

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

E.A.P DE ODONTOLOGIA

**Percepción de la calidad de atención del paciente que
acude a la Clínica de la Facultad de Odontología de la
UNMSM durante el año 2007**

TESIS

para optar el título profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

José Luis Jacinto Núñez

ASESOR

Margot Margarita Gutiérrez Ilave

Lima – Perú

2008

Jurado de Sustentación

Presidente: Mg.C.D. Martha Elena Pineda Mejía

Miembro: C.D. Marco Tulio Madrid Chumacero

Miembro asesor: Mg.C.D. Margot Margarita Gutiérrez Ilave

Consultor en estadística:

Víctor Velezmoro Lartiga

*A mi madre, Adriana, por su amor y apoyo recibido, porque sin ella no
seria lo que soy ahora. Por lo que significa todo para mí.*

A la dra. Margot Gutierrez Ilave, docente de la U.N.M.S.M, asesora de tesis, por su invaluable colaboración en el desarrollo de este trabajo.

A mi familia, en especial a mis primas que son como mis hermanas Claudia, y Diana futura colega.

A todas las personas que, de una u otra forma, colaboraron con la realización de este trabajo; a todos ellos.

Muchas gracias

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION	1
II. MARCO TEÓRICO	2
Antecedentes	2
Bases teóricas	10
Administración en general	10
Administración en odontología	18
Percepción	20
Calidad	21
Relación entre calidad y satisfacción	22
Calidad de atención	23
Evaluación de la calidad	24
Instrumentos para evaluación de la calidad	25
Planteamiento del problema	28
Área problema	28
Delimitación del problema	29
Formulación del problema	30
Justificación	30
Objetivos	30
Objetivo general	30
Objetivos específicos	31
III. Material y métodos	32

Tipo de investigación	32
Población y muestra	32
Población	32
Muestra	32
Muestreo	32
Unidad de análisis	33
Criterios de exclusión	33
Criterios de Inclusión	33
Operacionalización de variables	34
Materiales y métodos	37
Recolección de datos	40
Procesamiento de los datos	40
IV. RESULTADOS	41
V. DISCUSIÓN	55
VI. CONCLUSIONES	58
VII. RECOMENDACIONES	59
RESUMEN	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	61
ANEXOS	65

INDICE DE CUADROS

Pág.

Nº 1 Distribución de pacientes según grupo-edad y sexo	41
Nº 2 Distribución de pacientes según ambiente de atención y sexo	42
Nº 3 Calidad de atención según dimensiones	43
Nº 4 Calidad de atención según dimensiones. Prueba de chi-cuadrado	44
Nº 5 Percepciones según género del paciente	45
Nº 6 Percepciones según grupo de edad	46
Nº 7 Percepciones según ambiente de atención	47
Nº 8. Percepción de la calidad de atención según dimensiones	48
Nº 9 Percepciones de la calidad de atención según grupo de edad	49
Nº 10 Percepciones de la calidad según género del paciente	50
Nº 11 Percepciones de la calidad según ambiente de atención	51

INDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Nº 1 Calidad de atención según dimensiones	43
Nº 2 Percepción de la calidad según dimensiones	48
Nº 3 Percepciones según grupo de edad	49
Nº 4 Percepciones según género del paciente	50
Nº 5 Percepciones según ambiente de atención	51

I. INTRODUCCION

El presente trabajo se realizo en las instalaciones de la clínica de la facultad de odontología de la U.N.M.S.M. y tuvo como finalidad conocer sus percepciones acerca de la calidad de atención, con el fin de contribuir en la mejora de la atención brindada.

Para entender la atención en servicios debemos revisar conceptos de administración, definido como el procedimiento de elaborar y mantener un ambiente en el que individuos, trabajando en grupo de forma eficiente, alcancen los objetivos seleccionados. Los individuos que trabajan juntos de manera estructurada para alcanzar un objetivo o propósito pertenecen a lo que se denomina una organización.

La administración de servicios de salud esta comprendida en una de las áreas de la administración. La administración entonces esta presente en toda organización ya sea que brinden servicios de salud o no.

En las últimas décadas, la calidad de atención se ha convertido en un factor principal a tener cuenta dentro de las organizaciones prestadoras de servicios. Donabedian plantea que la calidad de atención consiste en obtener los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente.

La calidad de atención es; entonces, un requisito fundamental orientado a otorgar seguridad a los usuarios, en este caso los pacientes, minimizando los riesgos en la prestación de los servicios.

Como toda organización prestadora de servicios la clínica de la facultad de odontología. Actualmente y desde corrientes cercanas al marketing o mercadotecnia, surgen propuestas de control de la calidad de los servicios a partir de la opinión de los usuarios que los utilizan.

Entonces, el análisis de la opinión de los usuarios incorpora la perspectiva de los ciudadanos en el marco global de la evaluación de los programas de salud.

En estudios revisados sobre calidad de atención se concluye que los usuarios están en general satisfechos con los servicios que reciben, pero al ir a temas específicos como tiempo de espera, trato o amabilidad esta satisfacción disminuye.

Por tanto, si satisfacer las expectativas del paciente es tan importante como se ha dicho, entonces se hace necesario disponer de la información adecuada acerca de las percepciones que tienen los pacientes de su atención.

II. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

Cuando se analiza el concepto de calidad en el área de salud, éste representa conocer y analizar como es que se esta proporcionando el servicio a la población que llega al establecimiento de salud.

Son pocos los estudios relacionados con odontología referidos a la búsqueda de calidad de atención en los servicios de salud.

GONZALEZ H. en 2004 estudio” el nivel de satisfacción de los pacientes en la atendidos en la clínica odontológica de la U.N.M.S.M. encontrándose un alto nivel de aceptación catalogando a los servicios odontológicos de esta clínica como buena y muy buena en cuanto a infraestructura y equipamiento. Un gran numero de pacientes 33.7% manifestaron insatisfacción con el tiempo de espera. Estuvieron satisfechos con el trato recibido.¹

BERNUY A. en 2005 en el estudio “Calidad de atención de la clínica central de la Facultad de Odontología” se busco principalmente cual es la calidad de atención percibida por el paciente, se utilizo el cuestionario SERVQUAL para la medición de la calidad encontrándose que el promedio global SERVQUAL fue de 1.06 que lo ubica en el nivel de insatisfacción con respecto a la calidad de atención con el 97% de los encuestados.²

DONABEDIAN, A. 1980. En un estudio sobre la “Exploración de la calidad: asesoramiento y monitoreo con respecto a calidad de los servicios” el modelo más usado para la medición de la calidad incluye a la estructura en la atención, el proceso con sus aspectos de relaciones interpersonales y actividades técnicas; y el resultado, basado mayormente en la satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos. Donabedian

agrupa en tres categorías los componentes fundamentales del servicio susceptibles de generar satisfacción: componente técnico, componente interpersonal, y componente del entorno con sus comodidades.³

RAMÍREZ, T.J.; NÁJERA, P.; NIGENDA, G. en 1998 describieron en la “Percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México” el objetivo del estudio fue describir la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México y analizar su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria. La información analizada parte de una encuesta nacional de salud II de 1994, que levanto información de 3324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas previas a la encuesta. Se tomó en cuenta la percepción de la calidad y motivos que la definen conforme a la institución utilizada y a la condición de aseguramiento. Otro grupo tomó en cuenta la percepción de la calidad según la percepción de los usuarios respecto a su estado de salud después de la consulta y motivos por los cuales no regresarían a solicitar atención en el mismo lugar, según la institución utilizada. Y otro grupo tomó en cuenta la percepción general respecto a la calidad de la atención y dominio conceptual de la misma. Concluye que, de acuerdo con la percepción general de los usuarios la calidad de la atención recibida fue buena en 81,2% de los casos y que fue mala en un 18%. Las dimensiones tomadas incluye aspectos relacionados con: accesibilidad, estructura, proceso y la dimensión de resultado.⁴

ROLDÁN y col. en 2000. En su trabajo “Evaluación de la calidad en la atención en salud” Estudiaron el concepto de calidad desde el triple enfoque de Donabedian, realizaron un estudio descriptivo exploratorio en seis hospitales públicos de un departamento de la zona suroccidental de Colombia, para evaluar los servicios de nutrición y dietética, fisioterapia, terapia respiratoria y fonoaudiología, al ser éstos considerados

fundamentales en la prestación de un servicio de salud integral y con calidad. Las siguientes son las categorías que se utilizaron para evaluar la calidad de la atención en el estudio: Evaluación del contexto. Evaluación de la demanda. Evaluación de la oferta (estructura). Evaluación de los procesos. Evaluación de los resultados. Evaluación de satisfacción. Bajo estos lineamientos, se elaboró para cada una de las profesiones evaluadas sus propias plantillas de valoración con el fin de reunir en ellas los factores determinantes de cada indicador, de acuerdo con la realidad de su quehacer, y teniendo en cuenta las particularidades de cada servicio con la diferenciación requerida para cada nivel de complejidad. Para cada categoría se obtuvo una plantilla general, que resultó del diligenciamiento de los instructivos con sus respectivas guías de aplicación, que cuentan con la descripción clara y específica de cada uno de los criterios y requisitos para asignar la calificación: 4 corresponde a óptimo, 3 a satisfactorio, 2 insatisfactorio, 1 precario y 0 ausencia. Estas valoraciones se traducen en la plantilla global de evaluación general y en los mapas de calidad para cada servicio. Los resultados muestran una situación preocupante al encontrar valoraciones de la calidad de la atención entre insatisfactorias y precarias (sólo fisioterapia obtuvo algunas valoraciones satisfactorias) y una tendencia marcada a subsanar la ausencia de los servicios evaluados a través de los convenios docente asistenciales, abocando el servicio a riesgos éticos y obviamente sobre el deterioro de la calidad.⁵

ARISTA MORALES y col. en 2000. En su estudio “La calidad en la atención odontológica de las clínicas Iztacala, Acatlán y Cuauhtépec dependientes de la Fes Iztacala” determinaron que la satisfacción del paciente con respecto a la Calidad en la atención Odontológica recibida en las clínicas Iztacala, Acatlán y Cuauhtépec, así como la eficacia, higiene y costos del tratamiento entre otros aspectos que se les brindó en dichas clínicas. Se seleccionó una muestra de 90 pacientes, que acudieron en el mes de Septiembre del

presente año a las clínicas odontológicas, 30 personas en la clínica de Iztacala, 30 en Acatlán y 30 en Cuauhtepic. Aplicándoles un cuestionario, donde se expusieron los diferentes aspectos del proceso en la atención odontológica, obteniendo así los parámetros de satisfacción de los pacientes con la atención recibida. Realizando el análisis de datos, los resultados fueron positivos, estableciendo un grado alto de satisfacción de los pacientes que fueron incluidos en la muestra.⁶

ANDIA ROMERO y col. en 2002 en el estudio “Satisfacción del Usuario de los Servicios de Consulta Externa del Hospital de Espinar” se explica acerca de sus necesidades, sus expectativas, la medida en que éstas son cubiertas y su opinión con respecto a la atención que se brinda el establecimiento. Se cuantificó la satisfacción con la escala de likert, respondieron un cuestionario validado 91 usuarios mayores de 12 años de los servicios de consulta externa. El nivel de satisfacción del usuario en una escala del 1 al 5 es 3,68, el porcentaje de usuarios satisfechos es de 82%. Las dimensiones de calidad que más influyen en la satisfacción global y en la percepción de la calidad son la accesibilidad al hospital, la confianza en que se recuperará su salud, la calidad del médico u odontólogo, relaciones interpersonales y la calidad de los medicamentos, dimensiones hacia las que se debería canalizar recursos para elevar la satisfacción del usuario. Se ha identificado los elementos con los que los usuarios están menos satisfechos, estos son el tiempo de espera para la consulta (2,68); el tiempo de espera para la atención en tópico(3,00); el obtener cita(3,30), la calidad de los medicamentos(2,99); el tiempo que demoran los resultados de laboratorio (3,21) y la percepción del monto que aportan por su seguro(2,81) son aspectos específicos que no cumplen con las expectativas del usuario por lo que se sugiere a la institución tomar las medidas correctivas y educativas pertinentes.⁷

SANCHEZ JACAS y col. En el estudio realizado en el año 2002, “Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio Santiago de Cuba”

de tipo descriptivo transversal, tuvo como objetivo evaluar la calidad de la atención médica brindada por los médicos de la familia ubicados en centros de trabajo y responsabilizados con la salud de los trabajadores en el municipio Santiago de Cuba. Se evalúa la estructura y el proceso y como dimensión la calidad científico-técnica (competencia profesional). Se utilizó como fuente de información las inspecciones realizadas a los profesionales por el personal supervisor de la actividad y se establecieron los criterios, indicadores y estándares del proceso evaluativo.

