más importante asegurar que los cambios instaurados no repercutirán produciendo una inasistencia de menos calidad.

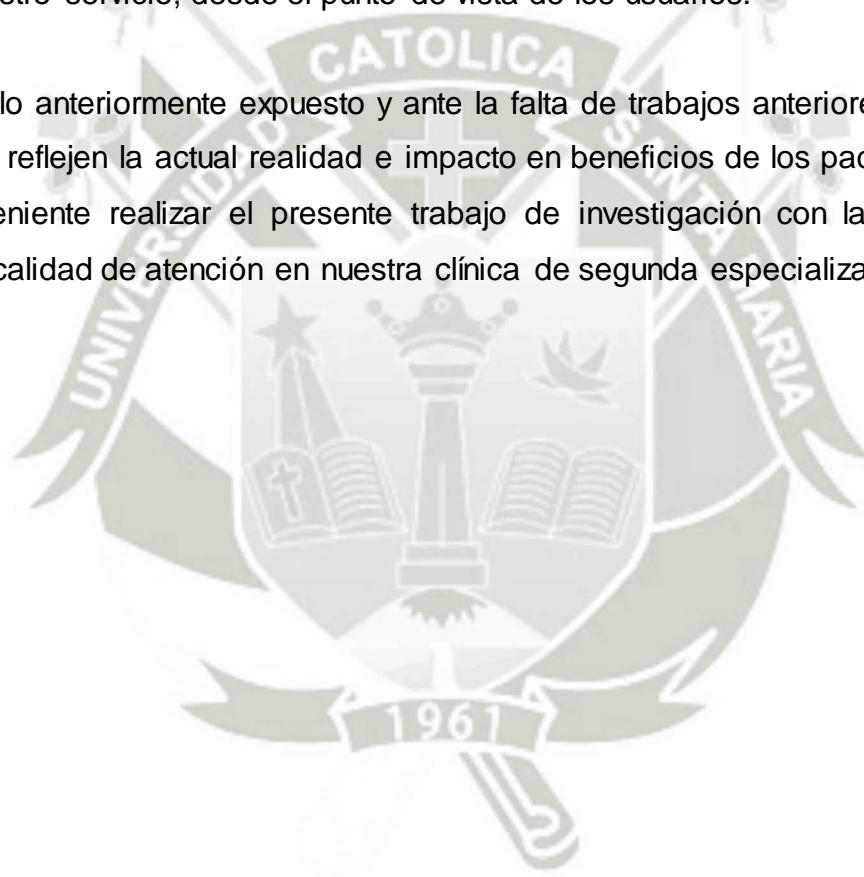
Ofrecer un servicio profesional es, ni más ni menos, que la elaboración progresivo de un conjunto de acuerdos imprescindibles para que la intervención profesional pueda llevarse a cabo. Representa una instancia realmente creativa, ya que integra aspectos técnicos conceptuales y de comportamiento. No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

La atención de pacientes en Odontología que es una rama directa de la Medicina Humana, específicamente la Ortodoncia no escapa a los estudios sobre el

control de calidad, en la Universidad Católica de Santa María, Facultad de Odontología, existe la Segunda Especialidad en ortodoncia, donde se brinda

atención a pacientes portadores de alteraciones DentoMáxiloFaciales, que requieren de un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado, es importante conocer el grado de satisfacción o insatisfacción de los “clientes”, y que nos permitan un conocimiento real de nuestro servicio, desde el punto de vista de los usuarios.

Por lo anteriormente expuesto y ante la falta de trabajos anteriores en nuestro medio que reflejen la actual realidad e impacto en beneficios de los pacientes, se ha visto conveniente realizar el presente trabajo de investigación con la finalidad de evaluar la calidad de atención en nuestra clínica de segunda especialización.



## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. Problema de Investigación

#### 1.1 Enunciado del Problema

**Calidad de atención Odontológica desde la perspectiva del Usuario.  
Clínica Odontológica - Segunda Especialidad en Ortodoncia y  
Ortopedia Maxilar - Universidad Católica de Santa María Arequipa  
Junio -Julio, 2003**

#### 1.2 Descripción del Problema

##### A) Área del Conocimiento

A.1 Área General: Ciencias de la Salud.

A.2 Área Específica: Odontología, Ortodoncia

A.3 Especialidad: Gerencia en salud.

A.4 Línea: Calidad.

## B) Operacionalización de Variables

Variable	Indicadores	Subindicadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>Calidad de atención Odontológica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Cortesía</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amabilidad</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Confiabilidad</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención Profesional</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Seguridad</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confianza</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Aceptabilidad</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evolución del Tratamiento.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Comodidad en el proceso de atención.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiempo de Espera</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Elementos Tangibles</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene</li> <li>Organización.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Imagen</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Accesibilidad</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geográficos</li> <li>Administrativo: horarios.</li> <li>Económicos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Integración Operador / Usuario</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilidad de Comunicación.</li> </ul>	

**Tipo de Investigación:** De Campo

**Nivel de Investigación:** Descriptivo.

### 1.3 Justificación del Problema

**Originalidad:** Por cuanto es un trabajo que se realizará, por primera vez, el auge que toma la Ortodoncia no sólo para mejorar la “apariencia” sino como iniciante de la salud en general, porque a través de ella se devuelve la función tanto física como psíquica, y como parte de la estrategia para conseguirla, es necesario que el servicio que se presta sea de alta Calidad, concepto que debe ser compartido por los usuarios. Los recursos disponibles deben utilizarse para dar solución a los problemas de salud de una mayor población, en un perfecto equilibrio con la calidad a fin de lograr la satisfacción de los usuarios, de los prestadores de servicios y de la institución. Sin embargo, en algunas ocasiones este equilibrio no es fácil de alcanzar.

