

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a man in a crown and robes, likely a saint or historical figure, seated on a throne. Above him is a cross. To the left and right are various heraldic symbols, including a castle and a lion. The Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACATEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN RECIBIDA POR LOS USUARIOS(AS)
EN LA CLÍNICA DENTAL DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
GUATEMALA, 2010**

ESTUARDO AMILCAR VAIDES GUZMÁN

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias en Salud Pública
para obtener el grado de
Maestro en Ciencias en Salud Pública con
Énfasis en Gerencia de los Sistemas y Servicios de Salud**

Guatemala, Mayo 2011

DEDICATORIA

A DIOS

Mi ser supremo.

*A mi esposa María Mercedes
y a mis hijos
Estuardo y María de los Ángeles*

*Por su amor incondicional y
apoyo durante este proceso.*

*A mis padres
Amílcar y Elsa*

*Por haberme dado la vida y
brindado mi profesión.*

A Edgar

*Por compartir
los buenos momentos.*

*A mi asesora
MBA Melida de León Rivadeneira*

*Por la valiosa asesoría
brindada para este estudio.*

A mis Profesores de Maestría

*Por haber compartido
sin egoísmo, sus conocimientos.*

A mis compañeros de Maestría

*Por compartir los buenos y malos
momentos, siempre los recordare.*

*A mis amigos de la
Facultad de Odontología*

*Por haberme dado ánimo y palabras
de apoyo para continuar.*

*A la Universidad de
San Carlos de Guatemala,
Facultad de Ciencias Médicas,
Facultad de Odontología*

*Por haber permitido
proseguir con mi
formación
académica y humana.*

Resumen

La clínica dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ofrece servicios odontológicos como parte de la docencia y proyección social en el país, sin embargo, desde su fundación en 1940, no se ha realizado ninguna evaluación sobre la calidad de la atención recibida, por ello, la finalidad del estudio fue determinarla según la perspectiva de los usuarios(as) que asisten al servicio. La investigación fue de tipo descriptivo transversal; se seleccionó una muestra no probabilística, de tipo accidental o por conveniencia según disponibilidad de los usuarios(as) en el tiempo y período que duró la investigación; a quienes se les encuestó a través de un cuestionario para indagar sobre la accesibilidad, calidad de la atención y amenidades (cualidades deseables que debe poseer el servicio); también se evaluó por medio de la observación directa a través de listas de cotejo la estructura organizacional y el estado físico del equipo dental. Para analizar los resultados obtenidos se utilizó la teoría de Avedis Donabedian (estructura, proceso, amenidades y resultado de la atención), y se realizó el análisis de tipo descriptivo univariado. Los resultados permitieron alcanzar las siguientes conclusiones: las características sociodemográficas de los usuarios(as) indican que, en su mayoría, son personas comprendidas entre dieciocho y cuarenta y nueve años de edad, sexo femenino, casados, con hijos, amas de casa, escolaridad diversificado completo, ingreso mensual menor de dos mil quetzales. En relación a la estructura, se evaluó la accesibilidad y la mayoría de usuarios(as) indicó que la distancia de la casa al servicio es de más de diez kilómetros, el tiempo de llegada de la casa al servicio está entre treinta y un minutos a una hora y del trabajo al servicio más de una hora, especificaron transportarse en bus. Según la operacionalización de variables: la estructura organizacional, en su mayoría, es aceptable debido a que existe el organigrama, manual de funciones y responsabilidades para el personal asignado a Dirección de Clínicas, contrato de prestación del servicio, documento de información al usuario(a) sobre el ingreso y atención; siendo inaceptable la ausencia de un normativo que regule la actividad clínica y la falta del sistema de información. El equipo denominado unidad dental: sillones, taburetes, lámparas, en su mayoría funciona de forma aceptable, no funcionan de forma aceptable la baja y alta velocidad, eyectores de saliva - agua y jeringa triple; el equipo dental auxiliar: compresor, aparatos de rayos X, máquina reveladora y de esterilización, en su totalidad funciona de forma aceptable. El proceso de la atención, la mayoría consideró como aceptable o bueno, el tiempo en sala de espera y en el sillón dental, trato recibido, confidencialidad en el manejo de sus datos clínicos, información continua, adecuada, comprendida, forma de citarlos, conocimiento del estudiante y docente, ser tomado en cuenta al cambiar su plan de tratamiento y que el motivo de consulta inicial había sido solucionado de forma inmediata. Las amenidades fueron consideradas por la mayoría de usuarios(as) como aceptables, indicando que la clínica era amplia, ventilada, iluminada, servicios sanitarios adecuados, completamente limpia, una menor proporción no las consideraron así. El resultado de la atención, se determinó a través de la calidad de la atención recibida y para la mayoría de usuarios(as) está entre buena a excelente.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Sección	No. de Página
Índice de tablas	iv
Introducción	1
Capítulo I. Antecedentes	4
Capítulo II. Marco teórico	6
Capítulo III. Justificación	27
Capítulo IV. Objetivos	28
Capítulo V. Material y métodos	29
Capítulo VI. Resultados	44
Capítulo VII. Discusión	55
Capítulo VIII. Conclusiones	66
Capítulo IX. Recomendaciones	68
Capítulo X. Referencias bibliográficas	69
Capítulo XI. Anexos	78

ÍNDICE DE TABLAS

	No. Página
Tabla 1. Distribución de los usuarios(as) de la clínica dental encuestados por rango de edad, sexo, estado civil, número de hijos, trabajo u oficio, nivel de escolaridad, ingreso mensual; período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.	44
Tabla 2. Distribución de los usuarios(as) de la clínica dental encuestados por accesibilidad: distancia de la casa a la clínica, tiempo de llegada de la casa y del trabajo a la clínica, transporte, horario de atención y precio de los tratamientos dentales; período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.	46
Tabla 3. Evaluación de la estructura organizacional que regula el funcionamiento de la clínica dental; a través de lista de cotejo, período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.	47
Tabla 4. Evaluación del estado físico del equipo dental (unidad dental); a través de lista de cotejo, período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.	48
Tabla 5. Evaluación del estado físico del equipo dental (auxiliar); a través de lista de cotejo, período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.	49
Tabla 6. Distribución de los usuarios(as) de la clínica dental encuestados por motivo de consulta, tiempo aproximado que ha permanecido en sala de espera y bajo tratamiento dental en el sillón dental por cita, trato recibido, opinión en relación a la confidencialidad en el manejo de sus datos clínicos; período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.	50
Tabla 7. Distribución de los usuarios(as) de la clínica dental encuestados en relación a la opinión de haber recibido información continua, adecuada, comprendida sobre su tratamiento dental y forma de citarlos; período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.	51

Tabla 8. Distribución de los usuarios(as) de la clínica dental encuestados en relación al conocimiento que posee el estudiante para realizar los tratamientos dentales, conocimiento que posee el docente para dirigir los tratamientos dentales, haber sido tomado en cuenta al realizarse un cambio de plan de tratamiento, resolución inmediata del motivo de consulta inicial; período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.	52
Tabla 9. Distribución de los usuarios(as) de la clínica dental encuestados según la opinión en relación a las amenidades del servicio: amplitud, ventilación, iluminación, servicio sanitario y limpieza de la clínica dental; período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.	53
Tabla 10. Opinión de los usuarios(as) de la clínica dental encuestados en relación a la calidad de la atención recibida; período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.	54

Introducción

En los años sesenta se incorpora el tema de la evaluación de la calidad en los servicios de salud, la finalidad era acreditar dichos centros de atención e instituciones docentes a través de su estructura, luego se desarrolló la metodología para evaluar el proceso de la atención; más tarde se evalúan las amenidades que poseen los servicios y finalmente el resultado de la atención, a esta forma de evaluar la calidad, que en la actualidad es la más reconocida y aceptada, se le denomina Teoría de Avedis Donabedian. ⁽¹⁻²⁷⁾

Este autor menciona que la calidad en los servicios de salud es “una adecuación de la atención a las necesidades particulares de cada caso, atributo que puede brindarse y obtenerse en diversos grados, logrando los mayores beneficios posibles, con la menor cantidad de riesgos para el paciente, entendiéndose mayores beneficios posibles en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos disponibles”. ⁽¹⁾

Indica que por tales motivos la calidad de la atención debe ser evaluada, para realizar los ajustes necesarios que la aseguren y mejoren, enfatizándose en la mejora continua ya que el aseguramiento no se puede lograr en su totalidad, debido a que las expectativas de los usuarios(as) y proveedores son continuamente desplazadas hacia arriba. ^(8,9)

Plantea que evaluar la calidad de la atención y hacer los ajustes necesarios para su mejora continua ayuda en el camino hacia el éxito de estas organizaciones, sobre todo en la adecuada utilización de recursos, contención o disminución de costos y riesgos, aumentando los beneficios, la efectividad, eficiencia y productividad, mejorando, finalmente, la satisfacción del usuario y prestador del servicio. ^(1 - 3, 8 - 11)

Actualmente, en los países desarrollados existe gran preocupación en relación al tema de la calidad de la atención en los servicios de salud, sobre todo por el incremento del costo, lo que ha llevado a crear estrategias que garanticen los niveles adecuados de ésta. ⁽⁴³⁾

En los países en vías de desarrollo, particularmente de América Latina, la situación se presenta un tanto diferente, sobre todo en aquellos en donde la crisis económica ha influido y cuyos efectos aún no están totalmente superados; por lo que el tema de la calidad en los servicios de salud surge como un reclamo ante su deterioro evidente, por lo que la política de los gobiernos latinoamericanos ha cambiado, en el sentido de ofrecer no sólo incrementos cuantitativos, sino cualitativos y a esto se le ha denominado la transición de la cantidad a la calidad, que se suma como un componente de cambio en los sistemas de salud, acorde con la transición demográfica y epidemiológica. ⁽⁴³⁾

El tema de la calidad constituye un aspecto imprescindible en los servicios de salud, representa una exigencia cada vez más necesaria en las instituciones públicas y privadas, por lo que su evaluación representa una oportunidad, una forma de conocer, analizar, hacer bien las cosas y mejorarlas continuamente; obteniendo información veraz y oportuna para la adecuada toma de decisiones, retroalimentando y reorientando, si es necesario, la prestación del servicio. ⁽³⁴⁾

La carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través de la clínica dental considera, como parte de sus actividades de enseñanza aprendizaje, que el estudiante realice prácticas clínicas de atención y tratamientos dentales, los cuales son supervisados por docentes, con el apoyo del personal administrativo y auxiliar; de esta forma ofrece un servicio de tipo social académico docente a la población guatemalteca que lo solicita.

Sin embargo, la calidad de la atención de la clínica dental de la Facultad no ha sido evaluada desde su fundación, en 1940; por lo que se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal para determinarla desde la perspectiva de los usuarios(as); a quienes se les encuestó a través de un cuestionario autoaplicado para indagar sobre las características sociodemográficas, accesibilidad, calidad de la atención y amenidades que posee el servicio; también se evaluó, a través de la observación directa con listas de cotejo, la estructura organizacional que regula el funcionamiento de la clínica y el estado físico del equipo dental. Para el análisis de los resultados obtenidos, se utilizó la teoría de Avedis Donabedian (estructura, proceso, amenidades y resultado de la atención) y, posteriormente, se efectuó el análisis de tipo descriptivo univariado, logrando establecer resultados relevantes, con los que se concluye que:

1. Las características sociodemográficas de los usuarios(as) de la clínica dental indican que en su mayoría son personas comprendidas entre dieciocho y cuarenta y nueve años de edad (84%), sexo femenino (67%), casados (47%), con hijos (63%), amas de casa (34%), grado de escolaridad diversificado completo (22%), ingreso mensual menor de dos mil quetzales (78%).

2. En relación a la accesibilidad, la mayoría de usuarios(as) indicó que la distancia de la casa al servicio es de más de diez kilómetros (45%), el tiempo de llegada de la casa al servicio está entre treinta y un minutos a una hora (44%) y del trabajo al servicio más de una hora (19%), especificando transportarse en bus urbano (85%).

3. La estructura organizacional que regula el funcionamiento de la clínica dental, en su mayoría, es aceptable debido a que existe el organigrama, manual de funciones y responsabilidades para personal de Dirección de Clínicas, contrato de prestación del servicio, documento de información al usuario(a) sobre el ingreso y atención; siendo inaceptable la ausencia de un normativo que regule la actividad clínica y la falta del sistema de información.