El examen escrito aplicado a la muestra resultó por debajo del estándar prefijado, se concluye que la calidad de la atención médica a los trabajadores en cuanto a la estructura es adecuada, no así en la competencia profesional que se determina como inadecuada. Se programa y ejecuta un diplomado en salud ocupacional (medida correctora).⁸

CAMEJO y col. El 2002 en “El nivel de satisfacción de los pacientes que acudieron al policlínico principal de urgencias” durante los meses de enero a diciembre del año 2000. Se realizó un estudio longitudinal y prospectivo que demostró elevadas frecuencias de atención inmediata a los pacientes en el servicio de urgencias aunque se recogió la presencia de 14 pacientes para los cuales el tiempo de atención se retrasó entre 15 y 30 minutos, pero ninguno de los problemas de salud de ellos era una emergencia médica. Se lograron las interconsultas del clínico y del pediatra de forma rápida y existieron criterios satisfactorios de los pacientes con relación al trato recibido por médicos, enfermeras y técnicos. Se observó optimización del servicio en este sistema de salud a pesar de notificarse dificultades estructurales que atentaron contra el criterio de calidad que expresaron los pacientes que acudieron al mismo.⁹

VICUÑA y col. En 2002. En “El nivel de satisfacción y las disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos” estudio de tipo

observacional, descriptivo, de corte transversal, la población estudiada fueron usuarios hospitalizados y sus acompañantes, en el Hospital Hipólito Unanue de Lima. Se entrevistó luego del alta médica a las pacientes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia (n= 66) y a sus acompañantes (n=34), mediante un cuestionario semiestructurado (Servqual modificado). Se encontró altos niveles de satisfacción por la atención a la paciente (86,6% pacientes y 72,4% familiares). Sin embargo, el nivel de satisfacción por la atención al acompañante fue significativamente menor (67,7%, $p < 0,05$). La proporción de usuarios que calificó el servicio de excelente (24,7%) se ubicó por encima de los estándares Servqual. El 92,5% de usuarios presentó una o más disfunciones. Las pacientes se quejaron más frecuentemente por los largos tiempos de espera, la falta de calidez en el trato y deficiencias en el confort. Los usuarios de los servicios de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue presentan altos niveles de satisfacción junto a altos porcentajes de quejas. El núcleo de procesos a intervenir para mejorar la satisfacción es limitado y vulnerable a la intervención en el corto plazo.¹⁰

SQUASSI y col. en 2004 en el estudio “Evaluación de calidad de los procesos de atención de salud bucal empleando el método basado en la semiótica de los enunciados” plantearon el abordaje de la calidad de la atención desde una perspectiva social, aplicando modelos explicativos. Un abordaje útil para analizar la calidad de la atención de los servicios de salud es la dimensión socio-emocional centrada en las representaciones sociales que tienen las personas involucradas en ese proceso. Se basa en la interacción social entre los integrantes del equipo de salud y los usuarios tomando como datos a las conceptualizaciones y valoraciones de ambos grupos.¹¹

TIMANA y col. en 2006 en el estudio de “*Percepción de la calidad de atención por el usuario externo del servicio de emergencia del hospital nacional Daniel Alcides Carrión*” tomó el modelo de Donabedian evaluando la calidad de los servicios prestados

en el servicio de emergencia del Hospital. Evaluó la percepción de los usuarios sobre la estructura del servicio, sobre la calidez del servicio, la capacidad de respuesta del servicio y la mejora en el estado de salud después de la atención. No existe evidencia para aceptar que la percepción de la calidad de la atención ofrecida en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión sea buena. La percepción de los usuarios sobre estructura del servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, es de regular calidad. La percepción de los usuarios del servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, sobre calidez del servicio es de regular calidad. Los usuarios del servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, perciben la capacidad de respuesta del servicio como de mala calidad. La percepción de la calidad de la atención global de los usuarios del servicio de emergencia, está relacionada con la estructura del servicio de emergencia, con la capacidad de respuesta y la calidez del servicio ofrecido así como con los resultados de la atención. Resulto que los usuarios percibieron que la calidad de atención ofrecida como buena ¹²

FORNARIS y col. en 2006 en “Evaluación de la satisfacción de los usuarios con la atención estomatológica al menor de 19 años” efectuó un estudio descriptivo sobre la calidad de la atención estomatológica a los menores de 19 años en el Departamento de Estomatología del Policlínico Docente “José Martí” de Santiago de Cuba, durante el período enero – mayo del 2005, y con este propósito se aplicó el método desarrollado por la Facultad de Medicina de La Habana para determinar la calidad en la asistencia primaria de salud. Se evaluó: estructura, competencia y nivel de satisfacción de profesionales, técnicos de atención estomatológica y usuarios. ¹³

BASES TEORICAS

ADMINISTRACION GENERAL

Cuando dos o mas personas trabajan juntas de manera estructurada para alcanzar un objetivo o propósito entonces hablamos que forman parte de una organización. Se define como organización: una universidad, un equipo deportivo un grupo musical o teatral, el ejército y grandes corporaciones¹⁴.

El ser humano entonces, durante su existencia forma parte de una organización; y todas las organizaciones sean formales o no busca alcanzar una meta común.

Todas las organizaciones tienen un programa o método para alcanzar las metas; es decir, un plan³. Dicho esto podemos definir a la administración como el proceso de diseñar y mantener un ambiente en el que los individuos, trabajando en grupo de manera eficiente, alcancen los objetivos seleccionados¹⁵

2.2.1.1 Evolución de la administración a través del tiempo

La administración y las organizaciones son producto de su momento y su contexto histórico y social. Por tanto, la evolución de la teoría de la administración se entiende en términos de como han resuelto las personas las cuestiones de sus relaciones en momentos concretos de la historia, los problemas y tribulaciones de las personas que nos antecieron en dirigir la suerte de las organizaciones¹⁴

Las primeras teorías sobre la administración fueron intentos por tratar de conocer a estos novatos para la vida industrial, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, tanto en Europa como en Estados Unidos.¹⁴

Son numerosas y muy diferentes las contribuciones de los autores y especialistas que dieron como resultado diferentes enfoques de la administración, los cuales han originado el surgimiento de la “selva de las teorías administrativas”¹⁵

a) Escuela De La Administración Científica

La teoría de la administración científica surgió, en parte, por la necesidad de elevar la productividad. A principios del siglo XX, en Estados Unidos en especial, había poca oferta de mano de obra. La única manera de aumentar la productividad era elevando la eficiencia de los trabajadores.¹⁴

Frederick Winslow Taylor conocido como el padre de la administración científica tuvo como interés la elevación de la productividad mediante una mayor eficiencia en la producción y salarios más altos a los trabajadores, a través de la aplicación del método científico. Sus principios insisten en el uso de la ciencia, la generación de armonía y cooperación grupales, la obtención de la máxima producción y el desarrollo de los trabajadores¹⁵.

Los puntos de vista de Taylor tenían fuerte influencia de la ética protestante que predominaba en ese tiempo. Acentuaba el valor del trabajo duro, la racionalidad económica, el individualismo y la idea de que cada hombre tenía que desempeñar un rol social. Taylor no desarrollo una extensa teoría general de la administración. Tenía una orientación pragmática que hacia hincapié en los aspectos empíricos y mecanistas, y se enfocaba principalmente al incremento de la eficiencia del trabajador.

Enfoque básico de la administración científica: Taylor pensó que el trabajo se podía analizar científicamente y que era responsabilidad de la administración proporcionar los lineamientos específicos para el desempeño del trabajador. Esto condujo al desarrollo de uno de los mejores métodos de hacer la tarea, a la estandarización de este método, a la selección de los trabajadores mejor calificados para desarrollar tareas específicas y a su

capacitación sobre el procedimiento más eficiente para desempeñar su trabajo. Taylor tenía un enfoque de ingeniería que veía al trabajador como un apéndice de la máquina. La hipótesis era que los trabajadores debían ser motivados con premios económicos, lo cual llevaría a un incremento de la productividad.

Henry L. Gantt trabajó con Taylor en varios proyectos. Empero, cuando empezó a trabajar por su cuenta dando asesorías como ingeniero industrial, Gantt empezó a reanalizar el sistema de incentivos de Taylor.

Gantt abandonó el sistema de tasas diferenciales porque considero que era fuente de muy poca motivación y, a cambio, presentó otra idea. Cada uno de los trabajadores que terminara la porción de trabajo diaria que se le hubiera asignado, obtendría una bonificación de 50 centavos. Además, aumentó otro aliciente. El *supervisor* obtendría una bonificación por cada uno de los trabajadores que cumpliera con la ración diaria, mas otro bono extraordinario si todos los trabajadores lo hacían. Según Gantt esto motivaría que los supervisores prepararan a sus trabajadores para desempeñar mejor su trabajo.

El avance de cada uno de los trabajadores era calificado públicamente y registrado en las columnas individuales de gráficas, en negro cuando el trabajador llegaba al parámetro y en rojo cuando no lo hacía. Desde la década de 1920, se usa en Japón, España y la Unión Soviética. Además, sentó las bases en dos instrumentos para graficar, que fueron inventados para ayudar a planificar, administrar y controlar organizaciones complejas: el Método de la Ruta Crítica (CPM por sus siglas en inglés)

Taylor y sus seguidores no fueron teóricos organizacionales, sino que de manera práctica trabajaban en el taller y se interesaban por mejorar la eficiencia del trabajador. Sin embargo, Taylor aportó implícitamente ciertos conceptos sobre la administración y la organización, que fueron importantes para el desarrollo de una teoría general; proporcionó muchas de las ideas para el marco conceptual que adoptaron mas tarde los teóricos del

proceso administrativo, incluyendo una delimitación clara de autoridad y responsabilidad, la separación de la planeación de la operación, la organización funcional, el uso de estándares en el control, el desarrollo de sistemas de incentivos para los trabajadores, los principales de la administración por excepción, y la especialización del trabajo. Muchos de los conceptos de la administración científica fueron similares a los que expuso Max Weber en su modelo burocrático. Esto es particularmente cierto en lo referente al punto de vista de Taylor, que la administración debe ser gobernada por reglas y procedimientos racionales. Decía: "He tratado de señalar que el dictador anticuado no tiene cabida en la administración científica" ¹⁴.

b) Escuela De La Teoría Clásica De La Organización

La administración científica se preocupó por elevar la productividad de la fábrica y el trabajador individual. La teoría clásica de la organización surgió de la necesidad de encontrar lineamientos para administrar organizaciones complejas, por ejemplo las fábricas.

Henry Fayol suele ser recordado como el fundador de la escuela clásica de la administración, no porque fuera el primero en estudiar el comportamiento gerencial, sino porque fue el primero en sistematizarlo. Fayol pensaba que las prácticas administrativas acertadas siguen ciertos patrones, los cuales se pueden identificar y analizar. A partir de esta premisa básica, trazó el proyecto de una doctrina congruente de la administración, la cual sigue conservando mucha fuerza hasta la fecha ¹⁴.

Henry Fayol Formulo 14 principios de la administración, como los referentes a la autoridad y responsabilidad, la unidad de mando la cadena escalar, y el espíritu de cuerpo¹⁴.A continuación presentamos los principios: División del trabajo, autoridad, disciplina, unidad de mando unidad de dirección, subordinación del interés individual al

bien común, remuneración, centralización, jerarquía, orden, equidad, estabilidad, iniciativa, espíritu de grupo.

Max Weber (1864-1920), pensando que toda organización dirigida a alcanzar metas, y compuesta por miles de individuos, requería un estrecho control de sus actividades, desarrolló una teoría de la administración de burocracia que subrayaba la necesidad de una jerarquía definida en términos muy estrictos y regida por reglamentos y líneas de autoridad definidos con toda claridad ¹⁶.