**Relevancia Contemporánea** Encontrándonos a inicios de este nuevo milenio, en el cual la salud para todos es un derecho y un deber moral y ético de velar por ella, de las personas e instituciones que la ejecutan, la importancia de la sonrisa como espejo del estado psíquico y físico de un individuo es innegable; en ella y en su reflejo en la cara se mide el éxito de un individuo frente a la sociedad actual. No más ver a los protagonistas en los diferentes medios de comunicación para confirmar este hecho, no importa qué edad tengan, siempre se muestran delgados, atléticos y sonrientes, por lo tanto, es nuestro deber como especialistas en Ortodoncia es hacerles llegar ésta, de la mejor manera y de alta calidad y satisfacción para nuestros usuarios. La búsqueda “de la calidad del servicio” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud, en el presente milenio

**Factibilidad:** Es un trabajo que se puede realizar, por ser un servicio relativamente nuevo, y la especialidad altamente competitiva, los pacientes que participan como tales deben tener una opinión respecto a la atención que ellos reciben, además éstos se encuentra deseosos de colaborar, en todo lo concerniente a mejores resultados se trate.

El reto actual no sólo es mantener y optimizar la infraestructura material y humana con que cuentan los servicios de salud, sino también modificar sus estrategias a fin de elevar la calidad y calidez. Cuando el usuario se encuentra insatisfecho esto se refleja en la relación con el prestador de servicio e incluso en el seguimiento de la prescripción médica. Los sistemas de salud se han abocado a evaluar la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios en un intento por contar con indicadores sobre la calidad de aquéllos.

## 2. Marco conceptual

### 2.1. Ortodoncia. Concepto, Antecedentes

La Ortodoncia, como especialidad, data de principios del siglo pasado. El año 1900, fue arbitrariamente elegido como el año en que comenzó la especialidad más antigua de la Odontología, ya que ese año se fundó la escuela de Ortodoncia de Angle en St. Luis y en el año siguiente se fundó la Sociedad Americana de Ortodoncistas.

En 1907, Angle, afirmó que el motivo de la ciencia de la Ortodoncia es “la corrección de las mal oclusiones de la dientes”. En 1911, Noyes define la Ortodoncia como el estudio de la relación de los dientes con el desarrollo de la cara, y la corrección del desarrollo detenido y pervertido. En 1922 La Sociedad Británica de Ortodoncistas propone la siguiente definición: La Ortodoncia comprende el estudio del crecimiento y desarrollo de los maxilares y de la cara especialmente, y del cuerpo en general, como la influencia sobre la posición de los dientes; el estudio de la acción y reacción de las fuerzas internas y externas en el desarrollo y la

prevención, así como la corrección del desarrollo detenido y pervertido”, en 1969, se afirma que la práctica de la Ortodoncia debería ser evaluada por una junta de científicos en la especialidad, y medida a través de publicaciones de casos clínicos presentado en encuentros académicos <sup>17</sup>.

### **a) Enseñanza de la Ortodoncia**

La Ortodoncia ha avanzado como parte de la educación en Odontología; y como se trata de la primera especialidad odontológica auténtica, con el segundo comité calificador más antiguo de toda la medicina y la Odontología, se haya logrado adelantos similares en el plan de estudios odontológicos. Debido a la gran importancia otorgada a los aspectos biológicos de la Odontología y a que la Ortodoncia es una las disciplinas más identificadas con la biología aplicada, debería ocupar un lugar importante en el plan de estudios odontológicos.<sup>4</sup> En los últimos años, las facultades donde se enseña ortodoncia universitaria se han animado que el uso de la evidencia que basa el modelo educativo por encima del tradicional que era de la instrucción anecdótica y empírica del ortodoncista experimentado.<sup>12</sup>

En algunos países como el Japón la práctica de la Ortodoncia está resumida solamente en personas que tengan título de especialización, con más de tres años de capacitación a tiempo completo, ya que muchas veces los ortodoncistas creen que la calidad, es sólo apreciada por ellos, sin considerar que lo más importante es que los pacientes opinen lo mismo, pero desde su punto de vista, planear el proceso de tratamiento hoy en día es vital, la evaluación de la práctica ortodóncica debe ser considerada como norma, esto involucra que los pacientes deben conocer el tiempo de espera, para lograr ver resultados, la efectividad de tal o cual aparato, el tipo de ajustes, el uso del número de radiografías. Y al final del

---

<sup>17</sup> The editor s Corner. JCO 1969 Oct. 513-516.

<sup>4</sup> “Salud Pública”. Enciclopedia Microsoft Encarta 2000. 1993-199Microsoft Corporation.

<sup>12</sup> MotaPalacios Oscar M. Planeación de la calidad. Htp:www. Gerencia en salud. Com index .htp october2002.

tratamiento no sólo se debe de mostrar las imágenes del postratamiento, sino cumplir con las expectativas de los pacientes<sup>14 15</sup>. La convicción de calidad es un término en salud pública que no define el nivel de calidad concreto, permitiendo asegurar algo que el paciente no lo ve. Nosotros raramente compramos un automóvil, un aparato, o ciertos servicios sin una garantía implícita o escrita, desde que las garantías son una parte de nuestra vida cotidiana y está sujeto a alguna definición legal.

La ortodoncia difiere de las otras especialidades de la Odontología de varias maneras, es importante señalarlas.

La ortodoncia no está en la corriente principal del plan de estudios de las facultades, en comparación con la Operatoria, Prótesis dental, Periodoncia, Endodoncia o Cirugía Oral y se le asigna poco tiempo. Los dentistas que egresan, entran en la práctica profesional con menos conocimientos en Ortodoncia que en los demás campos clínicos.

La corrección de una maloclusión requiere más tiempo y citas que los requeridos, por ejemplo, de cirugía dental.

La maloclusión es una variación de la morfología normal y crecimiento en lugar de un proceso de enfermedad; así no se cumple la lógica de los postulados de Koch.

No hay normalmente ningún síntoma agudo como se encuentra en un trauma o enfermedad.

Puede asociarse la maloclusión severa con los desórdenes de desarrollo generales, y el despliegue de las condiciones menos severo el trastorno local de la cavidad oral y a la estética facial.

Los motivos de consulta, por lo general, son del tipo psicológico, estético, o preocupaciones de disfunción.

---

<sup>14</sup> Gotlieb L.E. La calidad en la práctica de la Ortodoncia JCO 1991, junio (351-354).