4. El estado físico del equipo, denominado unidad dental, en su mayoría, funciona de forma aceptable los sillones (98%), taburetes (99%), lámparas (97%), sin embargo no funcionan de forma aceptable la baja velocidad (42%), alta velocidad (35%), eyectores de saliva - agua (31%) y jeringa triple (12%). El equipo dental auxiliar, compresor dental, aparatos de rayos X, máquina reveladora y máquina de esterilización del instrumental dental, en su totalidad (100%) funciona de forma aceptable.

5. La mayoría consideró como aceptable o bueno, el tiempo en sala de espera (69%), en el sillón dental (98%), trato recibido (100%), manejo confidencial de sus datos clínicos (87%), información continua (99%), adecuada (97%), comprendida (94%), forma de citarlos (93%), conocimiento del estudiante (94%) y docente (93%), ser tomados en cuenta al realizar un cambio en su plan de tratamiento (79%) y que su motivo de consulta inicial ha sido solucionado de forma inmediata (82%).

6. La mayoría de usuarios(as) consideraron aceptables las amenidades que posee el servicio, indicando que era amplia (96%), ventilada (94%), iluminada (100%), servicios sanitarios adecuados (59%), completamente limpia (68%), una menor proporción no las consideraron así.

7. La calidad de la atención recibida para la mayoría de usuarios(as) está entre buena a excelente (buena (25%), muy buena (40%), excelente (31%)).

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

A. Antecedentes de la Facultad de Odontología ⁽²⁸⁾

La Facultad de Odontología (FO), fundada en 1940, es una unidad académica de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC).

Su visión es ser altamente competitiva, involucrada y comprometida de forma institucional con el contexto nacional en la solución de problemas estomatológicos que afronta la sociedad guatemalteca; su misión de forma general es formar recurso humano en el área del conocimiento estomatológico.

Su objetivo general es proporcionar las condiciones adecuadas para que el estudiante obtenga los conocimientos y desarrolle habilidades intelectuales y psicomotoras, hábitos y actitudes esenciales para el ejercicio de una estomatología técnica, científica, ética y socialmente adecuada para Guatemala, que tome en consideración el ambiente total y que otorgue los servicios de salud estomatológicos más eficaces y eficientes, tanto de carácter individual como colectivo.

Su quehacer se fundamenta en los principios curriculares y su proceso de enseñanza-aprendizaje se desarrolla de acuerdo al avance científico y tecnológico, así como en la práctica de la investigación científica estomatológica, el conocimiento creado y la experiencia acumulada en múltiples años de estudio sobre la problemática estomatológica nacional y vivencias derivadas de la participación de sus profesores en el proceso educativo superior.

En su currículo se mencionan tres áreas de formación: básica, profesional y de aplicación clínica, de las cuales para este estudio interesa la última, que describe las actividades clínicas de enseñanza-aprendizaje que permite a los estudiantes consolidar y poner en práctica, de manera integral, los conocimientos, actitudes y habilidades adquiridas en el área de formación básica y profesional; actividad que se desarrolla bajo principios éticos de respeto a la dignidad humana.

Esta área de aplicación se desarrolla en la clínica dental, en donde se ofrece un servicio de tipo social académico docente, brindando diferentes tratamientos dentales a la población guatemalteca que lo solicita; estos son realizados por estudiantes, supervisados por docentes y apoyados por el personal administrativo y auxiliar.

B. Antecedentes de la clínica dental de la Facultad de Odontología ^(29, 30)

En la clínica dental se realizan actividades clínicas que están contempladas en los programas de estudio y que el estudiante ejecuta como prácticas integrales de su profesión, además, brinda a los usuarios(as), que asisten a la misma, diferentes tratamientos dentales en pacientes que los solicitan bajo la supervisión de un profesional docente de la unidad académica que corresponda y con el apoyo del personal administrativo y auxiliar; de esta forma ofrece un servicio de tipo social académico docente a la población guatemalteca que lo requiera.

La atención clínica y los tratamientos efectuados por el estudiante permite que él ponga en práctica e interrelacione todo lo aprendido a nivel teórico, técnico, y de laboratorio; desarrollando habilidades psicomotoras y formándole un criterio clínico de aceptabilidad.

En el Reglamento vigente de Evaluación con fines de promoción para estudiantes de la Facultad de Odontología, menciona en sus artículos 6 inciso e, 19 y 26 inciso b, la obligatoriedad de realizar tratamientos dentales denominados requisitos clínicos, los cuales son ejecutados en pacientes que solicitan el servicio y asisten a la clínica dental:

Artículo 6º (Inciso e): Prácticas supervisadas. Conjunto de actividades que contemple el programa de estudios y que el estudiante realiza como práctica integral de su profesión, bajo la supervisión de un profesional docente de la unidad académica o externo, entre las que se incluye: experiencias docentes con la comunidad, ejercicio profesional supervisado, ejercicio profesional supervisado multidisciplinario y otras que se creen en el futuro.

Artículo 19º: para asignarse el sexto año de la carrera; constituido por el Ejercicio Profesional Supervisado, se necesita haber aprobado todos los cursos y cumplido con todos los requisitos técnicos y clínicos establecidos en el Pensum de estudios de los primeros cinco años de la carrera.

Artículo 26º (inciso b): requisitos para Examen Final: para tener derecho a examen final en cualquier curso, se requiere cumplir con los requisitos siguientes: b. Tener una asistencia mínima del 80% a todas las actividades académicas programadas. Haber realizado los trabajos o asignaciones, laboratorios y requisitos clínicos establecidos en la programación docente de cada curso.

Con base en lo anterior y a la experiencia docente, es sabido que se han llevado a cabo estudios en donde se evalúa, únicamente, la calidad de los tratamientos clínicos realizados, esto se evidencia en las tesis de graduación de grado, no así la calidad de la atención clínica, por lo que se hace necesario realizarla.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

La calidad de la atención en los servicios de salud se ha convertido en una necesidad, sea pública o privada, por lo que los modelos, enfoques o teorías con los que se ha tratado de evaluar son numerosas, en la actualidad es la Teoría de Avedis Donabedian la más reconocida y aceptada, por lo que para fines de este estudio se utilizó para determinar, desde la perspectiva de los usuarios(as), la calidad de la atención recibida en la clínica dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El marco teórico del presente estudio se organiza de la siguiente manera:

- A. Fundamentación teórica.
- B. Marco conceptual.
- C. Marco referencial.

A. Fundamentación teórica

El término “Calidad” proviene del latín "qualitas o qualitis" que significa propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Este vocablo fue empleado por primera vez por Cícero. Su concepto y aplicación ha variado y con frecuencia ha sido utilizado como sinónimo de propiedad, característica o cualidad que constituye la manera de ser de una persona o cosa, entre otras muchas acepciones. ⁽¹⁾

También es aplicable a la atención brindada en los servicios de salud y significa ofrecer variedad de servicios que satisfagan las necesidades y expectativas del usuario, y su mejora se ha convertido en una estrategia fundamental para el éxito de estas instituciones. ^(1, 31)

1. Definiciones de calidad

Quizás la más sencilla está inspirada en el trabajo realizado por W. Edwards Deming, pionero del movimiento de la calidad industrial, quien indica que calidad significa “realizar las cosas correctas de la manera correcta”. ⁽³²⁾

Joseph Juran, indica que el término calidad tiene múltiples significados y se refiere al “conjunto de características de un producto que satisface las necesidades de los clientes y en consecuencia hace satisfactorio al producto”. ⁽¹⁾

Kaoru Ishikawa, menciona que calidad es la “satisfacción del consumidor de un producto o servicio”. ⁽¹⁾

La Organización Internacional para la Estandarización (ISO) la define como la “totalidad de rasgos y características de un producto o servicio, que conlleva a satisfacer necesidades preestablecidas o implícitas”.⁽³¹⁾

The Institute of Medicine, se refiere a calidad como la “medida en la que los servicios de salud se enfocan en los individuos como en las poblaciones, mejorando la probabilidad de obtener resultados de salud favorable y pertinente al conocimiento profesional actual”.⁽¹⁾

Palmer dice que calidad es la “provisión de servicios de forma accesible y equitativa, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la satisfacción del usuario”.⁽³³⁾

Desde la perspectiva de la Salud Pública, calidad de la atención significa “ofrecer los mayores beneficios, con la menor cantidad de riesgos, a la mayor cantidad de personas, con los recursos disponibles”.⁽¹⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) definen la calidad como el “resultado ligado a determinados procesos, en donde los agentes productores del servicio de salud brindan su aporte significativo a un resultado que está por obtenerse y que se puede perfeccionar, para dar mayor satisfacción a los que necesitan esos servicios; es decir que la calidad viene a ser entonces el resultado del proceso de la atención”.⁽³⁸⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tratando de abarcar la perspectiva de los distintos grupos involucrados (usuarios y proveedores sanitarios), indica que la calidad de la atención en salud consiste en la “apropiada ejecución, de acuerdo a estándares de probada seguridad, económicamente accesibles a la población y que producen un impacto positivo en la disminución de la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición”.⁽³⁷⁾

Avedis Donabedian, indica que es “una adecuación de la atención a las necesidades particulares de cada caso, atributo que puede brindarse y obtenerse en diversos grados, logrando los mayores beneficios posibles, con la menor cantidad de riesgos para el paciente, entendiéndose mayores beneficios posibles en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos disponibles”, e indica que por tales motivos es necesaria su evaluación.^(1, 33-36)

Además especifica que la atención médica se expresa como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a una enfermedad establecida, en un paciente dado, originándose dos tipos de calidades: la científica técnica que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución del problema de salud y la interpersonal que se refiere al proceso de interrelación que ocurre entre el profesional y el paciente.^(1, 6-8, 15, 23, 26, 27)

2. Evaluación de la calidad

Abordar el tema de la calidad, así como su evaluación implica serios compromisos que ineludiblemente obliga nombrar a grandes autores y sus definiciones, entre ellos: Edward Deming, quien indica que “calidad es realizar las cosas correctas de la manera correcta”; Joseph Juran, dice que tiene múltiples significados y se refiere al “conjunto de características de un producto que satisface las necesidades de los clientes y en consecuencia hace satisfactorio al producto”; Kaoru Ishikawa, señala que es la “satisfacción del consumidor, de un producto o servicio” y Philip Crosby lanza el concepto de “calidad igual a cero defectos”.⁽¹⁾

Sin embargo, la calidad en los servicios de salud fue incorporada por Avedis Donabedian, quien indica que es “una adecuación de la atención a las necesidades particulares de cada caso, atributo que puede brindarse y obtenerse en diversos grados, para lograr los mayores beneficios posibles, con la menor cantidad de riesgos para el paciente, entendiéndose mayores beneficios posibles en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos disponibles”.^(1, 33-36)

El mismo autor incorpora, en los años sesenta, el tema de la evaluación de la calidad de los servicios de salud, cuya finalidad era acreditar estos centros de atención e instituciones docentes a través de su estructura; luego desarrolló la metodología para evaluar el proceso de la atención; más tarde evalúan las amenidades que poseen o brindan los servicios y, finalmente, el resultado de la atención. A esta forma de evaluar la calidad, que en la actualidad es la más reconocida y aceptada, se le denomina Teoría de Avedis Donabedian.⁽¹⁻²⁷⁾

Este autor, indica que la calidad debe ser evaluada y medida, para realizar los ajustes necesarios que la aseguren y mejoren, enfatizándose en la mejora continua debido a que las expectativas de los usuarios(as) y proveedores son continuamente desplazadas hacia arriba.^(8,9)

Donabedian plantea que al evaluar la calidad de la atención y hacer los ajustes necesarios para su mejora continua, ayuda en el camino hacia el éxito de estas organizaciones, sobre todo en la adecuada utilización de recursos, contención o disminución de costos y riesgos, aumento de beneficios, efectividad, eficiencia y productividad, mejorando finalmente, la satisfacción del usuario y prestador del servicio.^(1 - 3, 8 - 11)

A nivel mundial se han propuesto métodos para evaluar la calidad de la atención de los servicios de salud, sin embargo, aún hay grandes diferencias en el desarrollo de este proceso de reforma de la salud, que busca disminuir las inequidades existentes que se dan como resultado de la exclusión social, privaciones, pobreza, desempleo y otros.