Consideraba que la organización ideal era una burocracia con actividades y objetivos establecidos mediante un razonamiento profundo y con una división del trabajo detallada explícitamente ¹⁴.

c) Escuela de la conducta

Surgió en parte, debido a que el enfoque clásico no lograba suficiente eficiencia productiva ni armonía en el centro de trabajo. Para frustración de los gerentes, las personas no siempre seguían los patrones de conducta pronosticados o esperados. Por tanto, aumentó el interés por ayudar a los gerentes a manejar con más eficacia el lado personal de sus organizaciones. Varios teóricos trataron de reforzar la teoría clásica de la organización con elementos de la sociología y la psicología ¹⁴.

Mayo y sus colaboradores¹⁴ fueron los primeros en aplicar el método científico para estudiar a las personas en el entorno laboral. Investigadores posteriores, con preparación más rigurosa en las ciencias sociales psicología, sociología y antropología, usaron métodos de investigación más sofisticados, se llamaron "científicos de la conducta", en lugar de "teóricos de las relaciones humanas".

Los científicos de la conducta introdujeron dos dimensiones nuevas al estudio de la administración y las organizaciones. En primer lugar, presentaron una visión del hombre y de sus impulsos incluso más sofisticados que la de Mayo y sus contemporáneos.

Abraham Maslow y Douglas McGregor, entre otros, escribieron sobre la "superación personal" de los individuos.¹⁶ Su obra engendró nuevos conceptos en cuanto a la posibilidad de ordenar las relaciones para beneficio de las organizaciones. Además, determinaron que las personas pretendían obtener algo más que recompensas o placer "al instante". Dado que las personas tenían formas de vida complejas, entonces las relaciones en la organización deberían sustentar dicha complejidad.

Algunos científicos de la conducta posteriores consideran que incluso este modelo no explica todos los factores que pueden motivar a las personas en el centro de trabajo. Afirman que no todo el mundo pasa siempre de un nivel de necesidades al siguiente. Para algunas personas, el trabajo sólo representa un medio para satisfacer las necesidades de orden inferior. Otras, sólo se sienten satisfechas realizando sus necesidades de orden superior: incluso pueden optar por trabajar en empleos que amenazan su seguridad, si con ello pueden alcanzar metas personales muy singulares. El modelo más realista de la motivación humana, según afirman estos científicos de la conducta, es el de la "persona compleja". Gracias a este modelo, el gerente eficaz está consciente de que no existen dos personas iguales y adapta los enfoques motivacionales de acuerdo con las necesidades individuales.

d) Escuela de la ciencia de la administración

La escuela de la ciencia de la administración obtuvo popularidad debido a dos fenómenos de la posguerra. En primer lugar el desarrollo de los computadores de gran velocidad y la comunicación entre computadoras ofreció un medio para atacar problemas de la organización, de gran escala y complejos.

En segundo lugar, Rbert Mc Namara aplicó una forma de ciencia de la administración en Ford Company.

La ciencia de la administración que representó fué una forma totalmente nueva de concebir el tiempo. Los complejos modelos matemáticos, y las computadoras para desmenuzar las cifras, hicieron que el pronóstico del futuro con base en el pasado y el presente se convierta en una actividad muy popular. Ahora los gerentes pueden jugar con preguntas de tipo ¿Qué pasaría si el futuro fuera así? Que las teorías de la administración anteriores no podían manejar. Por otra parte, la escuela de la ciencia de la administración no presta mucha atención a las relaciones, per se, dentro de las organizaciones. Entonces, cabría resaltar que la ciencia de la administración fomenta que solo se conceda importancia a los aspectos de la organización que se pueden representar con cifras, olvidándose de la importancia de las personas y las relaciones.

Los enfoques también se han presentado como ideas durante el desarrollo de las teorías de la administración, así tenemos:

a. Enfoque de sistemas

Piensa que es un sistema único, que tiene un propósito y esta compuesto por partes que se interrelacionan. Esta posición permite a los gerentes contemplar como un todo y como parte del ambiente externo. El enfoque de sistemas dice que la actividad de un segmento de la organización afecta, en diferentes grados, la actividad de todos sus otros segmentos.

Este enfoque reconoce la importancia de estudiar las interrelaciones de la planeación, la organización y el control en una organización, así como los subsistemas, muy numerosos¹⁵.

b. Enfoque de contingencias

La teoría de las contingencias reconoce la influencia de determinadas soluciones en los patrones de comportamiento organizacional¹⁵.

Tiene un punto de vista según el cual la técnica administrativa que sirve mejor para alcanzar las metas de la organización podía variar de acuerdo con las situaciones o circunstancias; también llamado enfoque situacional ¹⁴.

El enfoque de contingencias fue concebido por gerentes, asesores e investigadores que trataron de aplicar los conceptos de las escuelas más importantes; a las situaciones reales que vivían. Cuando métodos que eran muy eficaces para una situación no funcionaban en otras, buscaban una explicación. Por ejemplo, ¿por qué funcionaba magníficamente un programa de desarrollo organizacional en una situación y fracasaba rotundamente en otra? Los partidarios del enfoque de contingencias tenían una respuesta lógica para este tipo de preguntas: los resultados difieren porque las situaciones difieren, la técnica que funciona en un caso no funcionará necesariamente en todos los casos.

Conforme al enfoque de contingencias, la tarea del gerente consiste en identificar la técnica que servirá mejor para alcanzar las metas; de la gerencia, en una situación concreta, en circunstancias concretas y en un momento concreto. Por ejemplo, cuando se requiere alentar a los trabajadores para incrementar la productividad, el teórico clásico podría recomendar un nuevo plan para simplificar el trabajo. El científico de la conducta, en cambio, podría tratar de crear un ambiente psicológicamente motivante, y recomendar una técnica como el enriquecimiento del trabajo; es decir, la combinación de tareas con diferente alcance y responsabilidad, y que conceden al trabajador mayor autonomía para tomar decisiones.

c. Enfoque del compromiso dinámico

Todas estas teorías nos han llegado en un mundo de organizaciones y administraciones de finales del siglo XX. Tales teorías se aplican con el telón de fondo de veloces cambios y reconsideraciones profundas en cuanto a como evolucionarán la administración y las organizaciones en el siglo entrante. En el fondo de estas reconsideraciones que se están

dando de diversas maneras al mismo tiempo, se encuentran nuevas concepciones de las relaciones y los tiempos.

Como las fronteras entre las culturas y las naciones están desapareciendo y la nueva tecnología de la comunicación permite pensar en el mundo como una "aldea global", el alcance de las relaciones internacionales e interculturales se extiende a gran velocidad. El ritmo de actividad de las organizaciones se acelera notablemente. Estas tendencias indican el actual aumento de la intensidad de las organizaciones y la administración.

ADMINISTRACIÓN EN ODONTOLOGÍA

Un ejemplo de mala administración lo podemos ver en la distribución de un consultorio dental. Muchos dentistas en la actualidad caen en el error de mantener un ambiente de trabajo en condiciones poco ergonómicas, tratando de alguna manera aprovechar todo el espacio posible disponible, sin preocuparse por la comodidades del paciente e inclusive la suya propia.

Dado el problema planteado es imperativo organizar y administrar de manera coherente el consultorio dental.

2.2.2.1 El Proceso Administrativo

El proceso administrativo de un consultorio se debe estructurar, estableciéndose bajo cánones de organización. La división del trabajo y la delegación de funciones fueron planteadas por los egipcios 2000 A.C. y es increíble que a la fecha, casi 4000 años después, todavía no sea un método rutinario en el trabajo de algunos profesionales ¹⁴.

Partiendo entonces de las fases del proceso administrativo tenemos:

A). Previsión. Aquí nos planteamos los objetivos de la empresa; en este caso, del consultorio.

El éxito de esta fase del proceso consistirá en fijar y determinar objetivos adecuados, logrando a futuro con habilidad, coordinar el trabajo de las persona para que sientan como propio los objetivos de la empresa ¹⁶.

B) Planeamiento. Aquí establecemos las acciones que deberemos seguir para lograr nuestros objetivos.

En la planeación se consideran los principios de precisión, flexibilidad y unidad del proceso. En la planeación nos será útil:

- Identificar los problemas existentes
- Recopilar toda la información posible con relación a las actividades futuras
- Analizar, depurar y clasificar la información obtenida
- Establecer planes alternativos
- Elegir el plan mas adecuado, de acuerdo a sus ventajas ¹⁹.

C) Organización. Aquí buscaremos fundamentalmente coordinación, división de labores, asignación de autoridad y delegación de responsabilidades y el máximo aprovechamiento de los elementos disponibles

Cuando hablamos de organización en nuestro consultorio, no solamente nos debemos referir a aspectos físicos, sino también a una serie de facetas psicológicas derivadas de factores humanos que intervienen en el desarrollo de una actividad profesional determinada, por la simple intervención de personas en el trabajo diario. El logro de un objetivo determinado implica la buena y sistemática actuación del personal ejecutivo, de secretaria, asistente o auxiliar, según sea la estructura de trabajo de un consultorio ¹⁹.

D) Integración. Aquí lo que haremos es articular lo que obtuvimos mediante la planeación y la organización; y pueden ser los elementos tanto humanos como materiales.

Respecto a los recursos materiales, en nuestro caso particular la odontología, se refieren a las instalaciones del consultorio, así como al aprovisionamiento de equipos, maquinarias e instrumental, los que deberán ser acordes al tipo de actividad a ser desarrollada

Referente a las personas es muy importante analizarlo con detenimiento. En nuestra profesión se debe integrar un equipo de trabajo que este en aptitud de brindar un excelente nivel de servicios de salud con rendimiento adecuado. Este equipo estará formado por uno o varios profesionales odontólogos y además de personal asistente ¹⁹.

2.2.3 PERCEPCION

Para entender el concepto de percepción es necesario conocer la definición de sensación. La sensación se refiere a experiencias inmediatas básicas, generadas por estímulos aislados simples¹⁸. La sensación también se define en términos de la respuesta de los órganos de los sentidos frente a un estímulo²¹.

La percepción incluye la interpretación de esas sensaciones, dándoles significado y organización¹⁸. La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no sólo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro²²

A principios del siglo XX un grupo de psicólogos alemanes se sintió intrigado por el modo en que la mente organiza las sensaciones para obtener percepciones. Dado un conjunto de sensaciones, el ser humano que las percibe, las organiza en una gestalt, palabra alemana que significa “forma” o “conjunto total” ²²

La teoría de la Gestalt postula que percibimos los objetos como "todos" bien organizados, más que como partes separadas y asiladas. No vemos pequeños fragmentos desarreglados al abrir nuestros ojos para ver el mundo. Vemos grandes regiones con formas y patrones bien definidos. El "todo" que vemos es algo más estructurado y

coherente que un grupo de fragmentos aislados; la forma es más que la simple unión de los fragmentos.

2.2.4 CALIDAD

La definición más integral de calidad y quizás la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total. El resumía la calidad de la siguiente manera: “Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”.²⁴

Encontramos diversos conceptos acerca de calidad dependiendo del contexto, así tenemos:

- La calidad total de un producto o servicio no se puede alcanzar por medio de la aplicación de controles que se efectúen sobre el mismo para medirla. La calidad debe ser introducida en el servicio como un valor agregado, en definitiva la calidad se produce (passarello E, 1996)²⁵
- La calidad total es un sistema estratégico integrado para lograr la satisfacción del paciente o cliente que abarca a todos los gerentes y empleados y utiliza métodos cuantitativos para mejorar continuamente los procesos de una organización. (gilmore CM, Moraes Novaes H, 1996)²⁵
- La calidad consiste en satisfacer o superar las expectativas de los pacientes de manera congruente. Es el enjuiciamiento de una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un indicador para verificar si este estándar fue cumplido o no. (Gilmore CM, Moraes Novaes H, 1996)²⁵
- La calidad es un concepto subjetivo, lo que explica su carácter dinámico y no universal (Sánchez, Díaz y Bethencourt). Los estudios de percepción

realizados como cuestionarios como medios de obtener información cuantitativa se esta empleando en numerosos contextos para medir el impacto de la calidad en los servicios.

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma.

Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades.²⁴

2.2.4.1 Relación entre calidad y satisfacción.

Dado que ambos conceptos están interrelacionados, incluso algunos autores consideran ambos como sinónimos (Liljander, 1994), que sugiere que los modelos de satisfacción pueden ser denominados de calidad de servicio percibida ya que lo que se estudia es un servicio y no un bien de consumo; otros autores, destacan que los profesionales centrados en la intervención no tienen que diferenciar entre ambos conceptos (Dabholkar, 1995).²⁴

Pero a pesar que en ambos casos hablamos de evaluaciones subjetivas por parte de los consumidores o usuarios, es importante destacar ciertas diferencias, señalando que las investigaciones realizadas sobre satisfacción se han centrado en las evaluaciones posterior al consumo o compra, mientras que la investigaciones sobre actitudes han enfatizado la atención en evaluaciones anterior a la decisión de consumo o compra.²⁴

La mayoría de los autores revisados consideran que la satisfacción implica:

1. La existencia de un objetivo que el consumidor desea alcanzar.
2. La consecución de este objetivo, sólo puede ser juzgada tomando como referencia un estándar de comparación.
3. El proceso de evaluación de la satisfacción implica como mínimo la intervención de dos estímulos: un resultado y una referencia o estándar de comparación.²⁴

2.2.4.2 Calidad de atención

La calidad de la atención tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente, tomando en consideración el contexto local.²¹

Si bien ninguna de las definiciones de calidad se aplica a todas las situaciones, las siguientes definiciones son guías útiles para definir la calidad de los servicios de salud:

- *Dr. Avedis Donabedian, 1980:* “La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnologías médicas en una 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 riesgos y beneficios.”²³
- *M. I. Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS, 1988.* . .el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.²³
- Calidad de la asistencia al paciente es el grado en que los servicios de asistencia sanitaria, dado el estado actual de los conocimientos, aumentan la probabilidad de

lograr los resultados que se buscan en la salud de los pacientes y reducen la probabilidad de obtener efectos no deseados. (Gilmore CM, Moraes Novaes H, 1996)²⁵

Hay distintos conceptos relacionados con respecto a la calidad de la atención y es que ésta depende íntegramente de la opinión del paciente o usuario.

La calidad que se aplica en los servicios es muy grande, abarca desde la confección de manuales, protocolos, capacitación del personal en todas las áreas y cargos funcionales, verificación de procesos de trabajos obsoletos o no, seguimiento, auditorias, implementación, conocer la infraestructura, conocer al cliente corporativo y al cliente personal. Pero esto es parte de la calidad, y una persona que realiza este trabajo puede ser agotador, y en muchos de los casos errante, aquí se debe de saber valorar el trabajo en equipo, y mas aun, tiempo, esfuerzo.

2.2.4.3 Evaluación de la calidad

La evaluación de calidad de los servicios se puede realizar desde varias perspectivas como calidad percibida, expectativas y percepciones y calidad profesional.

En la actualidad existen dos modelos para la medición de la calidad en los servicios.

Parasumaran, Zeithaml y Berry (1988) miden el concepto de calidad a partir de la calidad percibida frente a la calidad objetiva. Por calidad percibida entendemos la valoración del consumidor de la excelencia o superioridad global de un servicio, similar a una actitud global y se define como el grado y la dirección de las discrepancias entre las percepciones y las expectativas del consumidor. Además es necesario distinguir entre los

conceptos de calidad y satisfacción entendiéndose que la segunda esta relacionado con alguna transacción en específica.²⁶

Donabedian, propone abordar la calidad a partir de tres dimensiones, la dimensión humana, la dimensión técnica y la dimensión del entorno, en cada una de las cuales se puede encontrar atributos o requisitos de calidad que caracterizarán al servicio de salud.²⁷

2.2.4.4 Instrumento para la evaluación de la calidad: Modelo según Donabedian

El que se ha aplicado en la presente propuesta se sustenta en el desarrollado por Donabedian, que propone abordar la calidad a partir de tres dimensiones: estructura, el proceso y los resultados en cada una de las cuales se puede encontrar atributos o subdimensiones de calidad que caracterizarán al servicio de salud.

- a. **La estructura.** Se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros.
- b. **Los procesos.** Corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención.
- c. **Los resultados.** Los resultados son el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

El Ministerio de Salud de Lima, Perú a través de la Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación elaboró unos estándares para la medición de la calidad de atención utilizando el modelo de Avedis Donabedian. Para medir la calidad de la atención los pacientes evaluarán la calidad de atención a través de 10 atributos o estándares:

- Oportunidad, se identifica con una Respuesta a una necesidad de salud en un tiempo que implique menor riesgo y mayor beneficio para la persona o la población.
- Seguridad, se identifica con las condiciones en el establecimiento que garanticen a los usuarios, acceso a servicios sanitarios básicos para prevenir riesgos en él y medio ambiente.
- Eficacia, se identifica con el Uso correcto de las normas, protocolos y procedimientos en la gestión y prestación de servicios de salud individual y colectiva
- Accesibilidad, se identifica con las condiciones necesarias para que las personas puedan obtener servicios de salud individual y colectiva, disminuyendo las barreras geográficas, socioeconómicas, organizativas y culturales.
- Integralidad, relacionado con acciones dirigidas a la persona, su familia, la comunidad y el ambiente en un proceso que contiene los momentos de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Trabajo en equipo, identificado en personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.
- Participación social, identificada con mecanismos y procesos que permiten a la población organizada intervenir y tomar decisiones respecto a las prioridades, políticas y estrategias sanitarias.

- Respeto al usuario, relacionado en considerar a la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales.
- Información completa, identificada con la provisión de contenidos, veraces, oportunos y entendibles por las personas o público, que le permite tomar decisiones sobre su salud.
- Satisfacción del usuario, referido al balance favorable entre lo que la persona o población espera de los servicios de salud y su percepción acerca de lo que recibe de ellos.

Este instrumento es el original y ha sido utilizado y validado por distintos tipos de organizaciones, dentro de ellos los principales son:

En 1990, Di Prete y col. Publican una guía de garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo.²³

El 2002, el ministerio de salud publica introduce el modelo de Donabedian en el programa de mejora continua de la calidad de atención estomatológica la satisfacción de la población y los prestadores.²⁵

En el año 2000, Roldan y col. Basados en el concepto de calidad desde el triple enfoque de Donabedian y el modelo DOPRI propuesto por Galán Morera, se realizó un estudio descriptivo exploratorio en seis hospitales públicos de un departamento de la zona suroccidental de Colombia, para evaluar los servicios de nutrición y dietética, fisioterapia, terapia respiratoria y fonoaudiología, al ser considerados fundamentales en la prestación de un servicio de salud integral y con calidad, y que pocas veces se han evaluado en el contexto nacional.⁵

Los autores en el ministerio de salud con los estándares de calidad que desarrollaron este instrumento en el año 2002 reportan estudios con el modelo de Donabedian en establecimientos de salud.²⁷

Actualmente la metodología aplicada es en base a 10 atributos correspondientes a las 3 dimensiones; estructura, proceso y resultados. Consiste en un conjunto de afirmaciones, juicios y preguntas frente a la cual la persona expresa su percepción mediante la escala de Likert, considerando solo cinco dimensiones redefinidas por los autores del instrumento.

2.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

2.3.1 ÁREA PROBLEMA

En los últimos años el tema de la calidad ha adquirido considerable importancia en las instituciones de salud tanto a nivel nacional como internacional. En nuestro país, uno de los principios rectores es la calidad de la atención a la salud como un derecho en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios. El desarrollo alcanzado en los últimos tiempos por los servicios estomatológicos ha sido de tal envergadura y velocidad que ha forzado a realizar cambios profundos en la estructura y organización de los mismos.

Actualmente, la satisfacción de los usuarios es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios 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 que las dimensiones que considera el usuario para definirla; se centran en la eficiencia, accesibilidad, relaciones interpersonales, continuidad, comodidad y oportunidad de la atención.

Estas impresiones que el cliente se forma sobre nuestro servicio constituyen el prestigio de una empresa y eslabonan claramente su lealtad con la productividad y rentabilidad. El impacto en la interacción con el cliente será transmitido a otras personas tanto si es

positivo como si es negativo, con la diferencia que debido a nuestra naturaleza humana, una impresión negativa se comenta un mayor número de veces.

El nivel de satisfacción marcará la lealtad de nuestro cliente, su permanencia y consecuentemente nuestra subsistencia.

2.3.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta la situación antes descrita surgió la inquietud por conocer más la realidad de la actitud que manifiestan los usuarios frente a los servicios brindados desde que ingresa a atenderse en la clínica de la facultad de odontología.

Se sabe que existen distintas formas de medir la calidad de la atención de los servicios, así como la medición de expectativas, percepciones y satisfacción del usuario. Por lo tanto, realizar un estudio de estos factores durante la atención de los pacientes en la clínica ha servido para identificar y determinar la percepción de la calidad de atención. Uno de los factores para medir la calidad conocidos son la percepción de la calidad mediante sus dimensiones de estructura, procesos y resultados.

En el presente estudio de carácter descriptivo y observacional se determinó la calidad de atención en pacientes atendidos en la clínica de la facultad de odontología. La condición de los pacientes atendidos fue que hayan sido atendidos en por lo menos 2 ocasiones. Por otro lado la población comprende la edad entre 20 y 89 años de edad.

2.3.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la Percepción de la calidad de atención según el paciente que acude a la Clínica de la Facultad de Odontología de la U.N.M.S.M durante el año 2007?

2.4 JUSTIFICACIÓN

La importancia de este trabajo de investigación consiste en la necesidad de contar con datos en relación a la calidad desde la perspectiva del usuario en la atención que brinda la Clínica de la Facultad de Odontología.

La evaluación de la percepción de la calidad permitirá conocer las debilidades y fortalezas existentes con relación a las dimensiones de la calidad de atención brindada en la clínica de la facultad de odontología.

En estudios anteriores respecto a la evaluación de la calidad de atención en la clínica de la facultad se ha encontrado que en el estudio realizado por Bernuy en el 2004 se encontró una insatisfacción mayoritaria y en el año 2003 en un estudio realizado por González se encontró un alto nivel de aceptación respecto al área de infraestructura y equipamiento. El tiempo de espera es el que tiene mayor nivel de insatisfacción.

Luego de un tiempo ha habido cambios en el ámbito académico como de infraestructura, de sus procedimientos y sus resultados, entonces se plantea la necesidad de evidenciar y comparar la calidad de atención brindada en la clínica de la facultad.

2.5 OBJETIVOS

2.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de la calidad de atención del paciente que acude a la Clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM durante el año 2007.

2.5.2 Objetivos específicos

1. Determinar la percepción de la calidad de la atención del paciente con respecto a la estructura organizacional de la institución y las características de los recursos humanos, físicos y financieros según edad, género y clínica de atención.
2. Determinar la percepción de la calidad de la atención del paciente con respecto a los procesos de la atención según edad, género y clínica de atención.
3. Determinar la percepción de la calidad de la atención del paciente con respecto al resultado logrado con la atención según edad, género y clínica de atención.

III. MATERIAL Y METODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el periodo y secuencia del estudio se trata de una investigación de tipo transversal ya que las variables estudiadas fueron en una sola oportunidad tiempo.

Según el análisis y alcance de los resultados este estudio es de tipo descriptivo.

POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Esta constituido por los pacientes que acudieron por atención a la clínica de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La clínica de la Facultad de Odontología se encuentra en el distrito de Lima, provincia de Lima, Perú.

MUESTRA

Esta constituido por pacientes que recibieron tratamiento odontológico en las instalaciones de la clínica dental de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante el periodo de agosto, septiembre y octubre del año 2007.

3.2.2.1 Muestreo

No se hizo muestreo probabilístico. Por conveniencia se tomo 100 pacientes que cumplían criterios de inclusión y exclusión.