<sup>15</sup> Ohmo T. Yano Y., Yogosawa F. Orthodontics in Japan JCO 1991, junio (351-354)

El estado y los gobiernos regionales no dan énfasis a problemas de maloclusión y casi nunca valoran la habilidad clínica de los ortodoncistas, y los consideran como superfluos <sup>18</sup>.

### **b) Necesidad de Servicios Ortodónticos**

El número de Pacientes en Ortodoncia ha aumentado, a pesar de la crisis económica que atraviesa el país, la población del Perú sobrepasa los 25 millones de habitantes de los cuales entre el 85 y el 90% presentan maloclusiones de diferente tipo <sup>20</sup>. Otros estudios, como el de Adriazola observa que el 50% a 80% de los sujetos tenían necesidad de un tratamiento de ortodoncia y en un estudio epidemiológico revela que el 80.9% de los sujetos de 12 años de su población sufría de maloclusiones. Es importante que se preste atención adecuada, ya Lischer en 1912 manifestaba que el tratamiento en Ortodoncia acarrearba muchas dificultades, una de ellas era la falta de conocimientos de los dentistas de práctica general respecto a la Ortodoncia, y era obvio que la falta del conocimiento del desarrollo de los maxilares y de las vías nasales y senos accesorios (tan íntimamente relacionados con ellos), conllevaba a resultados nada positivos<sup>5 6</sup>.

La demanda de tratamiento Ortodóntico viene dada por el número real de pacientes que piden hora para una consulta y acuden en busca de ayuda. La necesidad y la demanda varían en función de las condiciones sociales y culturales. Muchos padres y amigos piensan que los niños de zonas urbanas necesitan más tratamiento que los de las zonas rurales, aunque la incidencia de los defectos oclusales es parecida. La demanda del tratamiento Ortodóntico esta directamente relacionada con los ingresos

---

<sup>18</sup> Moyers R. Quality Assurance in Orthodontics . Ajodo 1990 Enero pag. 3

<sup>20</sup> Lein Alegria, J y Col. Estudio Epidemiológico de caries dental y maloclusion en niños de 6 a 12 años de ambos sexos de centros educativos estatales del distrito de los Aquijes . (Tesis para optar el título de Cirujano Dentista ) Ica: Universidad Nacional “San Luis Gonzaga “ 1998

<sup>5</sup> Otero M. Jaime. Lo difícil de ser Dentista . “Visión Odontológica”La Paz año 1 agosto 1994.25-31.

<sup>6</sup> Graber T. Vanardall R. Ortodoncia Principios Generales. Buenos Aires 1997.

familiares, siendo los restantes factores iguales, a mayores ingresos mayor demanda de tratamiento ortodóncico. Cuanto más altas sean las aspiraciones paternas para un niño, más probabilidades habrá de que los padres busquen tratamiento ortodóncico para su hijo.

En los últimos años, la ortodoncia se ha convertido en una rama cada vez más importante de la odontología, tendencia que es probable se mantenga. Los estudios realizados recientemente sobre los efectos a largo plazo del tratamiento ortodóncico revelan que casi todos los que han recibido este tipo de tratamiento consideran que se han beneficiado del mismo y están satisfechos con los resultados.

Así como no todos los pacientes con problemas dentales buscan atención odontológica, tampoco todos los pacientes con maloclusiones (incluyendo las más severas) solicitan tratamiento ortodóncico. Los pacientes a menudo responden más a los que ellos perciben que a lo que los odontólogos recomiendan. Si la estimación de la necesidad toma en cuenta el impacto psicosocial de la maloclusión, (o su falta de impacto) demanda y necesidad se aproximan. Lamentablemente, no se disponen de datos que permitan comparar la cantidad de personas que perciben su necesidad de tratamientos con la cantidad de las que tienen distintos grados de maloclusión.

El ortodoncista es uno de los últimos empresarios profesionales de este siglo. Porque él practica su arte hoy en un ambiente hasta cierto punto hostil.

La media de edad de los ortodoncistas en los Estados Unidos está cambiando con respecto a lo tradicional. Hay regulación gubernamental, directa. El número anual de nuevos dentistas está aumentando en tres veces la proporción de crecimiento de la población. Permitiendo la inflación, del trabajo de la ortodoncia.

Se aconseja a los ortodoncistas que se hagan más metódico en respuesta a estos cambios, no hay ninguna indicación para que un ortodoncista bien capacitado no tener éxito, si él o ella están deseosas de trabajar

adecuadamente bajo una educación formal de dirección, comercializando, la motivación de conducta, y comunicando.<sup>16</sup>

Diversos estudios realizados recientemente han confirmado que la maloclusión grave puede ser una traba social. La caricatura habitual de una persona que no es demasiado brillante incluye unos dientes muy protruyentes. Los dientes bien alineados y una sonrisa agradable se asocia a un estatus positivo a todos los niveles sociales, mientras que los dientes irregulares o protruyentes tienen connotaciones negativas<sup>21</sup>.

## **2.2 Calidad: Concepto, Antecedentes**

La calidad como la belleza o la bondad son conceptos primitivos, es decir, no se puede definir a partir de otros. La calidad también supone acciones diferentes tanto en el tiempo como en la función de quien lo utilice y además es absoluto ya que implica el necesario juicio de valor individual y colectivo y, por tanto es algo relativo.

Según la real Academia de Lengua Española: “Es una propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permitan apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”.

No podemos hablar de Calidad sin mencionar a los grandes Gurús de la Calidad y en primer término tenemos a Joseph M. Juran, quien es denominado padre de la calidad, Nacido 24 de diciembre de 1904 en la ciudad de Braila, Rumania.

Juran entiende por calidad como la ausencia de deficiencias que pueden presentarse como: retraso en la entregas, fallos durante los servicios,

---

<sup>16</sup> Mindak William A. PHD. Effective Marketing for Orthodontics JCO 1987 Abril (147-153).

<sup>21</sup> Shaw WC. The influence of children s dentofacial appear ance on their attractives as judged by peer and lay adults. Am J. Orthod 79: 399-415.1981

facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas, etc. Calidad es adecuarse al uso<sup>12</sup>.