Por tales motivos, se han desarrollado programas o paquetes de atención mínima dirigidos a este tipo de población, lo que aumenta la desigualdad de la atención; sin embargo, una estrategia utilizada para disminuirla ha sido la búsqueda de la mejora continua de la calidad. ⁽⁴¹⁾

Ante esto, Buzzo menciona que es importante mantener la calidad de la atención en un servicio de salud, ya que si se pierde se verá afectada por el elevado costo que implica ejecutar las cosas mal, repetir trabajos, corregir errores continuos, la desacreditación y desventaja competitiva que produce. ⁽³²⁾

De una manera grotesca, se puede ejemplificar esta importancia y necesidad de mejorar la calidad en los servicios de salud preguntándonos: ¿Qué sucedería con el llamado nivel aceptable de calidad, que es el máximo porcentaje promedio de unidades de producto o servicio que se considera aceptable?, dicho en otras palabras ¿cuántos errores se pueden cometer y todavía producir un servicio o producto de calidad?, un error que sería el 0.1%, o sea uno de cada mil, en la industria podría considerarse como aceptable, pero en un servicio de salud; una persona cuyo trabajo es sostener recién nacidos, aún dejando caer uno entre cada mil sería inaceptable. ⁽³¹⁾

Por lo que en países con alto grado de desarrollo e industrialización, existe gran preocupación en relación al tema de la calidad en los servicios de salud, sobre todo por el incremento del costo de la atención, lo que ha llevado a crear estrategias que garanticen los niveles adecuados de esta, que conducen a una mayor eficacia, efectividad, eficiencia y productividad. ⁽⁴³⁾

Otro factor que ha influido en la creciente necesidad de evaluar y establecer estrategias que garanticen la calidad en los servicios de salud, primordialmente en los Estados Unidos de Norte América, ha sido el incremento de las demandas legales contra médicos y hospitales; por lo que se interpreta también como una posible ventaja comparativa entre los servicios de salud en un medio altamente competitivo, por lo que no puede negarse el legítimo valor ético que muchos asignan a la calidad de la atención. ^(26, 43)

En países en vías de desarrollo, particularmente de América Latina, la situación se presenta un tanto diferente, sobre todo en aquellos en donde ha influido la crisis económica y cuyos efectos aún no están totalmente superados; el tema de la calidad en los servicios de salud surge como un reclamo ante el deterioro evidente, por lo que la política de los gobiernos latinoamericanos ha cambiado, en el sentido de ofrecer no sólo incrementos cuantitativos sino cualitativos, lo que se ha denominado la evolución de la cantidad a la calidad, que se suma como un componente más de cambio en los sistemas de salud, acorde con la transición demográfica y epidemiológica. ⁽⁴³⁾

El tema de la calidad constituye un aspecto imprescindible en los servicios de salud, representa una exigencia cada vez más necesaria en las instituciones públicas y privadas, por lo que su evaluación representa una oportunidad, una forma de conocer, analizar, hacer bien las cosas y mejorarlas continuamente; obteniendo información veraz y oportuna para la adecuada toma de decisiones, retroalimentando y reorientando si es necesario, la prestación del servicio. ⁽³⁴⁾

La eficacia, efectividad, eficiencia, productividad y costos son signos no sólo de las preocupaciones macroeconómicas, sino prioridades en los sistemas de salud, los cuales buscan las estrategias necesarias para garantizar la mejora continua de la calidad de la atención, por lo cual es necesario evaluarla. ⁽⁴³⁾

La evaluación de la calidad de la atención en los servicios de salud ha sido abordada de diferentes formas, lo que ha permitido perfeccionar los métodos y técnicas para conocerla objetivamente, por lo que se han realizado diversos estudios, sin embargo, en el área de la odontología no se han realizado mayores investigaciones en este campo, sino que solamente se hace presente como una filosofía inherente de la atención. ^(34, 44)

3. Calidad total ⁽³²⁾

Actualmente ya no se habla simplemente de calidad, sino de calidad total que significa cero defectos, realizarlo bien desde la primera vez, garantizar la satisfacción absoluta del usuario.

Ante esto se puede decir que la calidad no es una moda, es la respuesta al desafío que está produciendo la atención de salud y que crea una creciente competitividad entre los diversos prestadores del servicio, sean estos de tipo público, privado, individual o colectivo.

En ese sentido, hay varios mitos en torno a la evaluación de la calidad en un servicio, uno de ellos es que no se puede medir como la de un producto, pero esto no es así, ya que puede ser calculada con la misma precisión.

Por ejemplo, al evaluar a un profesional y determinar que la atención no es la adecuada debido a que desconoce o aplica de forma inadecuada la ciencia y la tecnología, que no posee conocimiento adecuado, capacidades, habilidades desarrolladas, que el equipo no es adecuado o moderno, que el profesional cometa errores y ponga en riesgo al paciente, entre otras, de allí la importancia fundamental que tiene su evaluación y mejora continua para que esto no ocurra.

No hay que olvidar que cuando se trata de mejorar la calidad, la interrelación que se crea entre el proveedor y usuario se convierte en la parte más importante en la prestación del servicio. Es decir, que no tiene sentido mejorar la calidad de la estructura o el proceso de la atención, si quien lo ejecuta es un proveedor deficiente o con poca calidad humana.

4. Importancia, objetivo, camino hacia calidad total ⁽³²⁾

La importancia de la calidad de la atención reside en que si ésta se pierde, se verá afectada, por el elevado costo que implica realizar las actividades mal, repetir trabajos, corregir errores continuos, la pérdida de la ventaja competitiva, así como, el desprestigio que esto conlleva.

Su objetivo consiste en satisfacer y sobrepasar las expectativas del usuario.

Y el camino hacia ésta, se debe a un proceso integral que incluye:

- Planificar: determinar el usuario(a), sus necesidades y elaborar un plan de servicio que lo satisfaga y exceda sus expectativas.
- Controlar: monitorear y evaluar.
- Mejorar: eliminar procesos ineficientes, ajustar o corregir defectos y errores.

5. Garantía de la calidad o calidad total asegurada ⁽⁴⁵⁾

Posterior a la fase de calidad total, se genera en los años ochenta lo que Donabedian denomina como "garantía de calidad" o "calidad total asegurada".

Esta es el conjunto de acciones sistematizadas y continuas, tendientes a prevenir o resolver oportunamente las situaciones que incrementen los mayores beneficios y disminuyan los riesgos en la atención.

Se le considera como sinónimo de aseguramiento o mejoramiento, que se logra a través de cinco pasos fundamentales:

- Diseño: comprende la estandarización de procesos, coordinación, mecanismos de control, comunicación, incentivos, asignación y distribución de la autoridad, funciones, responsabilidades, etc.
- Desarrollo: establecimiento de estrategias que permiten a los individuos hacer conciencia del objetivo de la organización, de la importancia de su propio trabajo y el de los demás, de manera que pueda mejorar su desempeño y desarrollar liderazgo dentro de la misma.
- Monitoreo: medición sistematizada del proceso, durante períodos establecidos y bajo estándares determinados con el objeto de identificar situaciones adversas.
- Evaluación: inicial o final ya que no es posible mejorar algo cuyo comportamiento se desconoce.
- Mejora: es el cambio organizacional que conlleva a la mejora o corrección de procesos deficientes, cambios de actitud personal, conductas, etc.

6. Componentes de la calidad de la atención en salud ^(15, 23, 26, 27)

Donabedian además de las dimensiones de estructura, proceso, amenidades y resultado, incluye componentes adicionales que conforman la calidad de la atención en salud:

- Calidad científico técnica: se refiere a la ciencia y la tecnología adecuadamente aplicada, incluye los conocimientos, habilidades y destrezas que permitan al profesional realizar los procedimientos clínicos de forma adecuada, oportuna y de conformidad con las necesidades del paciente, para mejorar la salud.
- Calidad interpersonal: es la interacción o interrelación que se produce entre el proveedor del servicio y el usuario o paciente. Incluye un trato digno, respetuoso, cálido, cordial, confidencial, comunicativo, entre otros. Es durante este proceso de interrelación en el que tienen lugar la toma de decisiones críticas, para la salud del paciente.

7. Cadena del servicio de la atención ^(26, 33)

- Servicio: cubre una necesidad y para brindarlo con calidad es necesario conocer al usuario, es decir, definir cuál es el sector de la población que se va atender, características, necesidades y expectativas; para saber realmente qué quiere y cómo ofrecerlo.
- Usuario (cliente externo o consumidor final): es a quién el proveedor ofrece un servicio para satisfacer sus necesidades.

Usuario ← Servicio ← Proveedor

- Proveedor (cliente interno): es el que ofrece un servicio al usuario.

Proveedor → Servicio → Usuario

- Cadena Usuario - Proveedor: es la interconexión existente entre ambos, por lo que son dependientes ya que uno tiene necesidades y el otro las satisface.

8. Funciones del usuario según Donabedian ⁽²⁶⁾

Como definidor

- Define la calidad fijando estándares para juzgarla.
- Define lo deseable e indeseable de la atención.

Como evaluador

Su grado de satisfacción o descontento es un elemento necesario en la calidad de la atención de un servicio ya que:

- Opina sobre el lugar en donde se desarrolla la atención, el proceso y los resultados obtenidos.
- Emite un juicio de valor final y decisivo sobre la calidad de la atención.
- Estimula a los demás en la búsqueda de la atención.

Como facilitador de la información que permita que otros la evalúen

- Facilita información a través de sus propias experiencias.
- Brinda información para que otros la puedan juzgar.
- Explica sus necesidades, expectativas, deseos, esperanzas, vivencias, temores, etc.

9. Calidad en el servicio ⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾

Servicio es una actividad cuyo objetivo es satisfacer una necesidad y se produce durante la interacción entre el usuario, proveedor, entorno físico.

10. Principios en los que descansa la calidad del servicio ⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾

- La organización debe enfocarse en el usuario y formular promesas razonables, alcanzables, que le permitan distinguirse entre sus competidores.
- El usuario es el juez final de la calidad de la atención y determina el nivel de excelencia de la misma.
- La organización debe reducir, en lo posible, las diferencias de percepción del usuario entre sus expectativas y la realidad; para lograrlo debe implementar un monitoreo y evaluación constante.

11. Razones para tener la calidad en un servicio de salud ⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾

- Es prioritaria, su progreso es medible, el resultado significa reconocimiento o implica desprestigio.
- Es una inversión importante, que reporta beneficios.

12. Razones por las que no se logra la calidad en el servicio de salud ⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾

- Falta de capacidad organizativa (misión, visión, objetivos, planes, etc.).
- Falta de conocimiento, preocupación, autoridad para implementarla y desarrollarla; deficiente manejo y resolución de quejas.
- Prestadores de servicio negligentes, no entrenados, no estimulados, irresponsables, indecisos ante decisiones que satisfagan al cliente.
- Mal trato, actitudes negativas por parte del prestador del servicio.

Diferencias de percepción entre lo que:

- La organización cree que el usuario desea y lo que éste realmente quiere.
- Lo que el servicio cree dar y lo que el cliente realmente recibe.
- Lo que la empresa piensa acerca de la forma de tratar al usuario y como éste realmente desea que lo traten.

13. Aspecto sobre el que se basan al evaluar la calidad del servicio ⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾

- Percepción entre las expectativas del usuario y lo realmente recibido (satisfacción lograda).