3.2.2.2 Unidad de análisis

Paciente adulto que cumple con los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.2.3 Criterios de exclusión

- Pacientes financiados por el operador
- Pacientes conducido o motivado por el operador
- Paciente que manifieste su deseo de no participar en el estudio
- Pacientes que tengan descuento alguno por ser personal o parientes del operador

3.2.2.4 Criterios de inclusión

- Paciente que acuda por primera vez a la clínica de la Facultad de Odontología.
- Pacientes mayor de 18 años
- Paciente que tenga mas de 2 citas

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicador	Escala	Categoría
Percepción de la calidad de atención	Estructura	Oportunidad	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Buena calidad • Regular calidad • Mala calidad
		Seguridad	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Buena calidad • Regular calidad • Mala calidad
	Proceso	Eficacia	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Buena calidad • Regular calidad • Mala calidad
		Accesibilidad	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Buena calidad • Regular calidad • Mala calidad
		Integralidad	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Buena calidad • Regular calidad • Mala calidad
		Trabajo en equipo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Buena calidad • Regular calidad • Mala calidad
		Participación social	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Buena calidad • Regular calidad • Mala calidad
		Respeto al paciente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Buena calidad • Regular calidad • Mala calidad

	Resultado	Respeto al paciente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Buena calidad • Regular calidad • Mala calidad
		Información completa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Buena calidad • Regular calidad • Mala calidad
		Satisfacción del usuario	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Buena calidad • Regular calidad • Mala calidad

Definición de la variable:

Percepción de la **Calidad de Atención** según el paciente que acude a la Clínica de la Facultad de Odontología: es la interpretación por parte del paciente con respecto al servicio que se le brinda en la clínica de la Facultad de Odontología.

Definición de las dimensiones

- **La estructura.** Se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros.
- **Los procesos.** Corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención.
- **Los resultados.** Los resultados son el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

Variables Intervinientes. Sexo edad y clínica de atención

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala	Categoría
Grupo edad	Grupo etario	Años	Ordinal	<ul style="list-style-type: none">• 20-29 años• 30-39 años• 40-49 años• 50-59 años• 60-69 años• 70-79 años• 80-89 años
Sexo	Género	Características femeninas o masculinas	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Femenino• Masculino
Clínica atención	Lugar	Tipo de clínica	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• clínica I• clínica II• clínica especializada

Clínica de la Facultad de Odontología: los ambientes correspondientes a la clínica se encuentran ubicados en el sótano y primer piso del pabellón de la facultad.

Clínica I: en esta clínica los operadores son alumnos del 4to y 5to año de estudios y se realizan tratamientos de endodoncia y prótesis.

Clínica II: en esta clínica los operadores cursan el 3er año de estudios y se realizan tratamientos de carielogía.

Clínica especializada: son cualquiera de las clínicas, periodoncia o cirugía.

Estos ambientes de clínica se encuentran ubicados en el segundo piso de la facultad de odontología de la UNMSM

MATERIAL Y MÉTODOS

Procedimientos y técnicas

Para determinar la calidad de la atención brindada se utilizó el cuestionario basado en el modelo de Donabedian, el cual se basa en las percepciones de la calidad por el usuario (paciente). Se utiliza este instrumento ya que es el modelo maestro para las investigaciones relacionadas con la determinación de la calidad de atención en servicios. Para ello se tomarán 10 atributos o estándares establecidos:

- a. **Oportunidad:** Es un estándar de estructura respuesta a una necesidad de salud en un tiempo que implique menor riesgo y mayor beneficio para la persona o la población
- b. **Seguridad:** Estándar de estructura en el que las condiciones en el establecimiento que garanticen a los usuarios, acceso a servicios sanitarios básicos para prevenir riesgos en él y medio ambiente.
- c. **Eficacia:** Es un estándar de proceso que busca conocer el uso correcto de las normas y procedimientos en la gestión y prestación de servicios de salud bucal.
- d. **Accesibilidad:** Es un estándar de proceso que busca conocer las condiciones necesarias para que las personas puedan obtener servicios de salud bucal, disminuyendo las barreras geográficas y socioeconómicas.
- e. **Integralidad:** Estándar de proceso que busca conocer acerca de las acciones dirigidas al usuario (paciente) y el ambiente en un proceso que contiene los momentos de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud bucal.

- f. **Trabajo en equipo:** Estándar de proceso en las que personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.
- g. **Participación social:** Estándar de proceso que permiten a la población (pacientes) intervenir respecto a las prioridades y política de la clínica.
- h. **Respeto al usuario:** Es un estándar de resultado que consiste en considerar a la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales.
- i. **Información completa:** Estándar de resultado que provee de contenidos, veraces, oportunos y entendibles por las personas o pacientes, que le permite tomar decisiones sobre su salud bucal.
- j. **Satisfacción del usuario:** Es el balance favorable entre lo que la persona o paciente espera de los servicios de salud bucal y su percepción acerca de lo que recibe de ellos.

El instrumento de la recolección de datos consta de 2 partes:

1. Datos generales: consignando edad, género y clínica de atención
2. Datos específicos Percepciones del usuario: consto de 16 preguntas, divididas en 10 subdimensiones o estándares, cada pregunta con cinco alternativas de acuerdo a la escala de Likert

Estándares:

- **Oportunidad:** Pregunta número 1
- **Seguridad:** Pregunta número 2
- **Eficacia:** pregunta número 3

- **Accesibilidad:** Pregunta número 4 y 5
- **Integralidad:** Pregunta número 6 al 10
- **Trabajo en equipo:** Pregunta número 11
- **Participación social:** Pregunta número 12
- **Respeto al usuario:** Pregunta número 13
- **Información completa:** Pregunta número 14 y 15
- **Satisfacción del usuario externo:** Pregunta número 16

Para las alternativas de respuesta de las percepciones se utilizo la escala de likert.

Categorías de likert:	1- totalmente desacuerdo
	2- desacuerdo
	3- regular
	4- De acuerdo
	5- totalmente de acuerdo

Se establecieron los valores para cada categoría como indicador de percepción calidad de atención según el modelo utilizado:

1- totalmente desacuerdo	(muy mala)
2- desacuerdo	(mala)
3- regular	(regular)
4- De acuerdo	(buena)
5- totalmente de acuerdo	(muy buena)

Para la determinación de la calidad de atención las respuestas obtenidas a partir de la escala de Likert, se dividió en tres respuestas; en buena percepción de la calidad: (muy

buena y buena) y mala percepción de la calidad: (mala y muy mala)³ y regular con el fin de facilitar su análisis.

Se llevo al entrevistado a convenir su valoración en las percepciones, se explico al entrevistado que las características mencionadas, se referían a si estaban o no presentes en la clínica de la Facultad de Odontología. Si esta característica estuvo presente totalmente se marcaría 5 y si estuviese ausente completamente se marcaría 1.

Recolección de datos

Preliminarmente a la toma de la muestra se realizo una prueba piloto con el cuestionario. En esta los encuestados manifestaron dificultad en la comprensión de algunos términos que para su mejor comprensión fueron modificados sin alterar la esencia del indicador.

La recolección de datos se llevo a cabo a través de una entrevista tipo cuestionario realizada a los pacientes adultos. Este se probó antes de ponerlo en práctica, con el fin de hacer los ajustes necesarios. Fue ejecutado durante once semanas en los dos turnos del horario de atención de la clínica: mañana y tarde.

Finalmente se obtuvo 130 cuestionarios de los cuales 30 fueron eliminados

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Una vez recolectados los datos, se procedió al análisis de los resultados mediante estadística descriptiva obteniéndose frecuencias y porcentajes. Así mismo se realizo la significancia estadística para ello el programa estadístico SPSS v13 y Microsoft Excel 2007.

IV. RESULTADOS

DATOS GENERALES

Al cabo de dos meses empleados en la recolección de datos, se obtuvo una muestra de 100 pacientes entre 20 y 89 años de edad, los cuales acudían en por lo menos dos ocasiones a la atención a la clínica. El grupo de mayor número según grupo de edad y género fue como sigue: 23 pacientes entre 20 y 29 años, los cuales representan el 23% del total de la muestra; de los cuales 10 fueron de sexo femenino y 13 de sexo masculino, en el grupo de menor número está el de 80-89 que fueron 2 y representan el 2% de la muestra. Ver cuadro 1.

Cuadro 1. Distribución de pacientes según edad y sexo. Clínica odontológica de la UNMSM.2007

Grupo edad	sexo		Total
	femenino	masculino	
20-29	10	13	23
30-39	7	6	13
40-49	4	6	10
50-59	8	8	16
60-69	8	9	17
70-79	9	10	19
80-89	0	2	2
Total	46	54	100

La distribución de los 100 pacientes según clínica donde fue atendido y género fue como sigue: el grupo de mayor peso fueron atendidos en la clínica I con 60 pacientes, los cuales representan el 60% del total de la muestra; de aquellos 28 fueron de sexo femenino y 32 de sexo masculino. El grupo de menor peso fueron los atendidos en la clínica II, que representan el 12% del total de la muestra, de los cuales 6 fueron de sexo femenino y 10 de sexo masculino. Ver cuadro 2.

Cuadro 2. Distribución de pacientes según ambiente de atención. Clínica odontológica de la UNMSM.2007

Ambiente de atención	sexo		Total
	femenino	masculino	
clinica I	28	32	60
clinica II	6	10	16
clinica especializada	12	12	24
Total	46	54	100

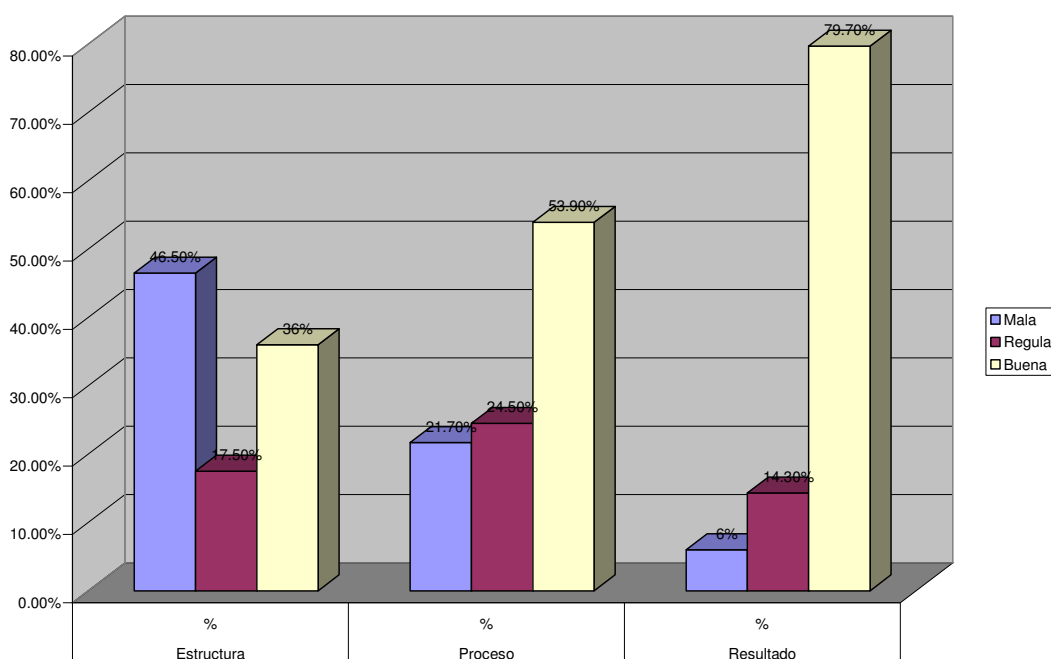
DATOS ESPECIFICOS-PERCEPCIONES

En la determinación de la calidad de atención según Ramírez y col². En cuanto a la percepción de la calidad de atención según dimensiones de la muestra estudiada se observa que: un 46.5 percibe la calidad como mala en la dimensión estructura, 53.9% de los encuestados manifestaron que la calidad de atención fue buena en la dimensión procesos y en la dimensión resultado se aprecia que el 79.7% percibieron la calidad como buena. Se considera que la percepción de la calidad en global fue buena en un 56.5% y los que consideraron como mal fueron un 21.82%. Ver cuadro 3

Cuadro 3. Calidad de atención según dimensiones. Clínica odontológica de la UNMSM.2007

<i>Dimensión</i>	<i>Mala</i>		<i>Regular</i>		<i>Buena</i>	
	F	%	F	%	F	%
Estructura	93	46.5%	35	17.5%	72	36%
Proceso	238	21.7%	269	24.5%	593	53.9%
Resultado	18	6%	43	14.3%	239	79.7%
Totales	349	21.82%	347	21.68%	904	56.5%

Grafico 1. Calidad de atención según dimensiones. Clínica odontológica de la UNMSM.2007



La prueba estadística aplicada encontró que $p < 0.05$, entonces el Chi cuadrado ha demostrado la existencia de diferencia significativa entre las variables calidad y dimensiones. Podemos apreciar que la dimensión estructura percibió la calidad como mala en una mayoría marcada. Así mismo la dimensión resultado se inclina por la calidad buena. Las frecuencias de mayor peso que se inclinaron por una buena percepción de la calidad se agruparon en las dimensiones de proceso y resultado. Además, se evidencia que se percibió como mala calidad en una mayoría marcada la dimensión estructura. Ver cuadro 4.