Según Caravantes (1997) durante 300 años la principal manera de valorar la economía era la productividad pero esto ya no es verdad. Hay un cambio de paradigmas en el sentido en que la productividad es una necesidad competitiva más la velocidad y flexibilidad que surjan como nuevas exigencias, a mediados de los 50 y finales de los 70 la calidad estaba más relacionada a productos físicos y los clientes estaban momentáneamente olvidados. Siguiendo el modelo del paradigma clásico<sup>8</sup>.

Albrecht (1995) propone un nuevo principio de calidad que alinea la estrategia organizacional, los sistemas y personas están alrededor de los deseos y necesidades de los consumidores, él plantea que parece que estamos en la fase de fusión de movimiento de calidad con las teorías que hablan sobre servicios y clientes. Observándose en el presente la preocupación de las organizaciones con la calidad de atención al cliente<sup>9</sup>  
10.

Existe un primer criterio denominado como “calidad técnica” y otro conocido como “calidad funcional”. La primera está referida al cumplimiento de todos los requisitos indispensables que se desarrollan acordes con lo estrictamente científico, es decir, con el cumplimiento de los protocolos de atención analizados desde la óptica técnico-científica. Mirando desde otro lado del tema, la calidad funcional es conocida “ cómo la manera cómo es brindado el servicio”, cómo la persona percibe que es atendida<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Mota Palacios Oscar M. Planeación de la Calidad [http.: www. Gerencia en Salud . Com. index . htp](http://www.Gerencia en Salud . Com. index . htp) October 2002.

<sup>8</sup> De Souza Tercio. James Anthony. Criterios de la Calidad de Servicios de Salud “Y que piensan sus clientes potenciales” AMPAD Rio das Pedras R.J. 1997

<sup>9</sup> Sandiford. Medición de la equidad en la Calidad de la Atención. Boletín N° 11. 1999

<sup>10</sup> Sloan Daniel Chnel M. M.D. La Revolución de la Calidad y el servicio de Salud. Qualitymark. Editora 1996.

<sup>13</sup> Asorey Graciela. Calidad en salud. [Htp: www. Gerencia en Salud. Com index. htp](http://www.Gerencia en Salud. Com index. htp). October 2002.

**a) Calidad Total ISO 9000**

Hacer de forma planeada y sistemática para implantar e implementar un ambiente en el cual el mejoramiento sea continuo en todas las relaciones entre clientes y ofertantes, que exista una satisfacción mutua.

**b) Concepto de Calidad en Servicios de Salud.**

La calidad es el concepto clave de hoy en día para los servicios de salud. La Organización Mundial de la Salud la define como el alto nivel de la excelencia profesional con un uso eficiente de los recursos, ocasionando un mínimo de riesgos para el paciente y lograr un alto grado de satisfacción en el, y tener un impacto final en la salud. La búsqueda “de la calidad del servicio” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud.

Ofrecer un servicio profesional es, ni más ni menos, que la elaboración progresiva de un conjunto de acuerdos imprescindibles para que la intervención profesional pueda llevarse a cabo. Representa una instancia realmente creativa, ya que integra aspectos técnicos conceptuales y de comportamiento.

No es otra cosa que lograr en la realidad que el paciente tome la decisión de elegir el servicio y la ejecute en consecuencia.

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

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

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

Si admitimos que ofrecer calidad significa corresponder a las expectativas de los pacientes e incluso sobrepasarlas, “DEBO MEDIR LA CALIDAD DE MI SERVICIO EN FORMA REALISTA”. Esto implica conocer las virtudes y defectos del mismo para poder exponerlos o mejorarlos según sea el caso, para ello debo establecer estándares y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad del servicio<sup>13</sup>:

**Cortesía:** expresada a través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia el paciente.

**Fiabilidad:** consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Hay que tener cuidado porque normalmente el

96% de los pacientes insatisfechos no realizan reclamaciones pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan. Si atiendo un paciente mal o no le presto la debida atención en la primera consulta, ésa es la impresión que él va a tener y luego es muy difícil de modificarla.

**Seguridad:** ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio.

**Satisfacción:** es decir, honestidad del profesional que presta el servicios tanto en sus palabras como en sus actos, y como evoluciona su caso.

---

<sup>13</sup> Asorey Graciela. Calidad en salud. Htp: [www. Gerencia en Salud. Com index. htp. October 2002](http://www.Gerencia en Salud. Com index. htp. October 2002).

**Rapidez:** se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para el paciente. No retener a un paciente mucho tiempo en la sala de espera y no dar turnos por períodos muy largos.

**Elementos tangibles:** es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación. (Cómo se lo atiende por teléfono, las condiciones de confort y limpieza del consultorio, cómo lo recibe la recepcionista, etc.)

**Presentación:** se trata del esfuerzo realizado por el profesional para entender y presentarse a sus pacientes y sus necesidades, para poder atenderlo y contentarlo.

**Accesibilidad:** que se traduce por la facilidad con la que el paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.

**Comunicación:** se debe informar al paciente con un lenguaje que éste entienda, eliminar vocablos técnicos que lo confunden y asustan.

Todos los estudios recientes muestran que, el paciente es cada vez más exigente; sin embargo, la percepción de la calidad varía de uno a otro paciente y no es la misma para el usuario que para el proveedor del servicio. Por otra parte, la calidad de un servicio se percibirá de forma diferente según sea nuevo o muy difundido. La experiencia demuestra que de cada cien pacientes insatisfechos sólo cuatro expresarían su insatisfacción de forma espontánea y además en caso de insatisfacción el paciente se lo contará a once personas, mientras que si está satisfecho, sólo se lo dirá a tres. Resulta, pues, indispensable que cada profesional investigue de forma voluntaria el grado de satisfacción de sus pacientes.

La actitud del paciente con respecto a la calidad del servicio cambia a medida que va conociendo mejor al profesional y mejora su nivel de vida. Poco a poco, sus exigencias en cuanto a calidad aumentan para terminar deseando lo mejor. No haber comprendido este hecho ha llevado al fracaso a muchos profesionales<sup>13</sup>.