14. Factores determinantes para lograr la satisfacción del usuario ⁽⁵⁰⁾

- El servicio debe estar enfocado en el usuario.
- Entender y conocerlo: significa estudiarlo y conocer sus necesidades.
- Accesibilidad: facilidad de contacto.
- Credibilidad: honestidad del proveedor.
- Confiabilidad: confianza, confidencialidad, privacidad, cumplimiento de lo ofrecido.
- Comunicación: brindar información adecuada, oportuna, precisa, continua, necesaria, comprensible, para la adecuada toma de decisiones.
- Competencia o capacidad técnica: conocimientos, habilidades, destrezas ya que la falta de estas puede ocasionar riesgos innecesarios.
- Relaciones interpersonales: en todo momento debe sentirse bien tratado por las personas que interactúan con él; mostrarle una actitud positiva, de interés por servirlo, de respeto, calidez, amabilidad, amistad, comprensión y otros.
- Disponibilidad: receptividad, prontitud y esmero para proporcionarle el servicio.
- Seguridad: implica que esté libre de dudas, riesgos y peligros.
- Aspecto tangible del servicio: adecuada apariencia personal y condiciones que debe poseer o brindar el lugar de la atención, así como, el equipamiento.
- Precio u honorarios justos: los pacientes cada vez más rechazan los precios u honorarios excesivos, sobre todo cuando la calidad es deficiente.
- Tiempo y agilidad en la atención: el tiempo es uno de los factores competitivos que deben tomarse en cuenta ya que influye en la decisión de realizarse o seguir con los tratamientos.
- Variedad de servicios: ofrecer la mayor variedad posible para satisfacer todas sus necesidades, esto significa que los elementos de la atención en salud deben organizarse de tal manera que respondan a sus conceptos, necesidades y que además, sean satisfactorios.
- Mejora continua: el usuario exige hoy y siempre la mejor calidad, por lo que las organizaciones de atención en salud no deben conformarse con la calidad de hoy sino que con la mejora continua a través de mecanismo de seguimiento (monitoreo y evaluación) para verificar su calidad y grado de satisfacción del usuario.

15. Mandamientos para un servicio de excelencia en relación al usuario ⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾

- El usuario debe ser la persona más importante en la empresa, por lo que la atención debe estar enfocada en el mismo, ya que sin él ésta no existiría.
- Él no depende de usted, sino que usted depende de él.
- Usted trabaja para satisfacer sus necesidades, deseos, expectativas, siempre que sea posible brinde la información necesaria y disipe sus dudas, temores y resuelva sus quejas.
- Él no interrumpe su trabajo, sino que es el propósito de su trabajo.
- Él le hace un favor al visitarlo o llamarlo, usted no le hace ningún favor sirviéndole.
- Él es parte de la organización, si la vendiera él se iría con ella.
- Él no es una estadística más, sino una persona con sentimientos y emociones.
- Él no es alguien con quien discutir o para ganarle con astucia.
- Bríndele atención total, sin distracciones o interrupciones; merece ser tratado con la mayor atención, cortesía y profesionalismo que usted pueda ofrecerle. Trátele como usted desearía que lo trataran.
- No lo haga esperar, saludelo de inmediato, haga que los primeros treinta segundos cuenten.
- Sea natural, no falso, demuéstrole su energía, cordialidad y entusiasmo.
- Sea agente de su cliente, si no puede resolver el problema, busque quién pueda hacerlo.
- Algunas veces ajuste las reglas, si estas pueden ser cuestionadas.

16. Pilares de la calidad de la atención según Donabedian ⁽⁵⁰⁻⁵²⁾

- Eficacia: capacidad de la ciencia y tecnología para mejorar la salud.
- Efectividad: grado en que se alcanzan los objetivos trazados por las organizaciones para mejorar la salud.
- Eficiencia: capacidad de brindar un buen servicio al menor costo, lograr los mayores beneficios mejorando la salud.
- Optimización: balance entre costo y beneficio o mejora de la salud.
- Aceptabilidad: brindar el servicio de conformidad con las necesidades y deseos del usuario.
- Legitimidad: brindar el servicio de conformidad a las necesidades sociales, principios éticos, valores, normas, leyes y reglamentos vigentes.
- Equidad: distribución justa de la atención, lograr los mayores beneficios entendiéndose como la salud de la población.

B. Marco Conceptual

La evaluación de la calidad de la atención en salud se puede realizar bajo diferentes enfoques, modelos o teorías, pero la más aceptada, actualmente, es la Teoría de Avedis Donabedian que evalúa las siguientes dimensiones: ⁽¹⁻²⁷⁾

- Estructura.
- Proceso.
- Amenidades.
- Resultado.

Estas dimensiones son importantes, ya que supone que una buena estructura aumenta la posibilidad de un buen proceso, que incrementa la posibilidad de un buen resultado y de manera inversa si el resultado es aceptable es posible inferir con alto grado de certeza que el proceso que antecedió fue bueno y por ende la estructura es adecuada.

Todos aceptan que la evaluación de la estructura es importante, sin embargo, no es tan sensible como monitorizar el proceso de aplicación de la ciencia - tecnología y la interrelación que se da entre el prestador del servicio - usuario y el resultado final de la atención, por lo que existen desacuerdos sobre cuál dimensión evalúa de mejor forma la calidad de la atención de un servicio de salud.

Ante esta discrepancia, la posición más razonable es preguntarse qué es lo que se desea saber y cuál es la mejor forma de obtener la información, así adaptarla a las necesidades de cada situación en particular.

Estructura

La estructura menciona diferentes atributos o propiedades de la calidad de la atención y su evaluación se dirige hacia las características de: accesibilidad por distancia, tiempo de llegada, forma de transportarse, horario de la atención, precio, entre otras. También la estructura organizacional, recursos, infraestructura física, estado físico del equipamiento utilizado en la prestación del servicio.

Al evaluarla se juzga si la atención se proporciona en condiciones que permiten u obstaculizan la prestación adecuada del servicio. Este es un elemento importante que garantiza y promueve la calidad, que permite analizarla de forma cuantitativa y cualitativa, con el objeto de compararla si es posible con estándares pre establecidos.

Algunos indican que no se puede inferir únicamente a través del estado de la estructura el grado de calidad de la atención que se presta en un servicio, por lo que es necesario realizar las evaluaciones de manera integral.

Es importante mencionar que la garantía de calidad evalúa la estructura como parte importante que se destaca en la acreditación de los lugares en donde se brindan los servicios de salud y por su medio reconocer que se cumple con estándares de calidad predeterminados.

Proceso

Se refiere al conjunto de actividades organizadas y coordinadas de la prestación de la atención que brinda el profesional y personal de apoyo a los usuarios(as), es decir, sus conocimientos, competencias, habilidades, destrezas (calidad científica técnica) y actitudes e interrelaciones personales (calidad interpersonal), etc.

La ventaja de evaluarlo es que obliga a conocer el mecanismo de funcionamiento del servicio de salud. Ante esto, nace la importancia de establecer normas que regulen la actividad de la atención clínica.

Su desventaja reside en que la mayoría de estudios basados en el proceso de la atención, deben realizarse con base en información consignada en registros clínicos, que frecuentemente no brindan suficiente confiabilidad en los datos anotados, poniendo en entredicho su validez; además, estos registros no contemplan la interrelación usuario - proveedor.

Amenidades

Estas son cualidades deseables, entorno o comodidades que debe poseer el lugar en donde se brinda el servicio, tales como: iluminación, ventilación, limpieza, sala de espera cómoda, música, teléfono, seguridad, servicios sanitarios adecuados, etc. ⁽¹⁻²⁷⁾

Resultado

Es la consecuencia del proceso de la atención, lo que el usuario finalmente obtiene, incluyendo nuevos conocimientos, actitudes, comportamientos, cambios positivos o negativos del estado de salud en todas sus dimensiones (física, fisiológica, psicológica, mental y social), etc.

Se consideran también indicadores de resultado la cantidad de recuperaciones, infecciones, complicaciones de la enfermedad, invalidez, mortalidad, etc.

Esta dimensión incluye la evaluación de la satisfacción o insatisfacción del usuario que se mide a través de su opinión o consideración emitiendo un juicio de valor sobre la calidad de la atención recibida, comparando lo esperado (expectativas) y lo realmente recibido.

El usuario, al emitir su juicio de valor, contribuye a la mejora continua de la calidad de la atención, porque lo hace partícipe de la misma.

La mayoría de estudios de evaluación de la calidad, indican que ésta ha sido evaluada con base en la opinión del usuario, ya que es él quien, finalmente, decide el grado de calidad de la atención en un servicio de salud.

Donabedian en 1996, resalta la validez de su teoría e indica que cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique, será exitosa.

El Boletín de la Organización Mundial de la Salud, en su número de junio de 2000, publicó uno de sus pocos manuscritos inéditos; en este documento Avedis hace una reflexión sobre la evaluación de la calidad y las competencias del médico; en la introducción enfatiza en la importancia de la calidad de la atención y recuerda el artículo que publicó en 1966 en donde introdujo su teoría de evaluación de la calidad de la atención en los servicios de salud que constituye hoy en día, el paradigma dominante.⁽⁵³⁾

El trabajo de Donabedian culmina con la serie de tres volúmenes sobre monitoreo y evaluación de la calidad, que constituyen la sistematización definitiva de conceptos, métodos y evidencias, al igual que una serie de pensamientos en relación a la atención de la salud recolectados por Fitzhugh Mullan un mes antes de la muerte del autor, los cuales se transcriben a continuación:⁽⁵³⁾

a) “La calidad que se observa en el hospital realmente está limitada a la competencia científico técnica y más recientemente al proceso interpersonal. Mantenga contento al paciente, sea amable con él, llámelo señor o señora; recuerde su nombre. La idea que los pacientes deben involucrarse en su atención no es practicada de manera responsable. Hoy en día la gente habla de autonomía del paciente, pero por lo general se traduce en el abandono del paciente. El médico debe trabajar diligentemente con el paciente a fin de llegar a una solución que sea aceptable para éste, pero no dirigida. El papel del médico es asegurarse activamente de que el paciente llegue a una decisión razonable pero sin ser manipulador”.

b) “Muchos médicos se esconden tras el alegato de que son buenos clínicos, pero que el sistema está mal, sin darse cuenta de que ellos son el aspecto clave del sistema”.

c) “Creo que los servicios de los hospitales son un desastre. He visto a tantas enfermeras de tiempo parcial trabajando en horarios distintos. Van y vienen. A menudo no podía saber si estaba tratando con una enfermera, un técnico, un médico de guardia o un asistente. Vi una discontinuidad en la atención y muchas enfermeras pobremente formadas, especialmente en los fines de semana”.

d) “En las escuelas de medicina o enfermería no se enseña administración del sistema. Y luego se pone a médicos y enfermeras a cargo que suelen estar bajo presiones financieras. Estas presiones son reales, pero el objetivo de los buenos sistemas debe ser lidiar con ellas”.

e) “Nunca he estado convencido de que la competencia por sí sola pueda mejorar la eficiencia o la eficacia de la atención y ni siquiera de que pueda reducir el costo de la misma. Creo que la comercialización de la atención es un gran error. La salud es una misión sagrada. Es una empresa moral, una empresa científica, pero no una empresa comercial en el sentido estricto. No estamos vendiendo un producto, no tenemos un cliente que entiende todo y hace elecciones razonables, los médicos y las enfermeras son guías de algo muy valioso, su labor es una vocación y no simplemente un trabajo”.

f) “Siempre he estado a favor de la práctica de grupos de prepaga como método para proveer la atención médica, reducir las barreras al acceso e incrementar la equidad en la distribución de los servicios. La atención gerenciada prometía una manera más coherente, integrada y coordinada para proveer la atención. Muchos de los aspectos fundamentales de hoy son aquellas que propuse desde el principio. El reto es conservar cierto control sobre los costos sin crear un conflicto de intereses con los médicos al ligar su paga a la reducción de los costos de los tratamientos de los pacientes. Mi solución estaría basada en la probidad moral y científica de los practicantes”.

g) “La conciencia en los sistemas y su diseño son importantes para los profesionales de la salud, pero no bastan. Lo esencial para el éxito de un sistema es la dimensión ética de los individuos. A fin de cuentas, el secreto de la calidad es el amor. Uno debe amar a su paciente; su profesión y a su Dios. Si tienes amor, entonces puede volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema”.

Donabedian termina mencionando la importancia que debe dársele al usuario ya que este juega un papel importantísimo en la evaluación de la calidad de los servicios de salud, y menciona sus funciones como definidores, evaluadores, informantes, coproductores, ejecutores de la garantía, controladores de los proveedores y reformadores del servicio de salud.

C. Marco referencial

Actualmente existe un crecimiento vertiginoso sobre el interés por evaluar la calidad de la atención de un servicio y existe el convencimiento de que son los usuarios(as) quienes pueden, finalmente, evaluarla o juzgarla.