Cuadro 4. Calidad de atención según dimensiones. Prueba de chi-cuadrado. Clínica odontológica de la UNMSM.2007

		calidad			Total
		Mala	Regular	Buena	
dimensiones	estructura	93	35	72	200
	proceso	238	269	593	1100
	resultado	18	43	239	300
Total		349	347	904	1600

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	147.949 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	148.109	4	.000
Asociación lineal por lineal	131.247	1	.000
N de casos válidos	1600		

^a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 43.38.

En la determinación de la calidad de atención cuanto a la percepción según edad del paciente la muestra estudiada se observa que: el grupo de 20-29 años percibió la calidad de atención como buena con un 49.5%, el grupo de 70-79 años percibió la calidad de atención como buena con un 66.1%. Siendo estos los grupos de mayor peso en cada percepción. Ver cuadro 5

Cuadro 5. Percepción de la calidad de atención según edad del paciente. Clínica odontológica de la UNMSM.2007

<i>Grupo edad</i>	<i>Mala</i>		<i>Regular</i>		<i>Buena</i>	
	F	%	F	%	F	%
20-29	98	26.6%	88	23.9%	182	49.5%
30-39	39	18.8%	49	23.6%	120	57.7%
40-49	36	22.5%	30	18.75%	94	58.75%
50-59	62	24.2%	60	23.4%	134	52.3%
60-69	54	19.9%	64	23.5%	154	56.6%
70-79	53	17.4%	50	16.4%	201	66.1%
80-89	7	21.8%	6	18.8%	19	59.4%

La prueba estadística aplicada encontró que $p < 0.05$, entonces el Chi cuadrado ha demostrado la existencia de diferencia significativa indicativa de asociación entre las variables calidad y edad.

Las frecuencias de mayor peso que se inclinaron por una buena percepción de la calidad se agruparon en los grupos de 20-29, 30-39, 60-69 y 70-79

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24.486 ^a	12	.017
Razón de verosimilitud	24.694	12	.016
Asociación lineal por lineal	10.896	1	.001
N de casos válidos	1600		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.94.

Los resultados en cuanto a la percepción según género de la muestra estudiada son los que siguen: los encuestados de sexo femenino percibieron la calidad como buena en un 61.41%. En los del género masculino se observa porcentajes menores siendo que un 52.31% percibieron la calidad como buena. Ver cuadro 6.

Cuadro 6. Percepción de la calidad de atención según género del paciente. Clínica odontológica de la UNMSM.2007

Genero	Mala		Regular		Buena	
	F	%	F	%	F	%
Femenino	134	18.21%	150	20.38%	452	61.41%
Masculino	215	24.88%	197	22.80%	452	52.31%

La prueba estadística aplicada encontró que $p < 0.05$, entonces el Chi cuadrado ha demostrado la existencia de diferencia significativa indicativa de asociación entre las variables calidad de atención y género. Podemos apreciar que las frecuencias en los pacientes de sexo femenino y masculino se inclinan por una percepción buena de la calidad. Se evidencia que en el grupo de sexo masculino de mayor peso se agrupan alrededor de una percepción de buena calidad. Mientras que el grupo de pacientes de mayor peso por una percepción de mala calidad esta en el sexo femenino.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.022 ^a	2	.001
Razón de verosimilitud	15.107	2	.001
Asociación lineal por lineal	14.914	1	.000
N de casos válidos	1600		

^a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 159.62.

Los resultados en cuanto a la percepción según clínica que fue atendido: la clínica I se observó que un porcentaje mayor en comparación con las otras clínicas, la percepción de la calidad fue buena en un 57.81%. ver cuadro 7.

Cuadro 7 Percepción de la calidad de atención según ambiente de atención. Clínica odontológica de la UNMSM.2007

Ambiente de atención	Mala		Regular		Buena	
	F	%	F	%	F	%
Clínica I	214	22.29%	191	19.90%	555	57.81%
Clínica II	54	21.09%	67	26.17%	135	52.73%
Clínicas Especializadas	81	21.09%	89	23.18%	214	55.73%

Respecto al análisis estadístico de la variable calidad de atención encontró que $p > 0.05$, entonces el Chi cuadrado ha verificado que no existen diferencias significativas al parecer, y por lo tanto no existe asociación con la variable clínica de atención.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.416 ^a	4	.247
Razón de verosimilitud	5.313	4	.257
Asociación lineal por lineal	.089	1	.765
N de casos válidos	1600		

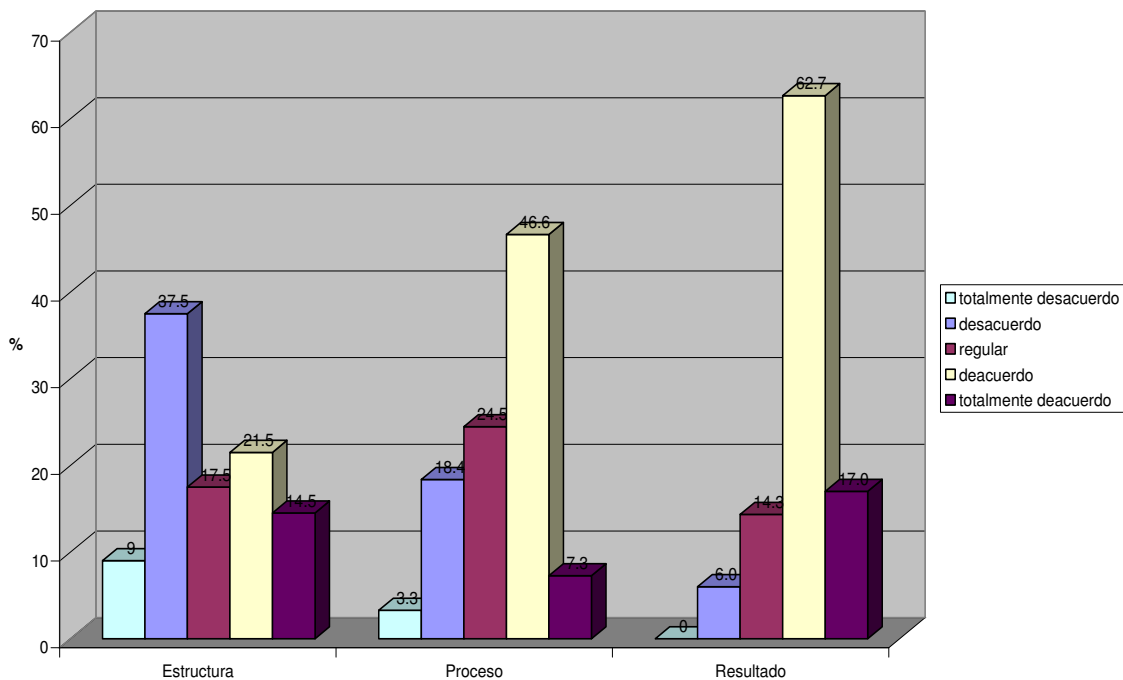
^a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 55.52.

En cuanto a la percepción según dimensiones o áreas de la muestra estudiada se observa que: 46,5% de los encuestados manifestaron estar de acuerdo que las características interrogadas se presentan en la clínica. Aquellos que manifestaron estar totalmente de acuerdo son solo el 10% de los encuestados, mientras que aquellos que se encuentran en la escala regular son el 21,69%. Se encontró también que los encuestados manifestaron estar en desacuerdo o totalmente desacuerdo con un 18,44% y 3,38%. Ver cuadro 8.

Cuadro 8. Percepción de la calidad de atención según dimensiones: estructura proceso resultado. Clínica odontológica de la UNMSM.2007

Dimensiones	Totalmente Desacuerdo		Desacuerdo		Regular		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
Estructura	18	9%	75	37.5%	35	17.5%	43	21.5%	29	14.5%
Proceso	36	3.3%	202	18.4%	269	24.5%	513	46.6%	80	7.3%
Resultado	0	0	18	6.0%	43	14.3%	188	62.7%	51	17.0%

Gráfico 2. Percepción de la calidad de atención según dimensiones: estructura proceso resultado

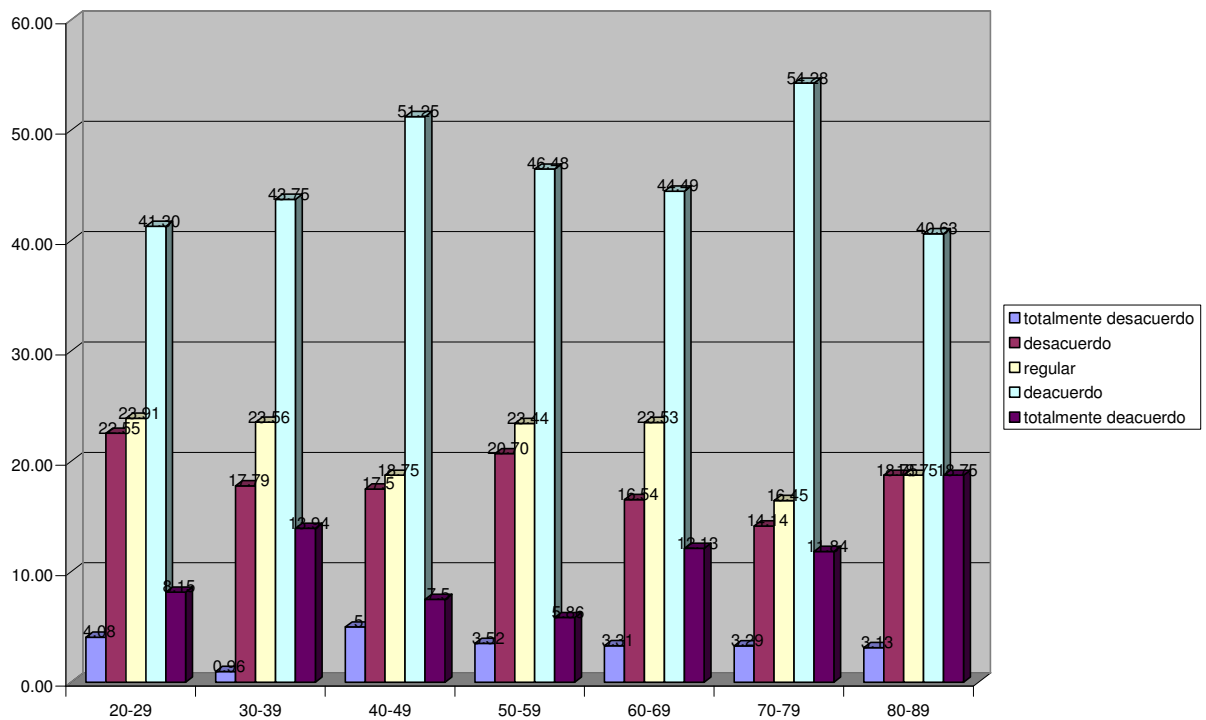


En cuanto a la percepción según grupo de edad de la muestra estudiada se observó que aquellos comprendidos entre las edades 70-79 y 40-49 obtuvieron mayores puntajes en la escala de acuerdo. En la escala totalmente de acuerdo están comprendidos aquellos entre edades de 80-89. Y en la escala desacuerdo las edades entre 20-29 obtuvieron mayor puntaje. Ver cuadro 9.