La calidad tiene alguna diferencia de persona a persona, por ejemplo para un cirujano, una operación de cadera puede ser de alta calidad cuando todo sale sin mayores sobresaltos en la sala de operaciones, el paciente se recupera y es dado de alta.

Cuando se utiliza la palabra calidad, el usuario, por lo general, considera características típicas de la atención médica como eficiencia, cuidados y eficacia<sup>1</sup>.

Se observa, asimismo, el verdadero desarrollo económico de los países mas ricos lo mismo que en los países en vías de desarrollo más avanzados como el Brasil, están desarrollándose más intensamente las actividades de las empresas en el sector terciario (Prestación de Servicios), del cual el Hospital tal vez sea el modelo organizacional más complejo de todos. En este contexto, la expresión de calidad total se confunde con el término de calidad de servicios o calidad de atención al cliente<sup>8</sup>.

---

<sup>13</sup> Asorey Graciela. Calidad en salud. Htp: www. Gerencia en Salud. Com index. htp. October 2002.

<sup>1</sup> Gilmore C. Y de Moraes Novaes H. Manual de Gerencia de la Calidad. Serie Paltex Vol III OPS. Fundación Kellogg W.K. 1996.

<sup>8</sup> De Souza Tercio. James Anthony. Criterios de la Calidad de Servicios de Salud “Y que piensan sus clientes potenciales” AMPAD Rio das Pedras R.J. 1997

### **c) Calidad de la Atención en Salud**

Para evaluar la calidad de la atención es importante, asimismo, tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de salud. Los distintos autores y trabajadores del tema han identificado las cualidades que se definen a continuación.

#### **OPORTUNIDAD**

Corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

#### **CONTINUIDAD**

Se refiere a la aplicación, en secuencia lógica, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

#### **SUFICIENCIA E INTEGRIDAD**

Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación

#### **RACIONALIDAD LÓGICA-CIENTIFICA**

Utilización del saber médico y la tecnología disponibles para atender los problemas de salud, aplicando los criterios de los enfoques lógico y óptimo mencionados anteriormente.

#### **SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y DEL PROVEEDOR**

Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Asimismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan.

#### **EFFECTIVIDAD**

Es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.

#### **EFICIENCIA**

Es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud.

#### OPTIMIZACIÓN

Es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.

#### ACEPTABILIDAD

Es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluye aspectos relativos a la accesibilidad, relación médico-paciente, amenidades y conformidad con los efectos y los costos del tratamiento.

#### LEGITIMIDAD

Es la conformidad con los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes que rigen a la comunidad.

#### EQUIDAD

Es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre los miembros de la población.<sup>5</sup>  
<sup>8</sup>.

#### **d) Alcances del concepto de Calidad de Atención**

En los últimos años el tema de evaluación de la calidad de la atención ha sido motivo de intensa y de interesantes disquisiciones. Para algunos, es un aspecto tan sutil y variable de una situación a otra, que no es susceptible de especificación y consideran que deben ser realizada por los clínicos analizando caso por caso. Otros consideran que pueden ser realizada con gran precisión y especificación. La tendencia actual es la de considerar la calidad de la atención como una propiedad compleja que puede ser sometida a un análisis sistemático y a una evaluación aceptable, que lejos de ser perfecta, es suficiente para los propósitos prácticos de generar información que permita la toma de decisiones ,

<sup>5</sup> Otero M. Jaime. Lo difícil de ser Dentista . “Visión Odontológica” La Paz año 1 agosto 1994.25-31.

<sup>8</sup> De Souza Tercio. James Anthony. Criterios de la Calidad de Servicios de Salud “Y que piensan sus clientes potenciales” AMPAD Rio das Pedras R.J. 1997

dirigidas a proporcionar una atención de buena calidad para los usuarios de los sistemas de seguridad social en salud<sup>10</sup>.

### e) **Calidad de Atención en Odontoestomatología**

La planificación en Odontoestomatología, la determinación de la lista de problemas es un paso sumamente importante, compatibilizando nuestras prioridades con las del paciente, nosotros como Odontólogos conocemos fundamentalmente los problemas de los diferentes tratamiento en Odontología: Estética facial, estética dental, oclusión funcional, salud periodontal y estabilidad prolongada, a veces estamos satisfechos con los resultados pero es importante que nuestros pacientes se encuentren más satisfechos y felices con los resultados que se están consiguiendo, la eficiencia y la eficacia de cada uno de nuestros procedimientos cuando se aplican en un paciente tiene un grado mayor de importancia<sup>5</sup>

### f) **Atención Óptima Según los Pacientes**

¿Cómo juzgan los clientes la calidad de los servicios de salud?

Cada vez más investigaciones están descubriendo qué desean los clientes y cómo medir la satisfacción del cliente. Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, los clientes comparten siete inquietudes principales. Éstas son las siguientes:

- 1. Respeto.** El cliente desea ser tratado respetuosa y amigablemente. El cliente interpreta la cortesía, confidencialidad y privacidad como signos de que los prestadores de servicios lo están tratando con equidad.
- 2. Comprensión.** El cliente valora el servicio individualizado y prefiere ser atendido por alguien que se esfuerza por entender su situación y necesidades específicas.

---

<sup>10</sup> Sloan Daniel Chnel M. M.D. La Revolución de la Calidad y el servicio de Salud. Qualitymark. Editora 1996.

<sup>5</sup> Otero M. Jaime. Lo difícil de ser Dentista . “Visión Odontológica”La Paz año 1 agosto 1994.25-31.

**3. Información completa exacta.** El cliente valora la información. Le preocupa que los prestadores de servicios de planificación familiar no le digan todos los hechos, especialmente información negativa sobre los métodos anticonceptivos.

**4. Competencia Técnica.** El cliente puede y suele juzgar la competencia técnica de los servicios que recibe, aunque no siempre use los mismos criterios del prestador de servicios y no sea preciso técnicamente.

**5. Acceso.** El usuario de planificación familiar desea tener acceso inmediato a los servicios y suministros anticonceptivos.