La aplicación de esta metodología obliga a un mayor compromiso por parte de los proveedores de los servicios y con los resultados obtenidos de este proceso realizar las medidas correctivas necesarias, por lo que actualmente elevar la

calidad de la atención en los servicios constituye una de las estrategias o directrices específicas para incrementar la salud de la población.

Una actitud adecuada por parte de los proveedores, al momento de brindar el servicio, es de suma importancia y es un elemento fundamental para lograr el éxito organizacional.

Los principios de la teoría moderna de administración recomiendan tomar en cuenta el comportamiento de los individuos para alcanzar los logros institucionales más importantes. Basándose en ello, la aplicación sistemática de estrategias motivacionales de todo tipo se convierte en un elemento crítico para el éxito, la garantía y mejora continua, además debe convertirse en una política imprescindible en toda organización.⁽⁴⁷⁾

Para aplicar los términos actuales de garantía o mejora continua de la calidad, ninguna definición es de utilidad, si no va acompañada del quién, cómo o con qué medirla y entre ellas se recomiendan la opinión del usuario con la cual se pueden medir las dimensiones y componentes de la calidad.^(48, 54-57)

Peralta Montecinos (2006), en su estudio *Rol de las expectativas en el juicio de satisfacción y calidad percibida del servicio*, menciona que la satisfacción del usuario en relación a la calidad ha sido explicada por diversos autores, sin embargo, coincide en que es un proceso dinámico global en el que el usuario realiza y compara entre sus expectativas (lo esperado) y el producto o servicio final recibido.⁽⁵⁸⁾

Montecinos, además, menciona que en este proceso aparecen varias discrepancias: la primera se da entre lo que la organización cree que el usuario desea y lo que realmente quiere; la segunda esta ligada a las normas de calidad establecidas y las especificaciones de calidad del servicio; la tercera es la distancia que existe entre las especificaciones de calidad establecidas por el servicio y la prestación del mismo; la cuarta es la diferencia entre lo que el servicio cree dar y lo que el cliente realmente recibe.⁽⁵⁸⁾

También indica que las bases conceptuales y metodológicas sobre la evaluación de la calidad de la atención publicadas en el ámbito nacional e internacional durante los últimos diez años justifica el uso de la teoría o modelo desarrollado por Donabedian, la cual evalúa, a partir de las dimensiones de estructura, proceso, amenidades y resultado de la atención.⁽⁵⁸⁾

Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción del usuario, visto como un indicador a partir del cual se puede obtener una opinión o juicio de valor acerca de las dimensiones antes mencionadas.⁽⁵⁸⁾

Existe diversidad de estudios sobre la evaluación de la calidad de la atención, a continuación se mencionan algunos relacionados con el tema:

Ponce Guevara (2004), en su estudio *Calidad de la atención a partir de la percepción de usuarios(as) y los(as) prestadores(as) de servicios de salud en la unidad de salud Dr. José María Ochoa, Comayagua, Honduras*, encontró que las edades más frecuentes están entre los 15 y 69 años en un 68%, distribuidos entre los 35-39 años; 17%, de 15-19 años; 14%, de 20-24 años; 13%, de 25-29 años; 12% y de 50-54 años 12%; alto predominio del sexo femenino 83%; estado civil: casadas 37%, solteras 31%, unión libre 24%, viudas 6%, divorciadas 2%; número de hijos: de 0 a 4 hijos 73%, de 5 a 9 hijos 19%, de 10 a 14 hijos 7%, de 15 a 19 hijos 2%; nivel de escolaridad: 25% secundaria completa, 21% primaria incompleta, 21% ningún grado, 19% primaria completa, 7% secundaria completa, 7% educación superior; trabajo u ocupación: amas de casa 59%, otras 25%, estudiantes 25%, comerciantes 12 %, agricultores 2%, obreros 2%; medio de transportarse: a pie 46% y colectivo (bus) 42%. ⁽³⁴⁾

En relación al trato, el promedio de todos los servicios es bueno 60%; hubo confidencialidad en relación a su problema de salud en el 95% de los casos, el resto expresaron que algunas enfermeras comentan su situación y que además otras personas entran y escuchan la conversación con el médico. La comunicación entre usuarios y personal de salud fue considerada como adecuada en el 93%, el resto consideran que se les escucha poco y el vocabulario utilizado es complicado. ⁽³⁴⁾

Al preguntarles a los(as) usuarios(as) si los prestadores del servicio cuentan con conocimientos y habilidades para realizar los procedimientos adecuadamente a sus problemas de salud, el 95% respondieron que si. El 65% consideró la ventilación y el 71% la iluminación como adecuadas, sobre la limpieza del ámbito clínico fue considerado como bueno por el 43%, regular 48%, mala 9%. En relación a la resolución de su problema de salud, 92% respondieron que si se les había resuelto. ⁽³⁴⁾

Salazar de Santiago (s.f.), en su estudio *Evaluación de la calidad de la atención en la Facultad de Odontología de Zacatecas, México*, menciona entre sus resultados que el 65.8% de usuarios manifestó que la calidad de la atención es buena y 34.2% muy buena. El 74.2% refiere que el tiempo de espera es corto (de cero a quince minutos); 95.8% que la comunicación fue muy satisfactoria por parte de los prestadores del servicio. En relación a las comodidades que brinda la clínica, fueron consideradas como buenas la ventilación 58.3%, iluminación 73% y limpieza 70%. ⁽³⁵⁾

Coria Fierros, et al (s.f), en su estudio *La calidad en la atención odontológica de las clínicas Iztacala, Actlán y Aragón*, encontraron que los usuarios consideraron que el trato recibido es respetuoso y amable en el 96%, 94% y 96% respectivamente. En relación a la información brindada sobre el tratamiento que van a recibir, consideraron que fue clara en Iztacala 88%, Aragón 89%, Acatlán 82%. ⁽⁴⁵⁾

Carrillo Tarascio (2005), en su estudio *Evaluación de calidad de la atención odontológica de los servicios de salud adscritos a la corporación merideña de salud en el municipio Libertador del Estado Mérida 2005*, indica que un alto porcentaje de usuarios 76% están satisfechos con la atención recibida. ⁽³⁹⁾

Serrano del Rosal (2008), en su estudio *La anatomía de la satisfacción del paciente*, encuentra que el promedio de edad está en 52.2±18.9 años, de los cuales 65.5% son mujeres y 34.5% hombres. ⁽⁴⁹⁾

Ramírez Sánchez, Nájera Aguilar, Nigenda López (1998), en su estudio *Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios*, encontraron que el 81.2% calificó la atención recibida como buena y 18.8% como mala. Los principales motivos por la que calificaron de esa forma fue: el buen trato personal 23.2% y la mejoría en su estado de salud 11.9%; en tanto, los motivos de mala calidad fueron aludidos a largos tiempos de espera 23.7% y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico 11.7%. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención 44.8%, resultados 21.3%, estructura 18.0% y accesibilidad 15.7%. ⁽⁵⁹⁾

Seclen Palacín (2004), en su estudio *Relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal: experiencia en hospitales del Perú*, indica que la satisfacción del usuario es un tema de interés creciente en el marco de la salud pública y gestión de los servicios de salud, considera un eje angular la evaluación de los servicios y su estudio es de utilidad ya que encontró una gran relación entre la satisfacción del usuario, utilización de los servicios, calidad científica técnica, calidad interpersonal y comodidades que posee el lugar en donde se brinda la atención; menciona que la edad media de los entrevistados fue 25.6 años; nivel de educación: secundario 46%, superior 31.6%, primario 20.5%, el resto ninguno; la calidad de la atención fue buena 58.6% y muy buena 8.9% y las razones de insatisfacción fueron: el tiempo de espera prolongado 49.4%, trato inadecuado 39.8%, problema de salud no resuelto 3.2%, costo elevado de los tratamientos 2.4%, desconfianza en los médicos 3.2%, equipo inadecuado 1.6%, establecimiento distante 1.2%. ⁽⁶⁰⁾

Puentes Rosas (2006), en su estudio *Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México*, encontró en relación a las características sociodemográficas que la edad, en la mayoría, estaba entre 15 a menos de 65 años (promedio 39 años); en su mayoría, mujeres 74.82% y hombres 25.18%; nivel de escolaridad: primaria 32.7%, secundaria 23%, media 21.3%, ninguna 15%, superior 8%; trato adecuado y respetuoso 94.3%, confidencialidad 85.5%; comunicación buena 82.8%; limpieza del servicio 71.2%. ⁽⁶¹⁾

Retamal Gónzales (2000), en su estudio *Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos centros de salud de la provincia de Cuenca*, indica que la media de edad es de 48.83 años; tiempo de espera 10.86 minutos. ⁽⁶²⁾

Camejo ER (2003), en su estudio *Nivel de satisfacción de los pacientes que acuden a un policlínico principal de urgencias*, indica que el tiempo de espera fue inmediato en el 83%; el trato muy satisfactorio 51% y satisfactorio 49%; gran capacidad de resolución de causa o motivo de consulta en el 80% y la calidad de la atención recibida esta en un 95%.⁽⁶³⁾

Gonzales Nerea et. al (2008), en su estudio *Satisfacción de los usuarios de 4 hospitales del servicio Vasco de salud*, indica que los usuarios se mostraron satisfechos con el tiempo de espera, 70%; trato adecuado, 80%; información adecuada, 85%; limpieza del servicio, 87.1%.⁽⁶⁴⁾

Ortiz Espinosa (2004), en su estudio *Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México*, encontró que la calidad de la atención fue percibida como buena 71.37% y mala 28.63%; edad promedio 36.1± 13.9 años; mayoría mujeres 85%; explica que esto no se debe a un error de muestreo, sino a que ellas acuden más a los servicios de salud, para atenderse o acompañar algún familiar enfermo; casadas 62.5% y unidas 23.8%; escolaridad: secundaria completa 32.8% y primaria completa 24.4%; ingreso mensual promedio 177.15 dólares e indica que estos dos últimos datos se relacionan con que los usuarios de mayor ingreso o escolaridad consideran mala la calidad de la atención del servicio recibido por su nivel de exigencia mayor. Dice que los principales elementos que definen la mala calidad son: tiempo de espera largo 72.93% (más de 60 minutos); trato poco amable (descortés) 69.57%; poco tiempo dedicado a la consulta médica; trámites complicados 26.9%. Capacidad resolutoria del motivo de consulta, la mayoría 62.33% indicó que se les habían solucionado su problema. Sala de espera agradable 29.48%; baños en malas condiciones 26.29%.⁽⁶⁵⁾

Flores Lara (2000), en su estudio *Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tláhuac, Distrito Federal*, encontró que el motivo principal de la consulta fue, en su mayoría, el examen de rutina 45% y dolor dentario 22%. En relación al trato, los usuarios indicaron que fue cortés, 88%; la forma de citar adecuada, 81%; el estudiante es competente, 88%; resolución de su problema o motivo de consulta, 80%; y la calidad de la atención fue calificada como muy buena 45%, buena 52% y regular 3%.⁽⁶⁶⁾

Aranguen Ibarra (2004), en su estudio *Medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del instituto de previsión del profesorado de la Universidad Central de Venezuela durante el último trimestre del 2004*, pudo demostrar, que existía mucha satisfacción por el trato recibido por los proveedores de salud, tanto de médicos como odontólogos y fue calificada entre buena y excelente 87%; la conveniencia del horario de atención: 31% malo y 24% regular e indicaron que debía ampliarse; el tiempo de espera: 50% malo y 30% regular y que debería disminuirse; la información brindada sobre su tratamiento: 60% entre buena y excelente; en cuanto a la forma de citar: 47% la calificó como mala y 31% como regular ya que es tardada.⁽⁶⁷⁾

Massip Pérez (2008), en su estudio *La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad*, dice que la calidad en la atención en los servicios de salud debe estar basada en actividades encaminadas a garantizar la accesibilidad y equidad, con profesionales óptimos, teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida, indica que los determinantes fundamentales para lograr la satisfacción son:

- Accesibilidad: implica la facilidad del contacto.
- Cortesía: es la amabilidad, amistad, comprensión del personal que presta el servicio.
- Credibilidad: significa honestidad, dignidad, confianza.
- Confiabilidad: implica confidencialidad y cumplimiento.
- Comunicación: significa escuchar al usuario, mantenerlo informado de forma adecuada, continua y comprensiblemente.
- Competencia: significa la posesión de habilidades y conocimientos necesarios para ejecutar el servicio.
- Receptividad: se refiere a la disposición y prontitud de los empleados para proporcionar el servicio.
- Seguridad: estar libres de peligros, riesgos y dudas.
- Entender y conocer al cliente: implica estudiar y conocer las necesidades de éste para satisfacerlas.
- Aspecto tangible del servicio: es la adecuada apariencia personal, condiciones del lugar, equipo, así como, la privacidad para el usuario. ⁽⁵⁰⁾

Además menciona que en el metanálisis de Hall y Dornan, doscientos estudios, en su mayoría descriptivos, encontraron que la satisfacción del usuario fue del 76% e indica que el trato, la información, calidez y humanización de la atención son valorados positivamente y aceptados por los usuarios. ⁽⁵⁰⁾

Colunga, López, Aguayo, Canales (2007), en su estudio *Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara*, encontraron que la calidad de la atención era buena 80%; la edad promedio es de 40.83 años; sexo femenino 67%; casados 67%; nivel de escolaridad, en su mayoría, primaria 40%, secundaria 25% y preparatoria o más 35%; el trabajo u ocupación en el 40% son asalariado; 39%, trabajan en el hogar; 8%, jubilados o pensionados; y 13%, otras ocupaciones no remuneradas; el tiempo de espera es adecuado 68%; trato amable 78%; comunicación eficiente 79%; comodidad de las instalaciones 80%; resolución del problema inicial 80%. ⁽⁶⁸⁾

Ramírez Sánchez, Nájera Aguilar, Nigenda López (1998), en su estudio *Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios*, encontraron que 81.2% percibió la atención como buena y 18.8% como mala. Los principales motivos que definieron la calidad como buena fueron: trato adecuado del personal 23.2% y la mejoría en salud 11.9%; en tanto que los motivos de la mala calidad fueron: largos tiempos de

espera 23.7% y deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico del paciente 11.7%.⁽⁶⁹⁾

La evaluación de la calidad de la atención en los servicios de salud puede realizarse de diferentes formas, esto permite determinar si son o no considerados como de calidad. Sin embargo, la tendencia actual es realizarla a través de la satisfacción del usuario, que independientemente de ser un tanto subjetiva, se convierte en un instrumento útil para la mejora continua de los servicios de salud. Esta percepción se construye a partir de la suma de satisfacciones parciales que las relaciona con sus expectativas.⁽⁶¹⁾

Varios autores como Grönroos, Rust, Oliver, Cronin, Taylor han creado diferentes instrumentos para evaluarla, Parasuraman, Zeithaml y Berry los unificaron, modificaron y desarrollaron un método reconocido por su carácter holístico que incluye varias dimensiones, no obstante este instrumento denominado servqual tiene problemas de tipo técnico para su aplicación.^(70, 71)

Actualmente para evaluar la calidad de la atención de los servicios de salud, se indica que la Teoría creada por Avedis Donabedian es la más reconocida, ya que permite evaluar por separado o conjuntamente la estructura, procesos, amenidades y resultados de la atención. Entre los resultados, como menciona Donabedian, Juran y Deming, se considera la opinión o juicio de valor que emite el usuario como el eslabón más importante para su calificación.^(70, 71)

La opinión del usuario se considera como una respuesta inequívoca, indispensable, infaltable para evaluar la calidad de la atención, juicio que procede de la relación creada entre la calidad de la atención recibida y sus expectativas, por lo que la satisfacción de calidad de los usuarios como indica Ishikawa debe ser la meta final de los programas de control de calidad total y garantía de calidad actualmente vigente en toda organización.^(61, 72-75)

Las expectativas del usuario son consideradas como ideas que el cliente tiene sobre el servicio que va a recibir, constituyen elementos sustantivos que no pueden ser pasados por alto y que tienen varios orígenes; entre ellos su propia experiencia anterior, con base en información obtenida de otros clientes o de los medios de comunicación. La satisfacción depende de varias circunstancias, entre ellas de orden cultural, social, económico y se considera que el usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas.⁽⁶¹⁾

El nivel de ingreso económico del usuario influye sobre la opinión de satisfacción, probablemente debido a que los que tienen mayores ingresos emiten un juicio de valor más riguroso sobre el servicio recibido debido a que cuentan con mayor frecuencia con referentes de servicios privados, situación que les permite contar con elementos de juicio que se traduce en proporciones superiores de insatisfacción.⁽⁶¹⁾

El grado de escolaridad también se asocia con el grado de satisfacción del usuario y se indica que a menor grado de instrucción se tienen menos juicios de valor y se tiende a ser más condescendiente con el servicios recibido, lo opuesto sucede cuando el grado de instrucción es mayor, debido a que quizás se ha tenido más oportunidad de recibir en el pasado algún tipo de servicio y se puede comparar con el actual, lo que le permite tener mayor discernimiento sobre el servicio recibido. ⁽⁶¹⁾

San Martin (2000), en su estudio *Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del insalud de Madrid*, indica que no se debe dejar de lado que la calidad de la atención puede ser evaluada por parte del proveedor y nadie discute que al medir la satisfacción laboral se está comprobando la calidad de la organización y de sus servicios internos. ⁽⁷⁶⁾

CAPÍTULO III

JUSTIFICACIÓN

El tema de la calidad de la atención en los servicios de salud ha evolucionado en el tiempo y constituye un aspecto imprescindible que representa una exigencia cada vez mayor en las instituciones públicas y privadas, por lo que su evaluación representa una oportunidad, una forma de conocer, analizar, determinar los problemas, solucionarlos, realizar bien las actividades y mejorarlas continuamente; obteniendo información veraz y oportuna para la adecuada toma de decisiones, retroalimentando y reorientando si es necesario la prestación del servicio.

Su evaluación es posible realizarla con diferentes modelos o teorías, sin embargo, en la actualidad la más reconocida y aceptada es la Teoría de Avedis Donabedian, que evalúa la estructura, proceso, amenidades y resultado.

Evaluar estas dimensiones supone que una buena estructura aumenta la posibilidad de un buen proceso, que incrementa la posibilidad de un buen resultado y de manera inversa si el resultado es aceptable es posible inferir que el proceso fue bueno y por ende que la estructura es adecuada. ^(1, 2, 3, 8)

Donabedian plantea que al evaluar la calidad de la atención y hacer los ajustes necesarios para su mejora continua, ayuda en el camino hacia el éxito de estas organizaciones, sobre todo en la adecuada utilización de recursos, contención o disminución de costos y riesgos, aumento de beneficios, eficacia, efectividad, eficiencia y productividad, mejorando finalmente, la satisfacción del usuario y prestador del servicio. ^(1-3, 8-10, 77)

La Facultad de Odontología, en su clínica dental ofrece un servicio de tipo social académico docente, brindando una amplia gama de tratamientos dentales, los cuales son realizados por estudiantes de pre grado, supervisados por docentes y apoyados por el personal administrativo y auxiliar; sin embargo, desde su creación, en ningún momento se ha realizado una evaluación sobre la calidad de la atención recibida por los usuarios(as), por lo que existe la necesidad de realizarla y llenar este vacío de conocimiento indispensable para la institución.

Por lo expuesto en los párrafos anteriores, la finalidad y alcance de este estudio fue determinar la calidad de la atención recibida por los usuarios(as) en la clínica dental; describir las características sociodemográficas de los usuarios(as) del servicio; accesibilidad, características de la estructura organizacional que regula el funcionamiento de la clínica; estado físico del equipo dental (unidades dentales y auxiliar); amenidades; calidad de la atención recibida por los usuarios(as); para recomendar las acciones necesarias para la mejora continua del servicio, lo que finalmente se traducirá en un beneficio para la institución y población guatemalteca que asiste a la misma.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

General

Determinar la calidad de la atención recibida por los usuarios(as) en la clínica dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los usuarios(as) de la clínica dental.
2. Describir las características de la estructura.
3. Describir las características del proceso de atención.
4. Describir las características de las amenidades que posee el servicio.
5. Describir las características del resultado de la atención.

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal.

Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por los usuarios(as) que asisten a la clínica dental de la Facultad de Odontología de la USAC.

Unidad muestral y de análisis

La unidad muestral y de análisis fueron los usuarios(as) que asisten al servicio.

Criterios de inclusión

Saber leer y escribir, mayor de edad (18 años), activo en el servicio, como mínimo después de 3 meses de estar asistiendo al servicio, aceptar ser incluido en el estudio firmando el consentimiento informado y comprendido. (Anexo 1)

Tamaño de muestra ⁽⁷⁸⁾

Se determinó con la fórmula para muestra de estudio de tipo descriptivo con universo finito y el dato oficial brindado por la Oficina de Archivo de la Clínica Dental de la Facultad de Odontología del año 2008 (1,683 usuarios(as)).

$$n = \frac{Nc^2 * Var}{Le^2 \left[\frac{N-1}{N} + \frac{Nc^2 * Var}{N} \right]}$$
$$n = \frac{1.96^2 * (0.5 * 0.5)}{0.10^2 \left[\frac{1,683 - 1}{1,683} + \frac{1.96^2 * 0.25}{1,683} \right]} = 90$$

n = muestra
Nc² = nivel de confianza
Var = varianza
LE² = límite de error (0.01)

Por ser un estudio descriptivo, el nivel de confianza fue del 90%.

El total de la muestra fue de 90 usuarios(as), sin embargo, se consideró un 10% adicional por pérdida o rechazo a participar, dando un total de muestra de 100.

Selección de la muestra

No probabilístico (no aleatorio, no representativo, por lo que los resultados son válidos para este contexto y no pueden extrapolarse a otros), debido a que no se pudo establecer con exactitud el marco muestral.

Se utilizó muestreo de tipo accidental o por comodidad (según disponibilidad de usuarios(as) en el tiempo y período que duró la investigación).

Variables:

1. Características sociodemográficas.
2. Estructura.
3. Proceso.
4. Amenidades.
5. Resultado.

Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Dimensiones e indicador	Tipo	Escala de medición
Características socio demográficas	Características relacionadas con edad, sexo, estado civil, número de hijos, trabajo u oficio, nivel de escolaridad, ingreso mensual.	Edad: 18 a 33 (1) 34 a 49 (2) 50 a 65 (3) Más de 66 (4)	Cuantitativa	Intervalo
		Sexo: Masculino (1) Femenino (2)	Cualitativa	Nominal
		Estado civil: Soltero(a) (1) Casado(a) (2) Unido(a) (3) Viudo(a) (4) Divorciado(a) (5)	Cualitativa	Nominal
		Número de hijos: Sin hijos (1) Entre 1 y 2 (2) Más de 3 (3)	Cuantitativa	Nominal
		Trabajo u Oficio: Ama de casa (1) Estudiante (2) Jubilado (3) Profesional (4) No trabaja (5) Otro (especificar) (6)	Cualitativa	Nominal
		Nivel de escolaridad: Primario incompleto (1) Primario completo (2) Básicos incompleto (3) Básicos completo (4) Diversific. Incompleto (5) Diversific. Completo (6) Universit. Incompleto (7) Universit. Completo (8) Otro (especificar) (9)	Cualitativa	Ordinal
		Ingreso mensual: Menor de Q. 2000.00 (1) Mayor de Q. 2001.00 (2)	Cualitativa	Nominal

Estructura	Características relacionadas con accesibilidad, estructura organizacional, estado del equipo, etc.	Accesibilidad: grado en que una persona puede acceder a un servicio, por distancia, tiempo, forma de transportarse, horario de atención, precio.		
		Distancia de la casa a la clínica: Menos de 5 km. (Bueno) (1) Entre 6 y 10 Km (Regular) (2) Más de 10 Km (Malo) (3)	Cualitativa	Nominal
		Tiempo de llegada de la casa a la clínica: Menos de 30 min. (Bueno) (1) Entre 31 min y 1 hora (Regular) (2) Mas de 1 hora (Malo) (3) No trabaja (9)	Cualitativa	Nominal
		Tiempo de llegada del trabajo a la clínica: Menos de 30 min. (Bueno) (1) Entre 31 min y 1 hora (Regular) (2) Mas de 1 hora (Malo) (3) No trabaja (9)	Cualitativa	Nominal
		Forma de transportarse al servicio: Vehículo propio (Bueno) (1) Otra forma (Regular) (2)		
		Horario de atención conveniente: Aceptable: Si (1) Inaceptables: No (2)	Cualitativa	Nominal
		Precio de tratamientos dentales justo para su nivel de ingreso mensual: Aceptable: Si (1) Inaceptable: No (2) No sabe (3)	Cualitativa	Nominal