Cuadro 9. Percepción de la calidad de atención según grupo de edad. Clínica odontológica de la UNMSM.2007

Grupo edad	Totalmente desacuerdo		Desacuerdo		Regular		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
20-29	15	4.1%	83	22.6%	88	23.9%	152	41.3%	30	8.2%
30-39	2	1.0%	37	17.8%	49	23.6%	91	43.8%	29	13.9%
40-49	8	5%	28	17.5%	30	18.75%	82	51.25%	12	7.5%
50-59	9	3.5%	53	20.7%	60	23.4%	119	46.5%	15	5.9%
60-69	9	3.3%	45	16.5%	64	23.5%	121	44.5%	33	12.1%
70-79	10	3.3%	43	14.1%	50	16.4%	165	54.3%	36	11.8%
80-89	1	3.1%	6	18.8%	6	18.8%	13	40.6%	6	18.8%

Gráfico 3. Percepción de la calidad de atención según edad. Clínica odontológica de la UNMSM.2007

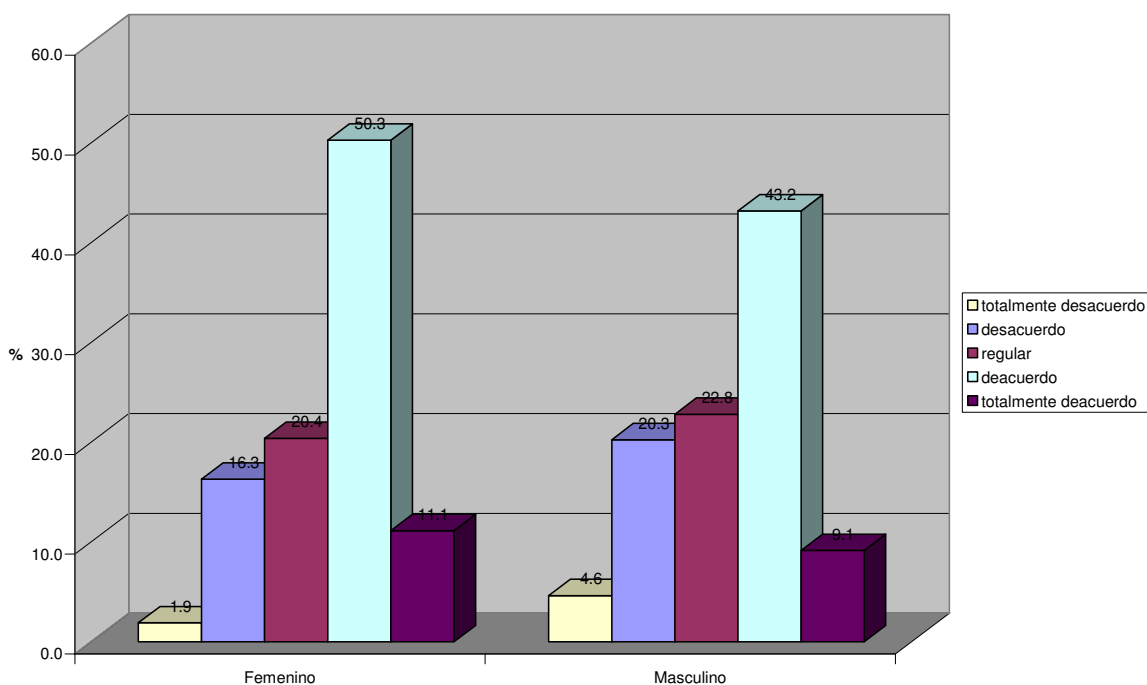


Los resultados en cuanto a la percepción según género de la muestra estudiada son los que siguen: los encuestados de sexo femenino se observó un porcentaje ligeramente mayor en totalmente de acuerdo y de acuerdo. En los del género masculino se observa porcentajes ligeramente mayor en la escala totalmente desacuerdo y desacuerdo. Ver cuadro 10.

Cuadro 10. Percepción de la calidad de atención según género del paciente. Clínica odontológica de la UNMSM.2007

Genero	Totalmente desacuerdo		Desacuerdo		Regular		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Femenino	14	1.90%	120	16.30%	150	20.38%	370	50.27%	82	11.14%
Masculin o	40	4.63%	175	20.25%	197	22.80%	373	43.17%	79	9.14%

Gráfico 4. Percepción de la calidad de atención según género del paciente. Clínica odontológica de la UNMSM.2007

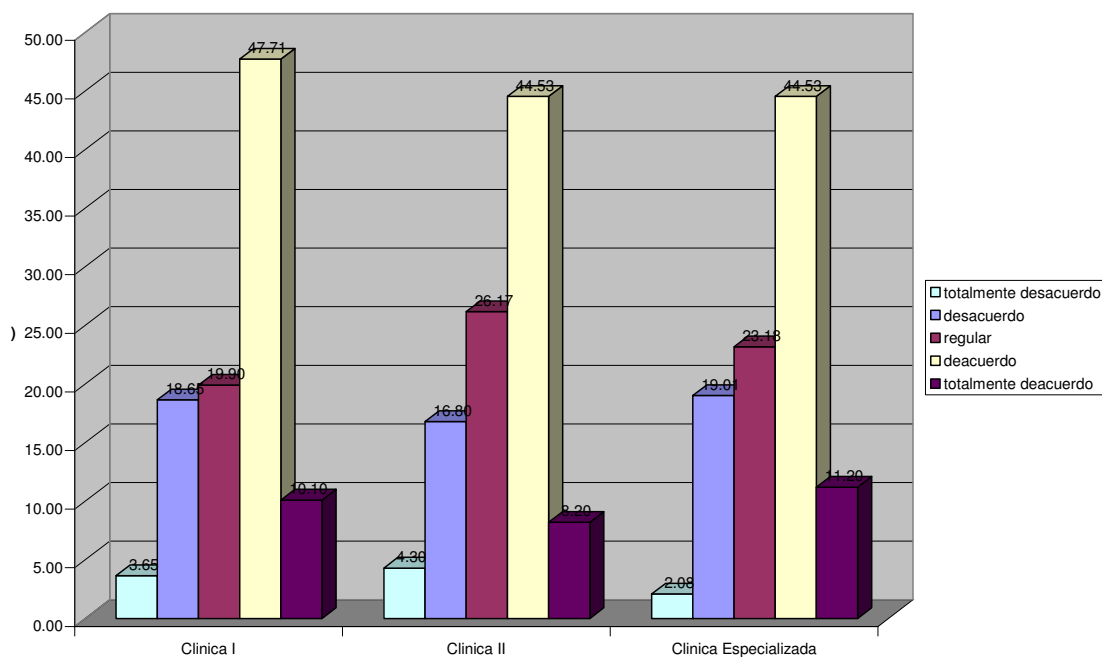


Los resultados en cuanto la percepción de la calidad de atención según clínica que fue atendido tomando en cuenta que en la clínica I los operadores son alumnos de 4to y 5to año y en la clínica II son alumnos del 3er año de estudios, la clínica I se observó un porcentaje ligeramente mayor en la escala totalmente de acuerdo y de acuerdo que en las demás clínicas. Se observa un porcentaje ligeramente mayor en la escala totalmente de acuerdo y de acuerdo en la clínica I. Se observa además en la clínica II un porcentaje ligeramente mayor en la escala regular. Ver cuadro 11.

Cuadro 11. Percepción de la calidad de atención según ambiente de atención. Clínica odontológica de la UNMSM.2007

Ambiente de atención	Totalmente desacuerdo		Desacuerdo		Regular		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Clínica I	35	3.65%	179	18.65%	191	19.90%	458	47.71%	97	10.10%
Clínica II	11	4.30%	43	16.80%	67	26.17%	114	44.53%	21	8.20%
Clínicas Especializadas	8	2.08%	73	19.01%	89	23.18%	171	44.53%	43	11.20%

Gráfico 5. Percepción de la calidad de atención según ambiente de atención. Clínica odontológica de la UNMSM.2007



V. DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal determinar cual es la percepción de la calidad de atención por el paciente que acude a la clínica de la Facultad de Odontología de la U.N.M.S.M. Se consideraron aquellos indicadores relacionados con el modelo de Avedis Donabedian acerca de la medición de la calidad de atención, es decir, las áreas o dimensiones denominadas estructura, proceso y resultado. Se encontró principalmente que en el análisis del total de las preguntas respondidas la percepción de la calidad fue buena en un 56.5% y los que consideraron como mal fueron un 21.82%.

En investigaciones realizadas en la clínica de la Facultad de odontología, en el estudio realizado por Bernuy² en 2004 en la Clínica Central de la Facultad de Odontología encontró que la percepción de la calidad fue buena en un 57.77% de los encuestados. Observamos también que en la dimensión tangibilidad definido como los recursos de estructura apreciamos que existe aceptación con un 62% y 18%, sin embargo en nuestro estudio existe una percepción de mala calidad con un 46.5%.

Con respecto al área de estructura el 46% de los pacientes percibieron que la calidad fue mala. Una de las razones podría ser que los alumnos no cuentan con el instrumental necesario y el paciente observa que se prestan los instrumentales entre sus compañeros. Otra razón puede ser que se agote el stock de material que maneja la clínica. Otro motivo puede ser por que el alumno repita los procedimientos y se le agote el material. Otra razón con respecto a infraestructura podría ser porque los servicios higiénicos aún no estaban operativos después de la remodelación de la facultad.

En el estudio realizado por Gonzalez¹ se demuestra que los usuarios tuvieron un alto nivel de aceptación catalogando a los servicios odontológicos con buena y muy buena en cuanto a infraestructura y equipamiento.

En el estudio realizado por Timana¹² donde se demuestra que los usuarios perciben la estructura del servicio del hospital Carrión como regular en un 58,3% con tendencia a ser de mala calidad con un 31,5%.

En el estudio realizado en el año 2002 por Andía romero y col.⁷ el nivel de insatisfacción mas alto por dimensiones de calidad corresponde al de hostelería e infraestructura.

Con respecto al área de proceso el 53.9% de los encuestados percibieron la calidad como buena. Una diferencia con el estudio de Timana¹² es que el área de proceso fue dividido en dos subdimensiones que fueron calidez del servicio y capacidad de respuesta. En la que la calidez del servicio tiene tendencia a ser buena y la capacidad de respuesta a ser mala.

Los procedimientos y técnicas son llevados correctamente en la clínica de la facultad según percepción de los pacientes, una razón para esto podría ser que los alumnos se encuentran preparados para responder a las exigencias del paciente. Otra podría ser que existe una correcta organización a nivel administrativo y docente.

En la dimensión de resultado 79.7% percibieron la calidad como buena. Una razón para esto podría ser porque los procedimientos cumplieron con los requerimientos del paciente y lograron la rehabilitación que esperaban.

En el estudio de Ramírez⁴ encontraron que el 81,2% de los usuarios percibió la atención recibida fue buena y 18,8% mala.

Otras investigaciones desarrolladas en centros de salud u hospitales nacionales se encontraron percepciones buenas y de mala calidad aunque ninguno de ellos se realizo en alguna clínica o servicio dental.

En la evaluación de la calidad en servicios de salud Roldan y col⁵ obtuvieron resultados preocupantes ya que los niveles de insatisfacción con respecto a la calidad de atención son altos sobre todo en el área de infraestructura.

Andía y col.⁷ Encontraron altos niveles de satisfacción en el área infraestructura, seguido de una adecuada guía de atención y accesibilidad. Los valores mas bajos de satisfacción los encontraron en la dimensión de precios no se ajustan a la economía del paciente.

VI. CONCLUSIONES

1. En el área de estructura se percibe que el 46.5% percibieron la calidad como mala y un 36% percibieron como buena. Existe evidencia para aceptar como mala la calidad de atención en la dimensión estructura.
2. En el área de proceso encontramos que el 21.7% percibieron la calidad como mala. Existe evidencia para aceptar como buena la calidad de atención en la dimensión proceso.
3. En el área de resultado encontramos que el 6% percibieron la calidad como mala y un 79.7% como buena. Entonces existe evidencia para aceptar como buena la calidad de atención en la dimensión resultado.
4. En la percepción de la calidad de atención el 21,82% de los encuestados percibieron la calidad como mala. Percibieron la calidad como regular fueron un 21.68%. Percibieron la calidad como buena fueron un 56.6%. Con lo cual existe evidencia para aceptar que la percepción de la calidad del servicio fue buena.

VII. RECOMENDACIONES

1. Realizar investigaciones similares con una muestra equivalente a la totalidad de los pacientes atendidos durante un año.
2. Realizar una propuesta de investigación con el fin de determinar cuales serian, a juicio de los pacientes, las dimensiones representativas de la calidad de atención.
3. Realizar estudios afines periódicamente con el objetivo de mantener un adecuado control del servicio brindado en la clínica de la Facultad de Odontología de la U.N.M.S.M.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la percepción de la calidad de atención del paciente que acude a la Clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM durante el año 2007.