**6. Equidad.** El cliente desea que los prestadores de servicios ofrezcan explicaciones detalladas y exámenes minuciosos a todos por igual. EL cliente se queja de que los prestadores de servicios ofrecen tratamiento especial a sus amigos, pacientes, personas de una clase social más alta o ciertos grupos étnicos, a aquéllos con conexiones políticas o a aquéllos que los sobornan. En estudios realizados en Bangladesh y Nepal, se encontró que los prestadores de servicios proporcionan menos información y fueron más irrespetuosos con los clientes más pobres, y menos educados.

**7. Resultados.** El cliente procura servicios por una razón específica. Se disgusta cuando se le pide que regrese otro día o que vaya a otra instalación, o cuando los prestadores de servicios actúan como si sus quejas o inquietudes no tuvieran importancia. En el caso de unas mujeres en el Noreste de Brasil, el obtener los resultados que deseaban tuvo mas peso que casi todos los demás factores en la forma en que juzgaron la calidad de atención, incluso que las largas esperas y el tratamiento brusco.

El grado de información médica ha aumentado considerablemente en los últimos años. Cada vez están disminuyendo el número de pacientes que pagan directamente al hospital crece el número de seguros empresas de salud que disputan un basto mercado.

#### f) **Características del Personal Asistencial**

Se ha observado que la adecuación de la preparación o adiestramiento de los médicos en relación a su práctica y la experiencia en el tratamiento de una enfermedad específica guardaron relación con calidad. Por otra parte, la duración del adiestramiento y las calificaciones obtenidas en escuelas de medicina, o los niveles relativos en cada promoción no guardaron relación con la calidad. Los mismos resultados fueron señalados por Flood en el estudio intensivo de 15 hospitales, es decir, no se estableció relación alguna entre las características de los médicos y los resultados de la asistencia.

Flood comunicó resultados contradictorios entre el compromiso con la institución, medido por el estado laboral, y los resultados observados en los pacientes. El estudio intensivo identificó que una mayor proporción de médicos asalariados guardó relación con malos resultados y en el estudio intensivo, que incluyó a médicos no asalariados como parte del personal médico detectó una relación positiva con los resultados.

#### h) **Definición de Desempeño**

##### **Hacer lo correcto**

*La Eficacia.-* El grado al que la atención / intervención para el paciente ha demostrado lograr el resultado deseado / programado.

*La Adecuación.-* El grado al que la atención / intervención proporcionada es relevante a las necesidades clínicas del paciente, dado el nivel actual de conocimientos.

##### **Hacer lo correcto correctamente**

*La Disponibilidad.-* EL grado al que la atención / intervención adecuada está disponible para satisfacer las necesidades del paciente.

*La Puntualidad.-* El grado al que se proporciona la atención al paciente en el momento más beneficioso o necesario.

*La Efectividad.-* El grado al que la atención / intervención para el paciente es coordinada entre los médicos, instituciones y con el tiempo.

*La Seguridad.-* El grado al que el riesgo de una intervención y el riesgo en el entorno son reducidos para el paciente y otros, incluyendo al médico.

*La eficiencia.-* La relación entre los resultados (de la atención) y de los recursos utilizados para prestar servicios al paciente.

*El Respeto y Cuidado.-* El grado al que el paciente o un apoderado participa en las decisiones sobre su atención y el nivel de sensibilidad y respeto hacia las necesidades, expectativas y diferencias individuales por parte de los que prestan el servicio.

### **2.3 EVALUACION DE LA CALIDAD**

Es un proceso sistemático de recopilar y analizar datos para determinar la situación actual, histórica o proyectada de una organización.

#### **a) Tipos de Evaluación**

Para la medición de la calidad se han utilizado tradicionalmente dos modelos. El primero desarrollado por Donabedian, evalúa tres áreas a saber: la estructura, los procesos y los resultados. La estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de los recursos humanos, físicos y financieros. Los procesos corresponden al contenido de la atención y la forma como es ejecutada dicha atención, en términos de mejoras de salud y el bienestar de las personas grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

El segundo modelo, desarrollado por Galán es más amplio en cuanto a esa evaluación y posibilidades de inferir sobre los distintos atributos de la

calidad, descritos anteriormente pues analiza el contexto en el cual se presta la atención, la demanda, la oferta, el proceso, los resultados y el impacto.

La evaluación del contexto debe de ser entendida no sólo como una manera de conocer el hoy, sino más bien de poder establecer la forma cómo el entorno puede afectar al servicio. Bajo este referente, se observó desarticulación en el contexto institucional, no sólo por el desconocimiento que los hospitales hacen de los servicios evaluados, sino también el que los mismos servicios tienen de lo que a nivel de legislación, políticas, planes y programas tienen la organización y el sector. Esto definitivamente los limita en su capacidad de adaptación para responder a las demandas del medio (entendido éste no sólo como el medio externo sino como el entorno institucional).

#### **b) Evaluación de la Calidad Asistencial**

La evaluación tiene cuatro componentes: identificar, cuantificar, valorar y comparar. En consecuencia, uno de los pasos iniciales para evaluar la calidad asistencial es medirla, pero ¿cómo podemos aspirar a medir algo tan intrínsecamente cualitativo, que incorpora juicios de valor, sin caer en la subjetividad? Healy facilita la tarea definiendo la evaluación de la calidad como la comparación de una situación previamente determinada como deseable, con la realidad, el análisis de los motivos de discrepancia y la sugerencia de los cambios necesarios para evitarla, comprobando posteriormente su eficacia.

Donabedian, autor que formuló en el trabajo, señaló la más conocida clasificación de los métodos de análisis de la calidad de la asistencia:

- Análisis de la calidad de los medios
- Evaluación de la estructura,
- Análisis de la calidad de los métodos: Evaluación del proceso.

- Análisis de la calidad de los resultados: Evaluación de la evolución y los resultados.

Por la complejidad de las áreas de evaluación algunas variables por sí solas, no alcanzan a medir los atributos de la calidad. En consecuencia se debe recurrir a la combinación de variables para formar indicadores, que si representan dichas cualidades en la realidad<sup>8</sup>.

### c) Información

La información se puede obtener por la evaluación realizada a los trabajadores, pero la información que no siempre se recoge es la de la satisfacción de los usuarios, y es factible de obtener ésta a través de nuestras diligencias.