		<p>Estructura organizacional: forma en que se organizan las personas en una organización e incluye las herramientas que deben existir para regular su funcionamiento entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organigrama. - Manual de funciones y responsabilidades para el personal de Dirección de Clínicas. - Contrato de prestación del servicio. - Documento de información al usuario(a) sobre el ingreso y atención. - Normativo aprobado que regula la actividad clínica. - Sistema de información (recolecta datos, procesa, analiza y difunde). <p>Para todas las dimensiones: Aceptable: Si existe (1) Inaceptable: No existe (2)</p>	Cualitativa	Nominal
--	--	--	-------------	---------

		Equipo dental: herramienta que facilita la realización de ciertas tareas (tratamientos dentales); entre ellas las unidades dentales, equipo auxiliar, etc.		
		Sillón Dental: Aceptable: Si sube, baja y recuesta (1) Inaceptable: si no cumple con una de las funciones (2)	Cualitativa	Nominal
		Taburete dental: Aceptable: no está roto, sube, baja, sus rodos están completos y roda (1) Inaceptable: si no cumple con una de lo indicado (2)	Cualitativa	Nominal
		Lámpara dental: Aceptable: si enciende (1) Inaceptable: lo contrario (2)	Cualitativa	Nominal
		Baja velocidad: Aceptable: si al activar el reóstato, el manómetro marca entre 40 a 50 psi (1) Inaceptable: lo contrario (2)	Cualitativa	Nominal
		Alta velocidad: Aceptable: si al activar el reóstato, el manómetro marca 30 psi (1) Inaceptable: lo contrario (2)	Cualitativa	Nominal
		Eyectores de saliva - agua: Aceptable: si no presenta fuga de aire, cumple la función de succión (1) Inaceptable: lo contrario (2)	Cualitativa	Nominal

		<p>Jeringa triple: Aceptable: si al accionar el botón uno tira aire, botón dos agua, juntos mezcla de aire – agua, no presenta fuga de aire o goteo de agua (1) Inaceptable: lo contrario (2)</p>	Cualitativa	Nominal
		<p>Compresor dental: Aceptable: si al estar funcionando genera presión de aire y el manómetro marca entre 100-150 psi. (1) Inaceptable: lo contrario (2)</p>	Cualitativa	Nominal
		<p>Aparato de rayos X: Aceptable: si el ente encargado del mantenimiento y servicio, certifica su adecuado funcionamiento (1) Inaceptable: lo contrario (2)</p>	Cualitativa	Nominal
		<p>Máquinas reveladoras de radiografías: Aceptable: si el ente encargado del mantenimiento y servicio, certifica su adecuado funcionamiento (1) Inaceptable: lo contrario (2)</p>	Cualitativa	Nominal
		<p>Esterilizadores del instrumental dental: Aceptable: si está certificado su adecuado funcionamiento por indicador biológico contenido Attest de 3M (esporas microbianas) y reporta crecimiento de microorganismos negativo (1) Inaceptable: lo contrario (2)</p>	Cualitativa	Nominal

Proceso	Actividades, conocimientos, competencias, actitudes, interrelaciones personales, etc.	Motivo de consulta: Dolor en un diente (1) Quitarme un diente (2) Arreglarme la boca (3) Revisión de rutina (4) Otros (especificar) (5)	Cualitativa	Nominal
		Tiempo sala de espera: Menos de 15 minutos (Bueno) (1) Entre 16 y 30 (Regular) (2) Más de 30 minutos (Malo) (3)	Cualitativa	Nominal
		Tiempo en sillón dental: Menos de 2 horas (Bueno) (1) Entre 2 y 4 horas (Regular) (2) Más de 4 horas (Malo) (3)	Cualitativa	Nominal
		Trato recibido amable: Aceptable: Si (1) Inaceptable: No (2)	Cualitativa	Nominal
		Confidencialidad en el manejo de datos: Aceptable: Si (1) Inaceptable: No (2) No sabe (9)	Cualitativa	Nominal
		Información continua: Aceptable: Si (1) Inaceptable: No (2)	Cualitativa	Nominal
		Información adecuada: Aceptable: Si (1) Inaceptable: No (2)	Cualitativa	Nominal
		Información comprendida: Aceptable: Si (1) Inaceptable: No (2)	Cualitativa	Nominal
		Forma de citarlos: Aceptable: Si (1) Inaceptable: No (2)	Cualitativa	Nominal
		Conocimiento del estudiante para realizar los tratamientos dentales: Aceptable: Si (1) Inaceptable: No (2) No sabe (3)	Cualitativa	Nominal

		Conocimiento del docente para dirigir los tratamientos dentales: Aceptable: Si (1) Inaceptable: No (2) No sabe (3)	Cualitativa	Nominal
		Tomado en cuenta para realizar cambio en su plan de tratamiento: Aceptable: Si (1) Inaceptable: No (2) No sabe (3)	Cualitativa	Nominal
		Resolución inmediata del motivo de consulta: Aceptable: Si (1) Inaceptable: No (2)	Cualitativa	Nominal
Amenidades	Cualidades deseables que posee el servicio amplitud, ventilación, iluminación, servicios sanitarios, limpieza, etc.	Amplitud del ámbito clínico: Aceptable: Si (1) Inaceptable: No (2)	Cualitativa	Nominal
		Ventilación del ámbito clínico: Aceptable: Si (1) Inaceptable: No (2)	Cualitativa	Nominal
		Iluminación del ámbito clínico: Aceptable: Si (1) Inaceptable: No (2)	Cualitativa	Nominal
		Servicios sanitarios adecuados: Aceptable: Si (1) Inaceptable: No (2)	Cualitativa	Nominal
		Limpieza del ambiente clínico: Basura tirada (1) Líquidos derramados (2) Mal olor en ambiente (3) Manchas en paredes (4) Vidrios sucios (5) Sangre, manchas en el equipo dental (6) Ambiente clínico completamente limpio (7)	Cualitativa	Nominal

Resultado	Consecuencia del proceso de la atención, incluye la satisfacción o insatisfacción del usuario(a) que se mide a través de su opinión o consideración emitiendo un juicio de valor sobre la calidad de la atención recibida, comparando lo esperado (expectativas) y lo realmente recibido.	<p>Calidad de la atención:</p> <p>Excelente: se superan las expectativas del usuario, el servicio fue más allá de lo esperado. (1)</p> <p>Muy buena: satisfacción completa por el servicio recibido. (2)</p> <p>Buena: satisfacción parcial por el servicio recibido, se va con sus molestias solucionadas. (3)</p> <p>Regular: cierto grado o sentimiento de satisfacción. (4)</p> <p>Mala: insatisfacción por el servicio recibido. (5)</p>	Cualitativa	Ordinal
------------------	---	--	-------------	---------

Recolección de datos

Técnica de recolección

Como primer paso se solicitó por escrito autorización a Dirección de Clínicas.

El proceso de obtención de datos duró cinco días hábiles, ocho horas diarias, recolectando entre veinte a veinticinco cuestionarios por día y evaluando las demás variables.

Se utilizó el método de la encuesta a través de un cuestionario autoaplicado a los usuarios(as) que asisten al servicio para describir: sus características sociodemográficas, accesibilidad, amenidades y calidad de la atención recibida. También se utilizó la observación y a través de lista de cotejo se evaluó la estructura organizacional y el estado físico del equipo dental.

Para la recolección de datos se diseñaron dos instrumentos:

- a. Cuestionario.
- b. Listas de cotejo.

a. Instrumento de recolección de datos No. 1: Cuestionario

Se diseñó de acuerdo a las variables del estudio y sus dimensiones, escrito, auto aplicado, de cara al investigador, preguntas estructuradas de tipo cerrado (veintinueve) y abiertas (dos), algunas respuestas dicotómicas y otras de opción múltiple, todas pre codificadas numéricamente. (Anexo No. 2)

Para evitar sesgos por parte del investigador, se diseñó el instructivo de llenado para este instrumento y su tabla de codificación. (Anexo No. 3)

La razón de seleccionar este método fue por sus ventajas: costo relativamente bajo; aplicable a un mayor número de personas en un período de tiempo corto; facilidad de llenado para los encuestados y para el investigador al cuantificar, analizar e interpretar los datos obtenidos; posibilidad de mantener el anonimato que permite dar respuestas veraces y honestas. ⁽⁷⁹⁾

El proceso de recolección de datos se inició cuando el investigador plenamente identificado como docente abordó al usuario(a) en el ámbito clínico invitándolo a participar siempre y cuando cumpliera con los criterios de inclusión, además se le explicó el objetivo del estudio y procedimiento a seguir.

Se le explicó que sus respuestas eran muy importantes para la institución y que el beneficio sería a futuro para fines de mejorar la calidad de la atención del servicio; que era una encuesta anónima, por lo que podían responder con plena libertad y sinceridad y que no habían respuestas correctas ni incorrectas; la información brindada sería manejada con absoluta confidencialidad; se le

garantizó la participación voluntaria ya que en ningún momento y de ninguna forma su participación o no participación en el estudio afectaría la continuidad del servicio; su participación no implicaba ningún tipo de riesgo a su integridad; se garantizó la autonomía de participar, la libertad de responder o no las preguntas del cuestionario y la libertad de acción indicándole que en el momento que deseara retirarse lo podía hacer; en todo momento estaría acompañado para resolver sus dudas en relación a las preguntas del cuestionario o sobre el estudio; para su tranquilidad la información brindada quedarían bajo resguardo del investigador y nadie más podría observarla y al finalizar el estudio tenía el derecho de conocer los resultados obtenidos.

Luego de esta explicación se procedió a pedir su consentimiento informado y comprendido, se realizó de manera verbal y por escrito bajo firma; posteriormente, se entregó el cuestionario para su llenado y al finalizar se le agradeció por su participación.

Previo a que el usuario se retirara, se procedió a revisar cada una de sus respuestas, para verificar la calidad de llenado y cuando se encontraron errores o la falta de respuesta en alguna pregunta se le convidó a responderla si lo deseaba, en los casos en los que marcó doble respuesta se le solicitó elegir solo una y se aplicó corrector de tinta o se realizó una observación al lado de la respuesta que más prefería.

b. Instrumento de recolección de datos No. 2, 2a y 2b: Listas de cotejo

Se diseñaron tres listas de cotejo, con sus indicadores y criterios de aceptabilidad e inaceptabilidad.

b.1. Lista de cotejo No. 2: Estructura organizacional:

Se diseñó esta lista de cotejo para evaluar la estructura organizacional, con base en la existencia o no de las herramientas indispensables que regulan el funcionamiento de la clínica dental, entre ellas: organigrama, manual de funciones y responsabilidades para el personal de Dirección de Clínicas, contrato de prestación del servicio, documento de información al usuario(a) sobre el ingreso y atención de la clínica dental, Normativo que regula la actividad clínica, y sistema de información. (Anexo No. 4)

El mecanismo de aplicación consistió en que el investigador conjuntamente con el Director de Clínicas verificó la existencia física de estas herramientas. Adicionalmente, se diseñó su instructivo de llenado y tabla de codificación. (Anexo No. 5)

b.2. Lista de cotejo No. 2a: Estado físico del equipo dental (unidad dental)

Se diseñó esta lista de cotejo con sus dimensiones e indicadores de aceptabilidad e inaceptabilidad para evaluar el estado físico del equipo dental (unidad dental: sillón, taburete, lámpara, alta y baja velocidad, jeringa triple, eyectores de saliva - agua). (Anexo No. 6).