Para ello se aplicó un cuestionario a los pacientes, basado en el modelo de Donabedian, el cual se basa en las percepciones de la calidad por el usuario (paciente). En este modelo se consideraron tres dimensiones para determinar la calidad de atención: estructura, proceso y resultado.

En lo que a la dimensión de estructura se refiere, los usuarios perciben la estructura del servicio como malo. Por otro lado en la dimensión de procesos los usuarios perciben el proceso del servicio como bueno. En la dimensión de resultado los usuarios perciben los resultados del servicio como bueno mayoritariamente.

Los estudios revisados concernientes a calidad de atención bajo el modelo de Donabedian revelan que en cuanto a la dimensión de estructura la calidad no es buena, en cuanto a la dimensión de procesos la calidad se refleja como buena y en la dimensión de resultados la calidad mejora bastante.

Este estudio permitió obtener información de los usuarios de la clínica de la facultad de odontología acerca de sus percepciones con respecto a la atención que brinda la clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. González H. *Nivel de Satisfacción de los Pacientes Atendidos en la Clínica Odontológica de la UNMSM, 2004* [Tesis bachiller] Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2005
2. Bernuy A. *Calidad de atención de la clínica central de la facultad de Odontología en el año 2004.* [Tesis bachiller] Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2005
3. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 (pp. 166–203).
4. Donabedian A. *Exploración de la calidad: asesoramiento y monitoreo con respecto a calidad de los servicios. Serie perspectivas en salud Pública.* 1ª ed. México, 1990
5. Ramírez Tj, Nájera P, Nigenda G, *Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud en México: Perspectiva de los usuarios.* *Salud Pública (Méx)* 1998; 40 (01): 1-10.
6. Roldán P. *Evaluación de la calidad en la atención en salud.* CM. [en línea] 2001[fecha de acceso 2007] 32: 14-18.
Disponble en <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO1/calidad.html>
7. Arista B, Flores L, Fonseca D. *La calidad en la atención odontológica de las clínicas Iztacala, Acatlán y Cuautepec dependientes de la Fes Iztacala.* [fecha de acceso 2007] 30: 1-5 Disponible en: <http://odontologia.iztacala.unam.mx>

8. Andía C, Pineda Á. *Satisfacción del Usuario de los Servicios de Consulta Externa del Hospital de Espinar*. Sisbib Revistas. Perú 2002; Vol. 10 (20): 1-5
9. Sánchez I, Bonne T. *Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio Santiago de Cuba*. Revista Cubana Salud Pública 2002; 28(1): 38-45
10. Camejo E, Mena N. *Nivel de satisfacción de los pacientes que acuden a un policlínico principal de urgencias*. Revista Cubana Enfermedades v.19 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2002
11. Vicuña M. *Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos*. Anales de la Facultad de Medicina Vol. 63, Nº 1 – 2002
12. Squassi A. *Evaluación de calidad de los procesos de atención de salud bucal empleando el método basado en la semiótica de los enunciados*. Revista de la Maestría en Salud Pública Universidad de Buenos Aires. 2004 Vol. 2 (3). 13-18.
13. Timana, L. *Percepción de la calidad de atención por el usuario externo del servicio de emergencia del hospital nacional Daniel Alcides Carrión*. Revista portales médicos. Callao- Perú 2006. Vol. 24(1). 1-5
14. Fornaris M, Castillo M. *Evaluación de la satisfacción de los usuarios con la atención estomatológica al menor de 19 años*. Medisan Cuba 2006. Vol.10(2) 1-6.
15. Stoner J, Freeman E, Gilbert D. *Administración*. 6a ed. México: editorial prentice-hall hispanoamericana, s.a; 1996. p. 6-55.

16. Koontz H, Wehrich H. *Administración: Una Perspectiva Global*. 12ª ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2004; p. 6-43.
17. Weber M. *The theory of social and economics organizations, Talcott parsons*, 1a ed., Trad. A.m. Henderson y parsons Nueva York: free press, 1947. p. 86-89
18. Mayo E. *The human problems of an industrial civilization*. Nueva York: Editorial Mac millan,. 3ra ed. p. 36-39. 1953
19. Roethlisberger F.J, Dickson W. *Management and the worker*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2da ed. p. 146-149. 1939.
20. Otero M. *Administración en odontología*. Perú. C.R.D. Artimpres. E.I.R.L. 1992. 39-76.
21. Matlin W, Foley J. *Sensación y Percepción*. México D. F.: Prentice Hall, 1996. 550-554.
22. Feldman R. *Psicología*. México D.F.: Mc Graw Hill, 1999. 640-646 p.
23. Myers D. *Psicología*. 3ra ed. España. Ed. Médica panamericana. 1994. 67-75.
24. DiPrete L, Mille L, Rafeh N, Hatzell T. *Garantía de calidad de la atención de salud en lo spaises en desarrollo*. 2da ed. U.S.A. USAID; 1990
25. Morales V, Hernández A. *La calidad y su gestión*. Revista Digital. Buenos Aires – 2004 Año 10 - N° 76
26. Ministerio de Salud Pública. *Programa de mejora continua de la calidad de atención estomatológica y la satisfacción de la población y los prestadores*. Ciudad de la Habana, Cuba. 2002

27. Bethencourt M, Díaz F, González M. *Medición de la calidad por servicios prestados por los destinos turísticos*. Revista De Turismo Y Patrimonio Cultural. 2005. Vol. 3(2):1-3.
28. Ministerio de Salud. *Estándares de Calidad Para el Primer Nivel de Atención en Salud*. Lima-Perú 2002
29. Buriyovich J, Pautassi L. *Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba Argentina*. Editorial United Nations Publications. 2005. 35-39.
30. Blanco R, Mejía M. *Administración de servicios de salud*. Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas 2006. 126-128
31. González D. *Calidad total en atención primaria de salud*. Ediciones Díaz de Santo 1994
32. Varo, J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: Un Modelo de gestión hospitalaria* Ediciones Díaz de Santos. 1993
33. Salinas C, Laguna J, Mendoza M. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. Méx. 1994; 36:22-29.
34. Pineda E, De Canales F, De Alvarado E. *Metodología de la Investigación*. 2da edición. Organización Panamericana de la salud. 23-25.
35. Olivares J, Quintana M. *Satisfacción Laboral de Docentes Universitarios del Departamento Académico de Clínica Estomatológica* Universidad Peruana Cayetano Heredia. Revista Estomatológica Herediana. Vol. 16, N° 1. Enero-Junio 2006. p17-22.
36. Otero J. *Avedis Donabedian y la Calidad de la Atención de Salud*.
<http://www.gerenciasalud.com/art04.htm>

37. Martínez P. *Calidad de atención en la unidad de cuidados intensivos 2c Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins. Essalud*” 2005. disponible en: http://www.uciperu.com/docs/calidad_de_atencion_UCI.pdf

38. Antivilo A. *Teoría y Construcción de Pruebas Psicológicas: escala de likert*. Universidad de las Américas. Escuela de psicología. Ed educación online. Julio 2006

ANEXOS

ANEXO 1

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CUESTIONARIO

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCION

I. DATOS GENERALES

EDAD				
SEXO	M		F	
CLÍNICA DE ATENCION	I	II	PERIODONCIA	CIRUGIA

II. DATOS ESPECIFICOS

Lea atentamente y marque con una X solo una de las alternativas con respecto a la clínica.

C1. Los instrumentos, materiales y equipos fueron suficientes durante su atención en la clínica

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

C2. La clínica dispone de agua segura, disposición apropiada de los servicios higiénicos y distribución adecuada de recipientes para el recojo de basura

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

C3. El personal de la clínica maneja la atención a nivel individual y colectiva mediante una guía de atención (reglamento)?

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

C4. Existen las condiciones necesarias como: facilidad de acceso a la clínica

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

C5. Existen las condiciones necesarias como: los precios se acomodan a su economía.

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

C6. El personal de la clínica se preocupa por orientarlo, aconsejarlo y/o estimularlo en que ud. se preocupe en el cuidado de su salud

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

C7. El personal de la clínica se preocupa en que usted este informado sobre la posibilidad de recibir atención para evitar que las enfermedades se instalen (**medidas preventivas**)

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

C8. ¿La información acerca de **medidas preventivas** en salud según su criterio, fueron suficientes?

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

C9. Esta usted satisfecho con las acciones dirigidas con respecto medidas CURATIVAS

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

C10. Esta usted satisfecho con las acciones dirigidas con respecto a la REHABILITACIÓN de su salud bucal

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

C11. El personal de salud se preocupa por mejorar la calidad de atención.

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

C12. Tiene usted la posibilidad de aportar e intervenir (sugerencias) con la política y estrategias sanitarias de la clínica.

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

C13. El personal es atento y amable para con los pacientes

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

C14. Existen mecanismos de escucha e información al paciente

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

C15 La información que le brindaron es completa acerca de procedimientos, diagnóstico y tratamiento referido a su caso

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

C16. Esta usted satisfecho con el trato recibido y los servicios prestados

1. totalmente desacuerdo	2. desacuerdo	3. regular	4. de acuerdo	5. totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	---------------	--------------------------

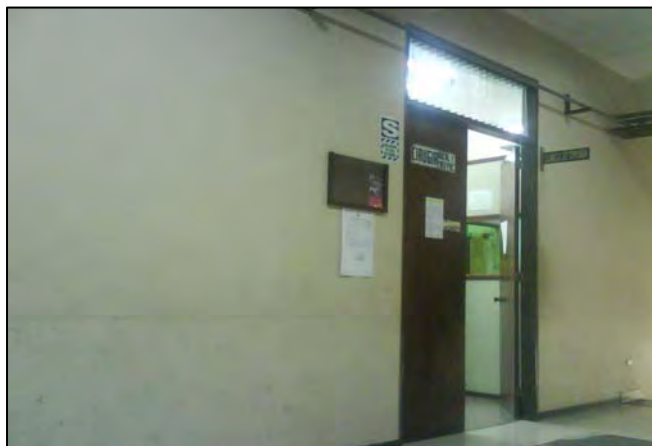
ANEXO 2



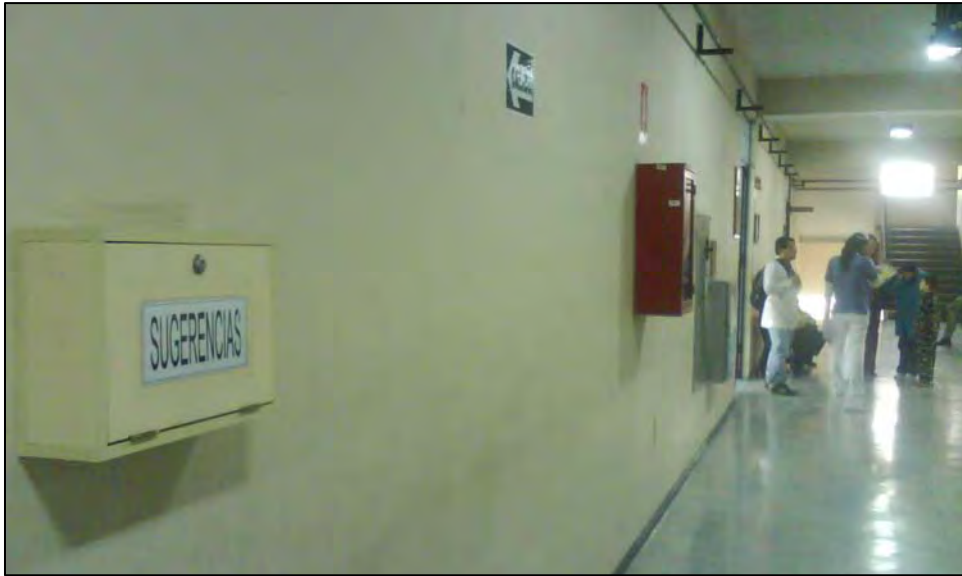
Ambiente de clínica 1



Ambiente de clínica 2



Ambiente de la clínica de cirugía



Buzón de sugerencias y servicios higiénicos





Facultad de Odontología puerta principal y posterior