La información para la evaluación se puede clasificar en primaria y secundaria, la primera se refiere a la que no existe y, por tanto, se debe de recoger a través de diferentes procedimientos, entre los cuales se destaca la observación, la entrevista y la encuesta.<sup>4</sup>

El proceso de Evaluación tiene cuatro etapas:

- Primera: Preparación para la evaluación.
- Segunda: Observación de la información necesaria.
- Tercera: Formación de Juicios.

---

<sup>8</sup> De Souza Tercio. James Anthony. Criterios de la Calidad de Servicios de Salud “Y que piensan sus clientes potenciales” AMPAD Rio das Pedras R.J. 1997

<sup>4</sup> “Salud Publica”. Enciclopedia Microsoft Encarta 2000. 1993-1999Microsoft Corporation.

<sup>24</sup>Lizarraga M., Venegas M., Campos S., Evaluación del aprendizaje. Universidad Católica de Santa Maria Arequipa 2002.

- Cuarta: Empleo de los juicios en la toma de decisiones y en la preparación de los reportes de evaluación<sup>24</sup>.

#### **d).Técnica de Evaluación Personalizada.**

Para el presente trabajo de investigación, planificamos valores porcentuales, es decir de 0 al 100 por ciento para las respuesta de cada rubro, tomando sólo en cuenta la primera respuesta, y las dos restantes como complemento.

#### **e) Valores de la Evaluación Personalizada.**

Los valores que empleamos y proponemos en el presente trabajo de investigación, son un aporte para futuras evaluaciones, que pueden ser mejoradas, pero que a criterio nuestro son las más valederas, distribuir las en cuatro rangos, para así, interpretarlas en forma más práctica, ya que no hemos encontrado en la bibliografía, una tabla de evaluación que satisfaga nuestros requerimientos; para tal fin la clasificamos en base a la primera respuesta (Por ser esta pregunta la respuesta ideal que a nuestro juicio revelaba calidad Buena). ,

- De 0 a 33 %: Calidad Mala o Insatisfactoria
- De 34 a 66% Calidad Regular o Aceptable.
- De 67 a 100% Calidad Buena o Satisfactoria

### 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

En cuanto a los análisis investigativos, se encontraron los siguientes estudios relacionados con la calidad de atención.

1995 Calidad de los servicios de Salud y satisfacción del Usuario, Luciano A Prates J. Evalúa la satisfacción del usuario y del prestador de servicios.

1996, Evaluación de Calidad de atención ambulatoria en Pediatría en un Hospital Universitario. El Departamento de Medicina Preventiva y Social de la facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Estatal de Campiñas.

1997 Evaluación de la calidad de Atención expresada por el paciente en el servicio de Emergencia H.R.H.D.E. realizada por Muñoz C. Alexis.

1999 El Estudio del Redimensionamiento y Modernización de la gestión en los Hospitales Honorio Delgado y Goyeneche de Arequipa, Lima – Perú. Instituto de Consultaría S.A.

2002 Se evaluó la relación entre la calidad de atención médica y la mortalidad materna y perinatal en pacientes obstétricas que concurren al servicio de obstetricia del Hospital Goyeneche Arequipa 2002. Realizada por Camargo P.E. UCSM Arequipa 2002

#### 4. OBJETIVOS

4.1 Identificar la Calidad de atención percibido por los diferentes grupos etareos atendidos en la Clínica Odontológica de Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia maxilar de la Universidad Católica de Santa María.

4.2 Identificar la Calidad de Atención Percibida por Sexo de los usuarios atendidos en la Clínica Odontológica de Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia maxilar de la Universidad Católica de Santa María.

4.3 Inferir la Calidad de Atención percibida por el grupo en general de los usuarios atendidos en la Clínica Odontológica de Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia maxilar de la Universidad Católica de Santa María.

#### 5. Hipótesis

Dada las características descriptivas de la investigación no requiere hipótesis.

### III Planteamiento Operacional

#### 1. Técnicas e Instrumentos de verificación

Variables de Investigación	Técnicas	Instrumentos
Calidad de atención Odontológica	Cuestionario Estructurado	Cedula de preguntas para el Usuario

#### Estructura del Instrumento

Variable de Investigación	Indicadores	Ítems
<ul style="list-style-type: none"> <li>Calidad de atención Odontológica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Cortesía</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amabilidad</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Confiabilidad</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención Profesional</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Seguridad</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confianza</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Aceptabilidad</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evolución del Tratamiento.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Comodidad en el proceso de atención.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiempo de Espera</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Elementos Tangibles</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene</li> <li>Organización.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Imagen</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Accesibilidad</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geográficos</li> <li>: horarios.</li> <li>Económicos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Integración Operador / Usuario</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilidad de Comunicación.</li> </ul>	

## CUESTIONARIO PARA EL USUARIO

Lea cuidadosamente y Marque la respuesta que crea conveniente. Ello contribuirá a mejorar el Servicio que usted recibe de parte de la Clínica Odontológica. de la Universidad Católica de Santa María.

Datos Generales

Fecha:.....Edad:.....Sexo:.....

Lugar de Procedencia:.....

### Cortesía:

1. ¿Cómo considera la Cortesía, amabilidad del personal que lo atiende?

- a) Todo el personal de la Clínica es cortés y amable, y me saluda amablemente(     ).
- b) Sólo el odontólogo me saluda y me trata cortésmente.     (     ).
- c) Nadie me saluda, ni me trata con cortesía.     (     ).

### Confianza y Fiabilidad

4 Confianza en el tratamiento realizado.

- a) Confío plenamente en el tratamiento que me están realizando     (     )
- b) Tengo algunas dudas sobre el tratamiento que me realizan.     (     ).
- c) No confío en el tratamiento que me realizan     (     )

### Seguridad.

3 ¿Cómo es, su seguridad durante el tratamiento.

- a) Es una clínica que brinda todas las condiciones de seguridad.     (     ).
- b) Tengo que estar alerta, ya que asiste mucha gente desconocida.     (     ).
- c) No existe seguridad.     (     ).

### Satisfacción.

4¿Esta usted satisfecho con la evolución de su tratamiento?

- a) Estoy satisfecho del tratamiento, por lo que sí la recomendaría     (     ).
- b) Esperaré a que finalice mi tratamiento, para ver si la recomiendo     (     ).
- c) Estoy insatisfecho por lo que no la recomendaría a nadie     (     ).

### Comodidad en el proceso de atención

5. ¿Cómo considera el proceso de atención?

- a). Me atienden rápidamente, antes de 20 minutos     (     ).
- b). Tengo que esperar de 20 a 45 minutos para que me atiendan     (     ).
- c). Espero mas de 45 minutos, para que me atiendan     (     ).

### Elementos Tangibles.

6. ¿Cómo es la limpieza y Orden en la Clínica?

- a) La Higiene y las sillas están en orden son impecables. ( ).
- b) A veces faltan sillas para sentarse y están con polvo y poco cómodas. ( ).
- c) Las sillas son incómodas, sucias, y no hay orden ( ).

**Presentación.**

7. ¿Cómo considera la presentación y limpieza de su Odontólogo?

- a) Siempre está limpio, aseado y con uniforme (Usa mascarilla, guantes) ( ).
- b) No siempre está con uniforme, y limpio. ( ).
- c) No usa uniforme, y no se le ve bien. ( ).

**Accesibilidad.**

8.1 ¿Cómo es el acceso a la Clínica?

- a) Llego fácil y rápidamente, sin problemas. ( )
- b) Demoro poco tiempo en llegar . ( ).
- c) No hay movilidad, por lo que demoro demasiado para llegar. ( )

**Horarios de Atención**

8.2 ¿Qué le parecen los horarios de atención?

- a) El horario de atención es el ideal. No tengo problemas. ( )
- b) El horario es poco cómodo. ( ).
- c) Es un horario inadecuado. ( ).

**Costo de los Tratamientos**

8.3 ¿Qué le parece el costo de los tratamientos?

- a). Son adecuados, están al alcance para poder pagarlo ( )
- b) Son algo caros ( ).
- c) Son muy caros y no están al alcance ( ).

**Integración Operador / Usuario**

9) ¿Qué le parece la comunicación con su Odontólogo?

- a) Siempre me tiene informado de la evolución, de mi tratamiento y mí (Próxima cita), es una persona muy comunicativa ( ).
- b) A veces me informa de mi próxima cita, casi no es muy comunicativo ( )
- c) Nunca me da citas, ni me comunica nada, es muy callado ( ).

Gracias por su colaboración.

## 2 Campo de Verificación

### 2.1 Ubicación Espacial:

Clínica Odontológica de Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia maxilar de la U.C.S.M.

### 2.2. Ubicación Temporal:

Cronología: junio, julio, Agosto del 2003

### 2.3 Unidades de Estudio:

**Población:** Universo

#### a) Cualitativo

Pacientes que se atienden en la de Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia maxilar de la U.C.S.M.

#### Criterios de Inclusión

Pacientes que se atienden en la de Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia maxilar de la U.C.S.M, que tengan contrato de tratamiento firmado.

#### Criterios de Exclusión

Pacientes que no quieran colaborar con nuestro estudio.

#### b) Cuantitativo

**N=** Pacientes que se atiendan entre los meses de junio, julio y agosto del 2003 en la Clínica Odontológica de Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar de la Universidad Católica de Santa María.

**Fuentes:** Bibliográfica  
Personal

### **C. Universo formalizado**

Pacientes de la Clínica de Ortodoncia

## **3. Estrategia de Recolección de Datos**

### **3.1 Organización**

- Autorización: Del Decano de la Facultad de Odontología.
- Coordinación: Con el jefe de Departamento y Director de la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la U.C.S.M.
- Preparación de las unidades de estudio Pacientes de la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.
- Formalización de las unidades de estudio: Pacientes de la Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia maxilar de la U.C.S.M de la Clínica Odontológica
- Prueba Piloto.

### **3.2 Recursos**

- Recursos Humanos: Investigador Jaime S. Gallegos Zanabria
- Recursos físicos: ambientes de la Clínica Odontológica y de la Universidad Católica de Santa Maria.
- Recursos Económicos: El presupuesto para la investigación y recolección es ofertado por el investigador.

### 3.3 Estrategia Para manejar los resultados

#### Tratamiento Estadístico

Variable	Indicadores	Escala de Medición	Medidas Estadísticas	Prueba Estadística
Calidad de Atención	Calidad Percibida	Nominal	Frecuencias absolutas y Porcentuales	Chi 2

- **Nivel de sistematización.**
  - Clasificación: La información recolectada a través del instrumento será ordenado con una matriz de sistematización.
  - Recuento: Los datos clasificados se contabilizarán manualmente y automáticamente, utilizándose matrices de conteo y la hoja de cálculo Excel 2000.
  - Tabulación: Se utilizaran cuadros numéricos de doble entrada de acuerdo con la necesidad de cruzar indicadores.
  - Graficación: Se utilizarán gráficos de barras y circulares tridimensionales.

#### Cuadros y Gráficas

Teniendo en cuenta la matriz de tabulación y los cálculos estadísticos, se elaborarán cuadros y gráficos con los cuales la información quedará claramente organizada y sistematizada.

**IV: Cronograma de Trabajo**

Tiempo / Actividades	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Aprobación del Proyecto de tesis	X			
Recolección de Datos		X		
Estructuración de Resultados			X	
Informe Final y Sustentación				X



	A						B						C						Evaluación Final			
	MASCULINO			FEMENINO			MASCULINO			FEMENINO			MASCULINO			FEMENINO						
	10-15	16-20	+20	10-15	16-20	+20	10-15	16-20	+20	10-15	16-20	+20	10-15	16-20	+20	10-15	16-20	+20	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
Cortesía																						
Confianza																						
Seguridad																						
Satisfacción																						
Comodidad, Rapidez																						
Elemento tangible																						
Presentación																						
Accesibilidad																						
Horario																						
Costo																						
Comunicación																						

Evaluación Final	Indicadores
Satisfactorio	
Aceptable	
Insatisfactorio	