El mecanismo de aplicación consistió en que el investigador a través de la observación evaluó el estado físico del equipo dental mencionado. Adicionalmente, se diseñó su instructivo de llenado y tabla de codificación. (Anexo No. 7)

b.3. Lista de cotejo No. 2b: Estado físico del equipo dental (auxiliar)

Se diseñó esta lista de cotejo con sus dimensiones e indicadores de aceptabilidad e inaceptabilidad para evaluar el estado físico del equipo dental (auxiliar: compresor dental, seis aparatos de rayos x, máquina reveladora de radiografías, esterilizador del instrumental dental). (Anexo No. 8)

El mecanismo de aplicación consistió en que el investigador a través de la observación evaluó el estado físico del equipo dental mencionado. Adicionalmente, se diseñó su instructivo de llenado y tabla de codificación. (Anexo No. 9)

Prueba piloto

Para dar confiabilidad y validez al proceso de recolección de datos e instrumento de recolección de datos No. 1 (cuestionario), se procedió a realizar una prueba piloto, en un día hábil, en dos horas de trabajo se aplicó a usuarios(as) con características semejantes al universo (población de estudio).

Se evaluó un 10% del total de la muestra (10 usuarios(as)) que cumplieron con los criterios de inclusión de la población de estudio, los cuales fueron excluidos del total de la muestra (cien usuarios(as)).

La finalidad de esta, fue poner a prueba bajo condiciones reales el proceso de recolección de datos e instrumento de medición, verificando la facilidad de localizar a los usuarios(as), grado de aceptación o rechazo de participación; responder dudas sobre el cuestionario o investigación; claridad, comprensión de las instrucciones; facilidad de aplicación; tiempo adecuado de aplicación; claridad y orden de las preguntas (lenguaje, redacción, ambigüedades); calidad de llenado, errores y su corrección, claridad de las respuestas, tendencia.

Posterior a esta prueba se determinó la necesidad de modificar algunas partes del instrumento original, para su mejora; las listas de cotejo no fue necesario validarlas.

Tabulación de los datos y análisis

Se procedió a ordenar correlativamente los cien cuestionarios, las tres listas de cotejo y se revisó nuevamente la calidad de llenado.

El investigador procedió, en un día de trabajo (8 horas), ingresar los datos recolectados en la hoja electrónica del programa Microsoft Office Excel 2007, diseñada por el investigador para tal fin.

El ingreso de datos se realizó según el orden correlativo asignado a cada cuestionario (del uno al cien); cada una de las respuestas previamente codificadas, así como, las listas de cotejo.

Para tal acción se tomaron todas las precauciones necesarias para no perder datos, duplicarlos o colocarlos en donde no se debía, bajo un plan sistemático de introducción de los mismos (un cuestionario cada vez). Para garantizar que los datos habían sido colocados en donde correspondía, se procedió nuevamente a repetir el proceso anteriormente descrito.

Con la totalidad de datos ingresados en la hoja electrónica, se calculó la sumatoria total por variable y dimensión evaluada, con estos resultados se elaboraron tablas con frecuencias absolutas y valores porcentuales y se realizó el análisis descriptivo univariado, describiendo los valores mayores y menores de cada uno.

La presentación de resultados se organizó de la siguiente manera: inicialmente se presentaron las características sociodemográficas de los usuarios(as) encuestados y luego la información sobre las dimensiones de la calidad con base en la Teoría de Avedis Donabedian: estructura, proceso, amenidades y resultados de la atención.

Establecidos los resultados del estudio, se realizó la discusión (resultados, marco referencial, investigador), se elaboraron las conclusiones, recomendaciones y determinaron las limitaciones del estudio.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

Los aspectos éticos del estudio, fueron revisados y avalados por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, entre ellos:

- Se invitó a participar al usuario(a) siempre y cuando cumpliera con los criterios de inclusión establecidos para el estudio.
- Se explicó el objetivo del estudio y procedimiento a seguir.

- Se le dijo que sus respuestas eran muy importantes para la institución y que el beneficio sería a futuro para fines de mejorar la calidad de la atención del servicio (beneficio directo o aporte de la investigación).
- Se garantizó el anonimato, por lo que podían responder con plena libertad y sinceridad, ya que solo tenían que colocar su número que lo identifica como paciente integral de la Facultad (PI), y que no habían respuestas correctas ni incorrectas.
- Se aseguró absoluta confidencialidad en el manejo de los datos, ya que la información brindada sería manejada únicamente por el investigador.
- Se afirmó que la participación voluntaria, ya que en ningún momento y de ninguna forma su participación o no participación afectaría la continuidad del servicio.
- Se indicó que su participación no implicaba ningún tipo riesgo a su integridad.
- Se garantizó la autonomía de participar o no en el estudio, la libertad de responder o no las preguntas del cuestionario y la libertad de acción indicándoles que en el momento que deseara retirarse del estudio lo podía hacer.
- Se dijo que en todo momento estaría acompañado por el investigador, para resolver dudas en relación a las preguntas del cuestionario o del estudio (honestidad y sinceridad del investigador).
- Se exteriorizó que para su tranquilidad la información brindada quedaría bajo resguardo del investigador y que nadie más tendría acceso a esta.
- Se sugirió que al finalizar el estudio tenía el derecho a conocer los resultados.
- Se solicitó su consentimiento verbalmente y por escrito para participar en el estudio, consentimiento informado y comprendido bajo firma.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos para determinar la calidad de la atención recibida en la clínica dental de la Facultad de Odontología (FO) de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC).

La presentación se organiza de la siguiente manera:

Inicialmente se presentan las características sociodemográficas de la población de estudio (usuarios(as)).

Luego la información sobre las dimensiones de calidad relacionadas con base en la Teoría de Avedis Donabedian: estructura, proceso, amenidades del servicio y resultado de la atención.

I. Características sociodemográficas de la población de estudio

Tabla 1. Distribución de los usuarios(as) de la clínica dental encuestados por rango de edad, sexo, estado civil, número de hijos, trabajo u oficio, nivel de escolaridad, ingreso mensual; período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 33	42	42
34 a 49	42	42
50 a 65	13	13
Más de 65	3	3
Total	100	100
Sexo		
Masculino	33	33
Femenino	67	67
Total	100	100
Estado civil		
Soltero	35	35
Casado	47	47
Unido	13	13
Viudo	2	2
Divorciado	3	3
Total	100	100
Número de hijos		
Sin	37	37
Uno a dos	30	30
Más de dos	33	33
Total	100	100

Trabajo u oficio		
Ama de casa	34	34
Estudiante	23	23
Jubilado	3	3
Profesional	8	8
No trabaja	3	3
Otro tipo	29	29
Total	100	100
Nivel de escolaridad		
Primaria incompleta	9	9
Primaria completa	19	19
Básico incompleto	6	6
Básico completo	10	10
Diversificado incompleto	7	7
Diversificado completo	22	22
Universitario incompleto	21	21
Universitario completo	6	6
Total	100	100
Ingreso mensual		
Menor de Q. 2,000.00	78	78
Mayor de Q. 2,000.00	22	22
Total	100	100

Fuente: instrumento de recolección de datos No. 1 (Cuestionario)

La mayoría de usuarios(as) estuvieron comprendidos entre los grupos etéreos de dieciocho a cuarenta y nueve años (84%), en menor proporción más de 65 años (3%); son del sexo femenino (67%), en menor proporción masculino (33%); su estado civil, es casado (47%), en menor proporción viudo (2%); el número de hijos, esta entre uno a más de dos (63%), en menor proporción sin hijos (37%); el trabajo u oficio, es el de ama de casa (34%), en menor proporción no trabajan (3%); el nivel de escolaridad, es diversificado completo (22%), en menor proporción básico incompleto y universitario completo (6% cada uno); el ingreso mensual, es menor de dos mil quetzales (78%), en menor proporción es mayor a esa cantidad (22%).

II. Dimensiones de la calidad, relacionadas con la estructura de la atención

Tabla 2. Distribución de los usuarios(as) de la clínica dental encuestados por accesibilidad: distancia de la casa a la clínica, tiempo de llegada de la casa y del trabajo a la clínica, transporte, horario de atención, precio de tratamientos; período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.

Distancia casa/clínica	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 5 km.	17	17
Entre 6 a 10 Km.	38	38
Más de 10 Km.	45	45
Total	100	100
Tiempo casa/clínica		
Menos de 30 minutos	25	25
Entre 31 minutos a 1 hora	44	44
Más de 1 hora	31	31
Total	100	100
Tiempo trabajo/clínica		
Menos de 30 minutos	13	13
Entre 31 minutos a 1 hora	15	15
Más de 1 hora	19	19
No trabajan	53	53
Total	100	100
Forma de transportarse		
Vehículo propio	15	15
Otra forma	85	85
Total	100	100
Horario de atención		
Conveniente	87	87
No conveniente	13	13
Total	100	100
Precio de tratamientos		
Justo	95	95
No justo	2	2
No sabe	3	3
Total	100	100

Fuente: instrumento de recolección de datos No. 1 (Cuestionario)

La mayoría de los usuarios(as) indicaron que la distancia de su casa a la clínica es más de diez kilómetros (45%), en menor proporción menos de cinco kilómetros (17%); el tiempo de llegada de su casa a la clínica es de treinta y un minutos a una hora (44%), en menor proporción menos de treinta minutos (25%); les tomaba llegar de su trabajo al servicio más de una hora (19%), en menor proporción menos de treinta minutos (13%); para llegar al servicio especificaron transportarse en bus urbano (85%), en menor proporción en vehículo propio (15%); consideraron que el horario les es conveniente (87%), en menor proporción que no (13%) y que el precio de los tratamientos dentales es justo en relación a su ingreso mensual (95%), en menor proporción no (2%).

Tabla 3. Evaluación de la estructura organizacional que regula el funcionamiento de la clínica dental; a través de lista de cotejo, período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.

Estructura Organizacional	Existe (Aceptable)	No existe (Inaceptable)
Organigrama	X	
Manual de funciones y responsabilidades para el personal de Dirección de Clínicas	X	
Contrato de prestación del servicio	X	
Documento de información al usuario(a) sobre el ingreso y atención	X	
Normativo aprobado que regula la actividad clínica		X
Sistema de información (recolecta datos, procesa, analiza y difunde)		X

Fuente: instrumento de recolección de datos No. 2 (lista de cotejo No. 2)

La mayoría de aspectos de la estructura organizacional evaluados es aceptable, es inaceptable la ausencia de un normativo aprobado por las Autoridades de la Facultad que regule la actividad clínica y la falta del sistema de información que sí existe, pero no recolecta datos, procesa, analiza y difunde.

Tabla 4. Evaluación del estado físico del equipo dental (unidad dental); a través de lista de cotejo, período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.

Unidad dental	Estado físico del equipo dental (unidad dental)				
	Aceptable		Inaceptable		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	%
Sillón dental	118	98	2	2	100
Taburete dental	119	99	1	1	100
Alta velocidad	78	65	42	35	100
Baja velocidad	70	58	50	42	100
Lámpara dental	117	97	3	3	100
Jeringa triple	106	88	14	12	100
Eyectores	83	69	37	31	100

Fuente: instrumento de recolección de datos No. 2a (Lista de Cotejo No. 2a)

En relación al estado físico del equipo dental evaluado, se encontró que la mayoría funciona de forma aceptable: sillones (98%), taburetes (99%), lámparas dentales (97%). Sin embargo, no funciona de forma aceptable: la baja velocidad (42%), alta velocidad (35%), eyectores de saliva - agua (31%), jeringa triple (12%).

Tabla 5. Evaluación del estado físico del equipo dental (auxiliar); a través de lista de cotejo, período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.

Equipo	Estado físico del equipo dental (auxiliar)				Total %
	Aceptable		Inaceptable		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Compresor dental	1	100	0	0	100
Aparatos de rayos X	6	100	0	0	100
Máquina reveladora de radiografías	1	100	0	0	100
Esterilizador del instrumental dental	1	100	0	0	100

Fuente: instrumento de recolección de datos No. 2b (Lista de Cotejo No. 2b)

El 100% del equipo auxiliar (un compresor dental, seis aparatos de rayos X, una máquina reveladora de radiografías, una máquina de esterilización del instrumental dental) funcionan adecuadamente.

III. Dimensiones de la calidad, relacionadas con el proceso de atención

Tabla 6. Distribución de los usuarios(as) de la clínica dental encuestados por motivo de consulta, tiempo aproximado que ha permanecido en sala de espera y bajo tratamiento dental en el sillón dental por cita, trato recibido, opinión en relación a la confidencialidad en el manejo de sus datos clínicos; período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Dolor de diente	18	18
Quitarse un diente	9	9
Arreglarse la boca	54	54
Revisión de rutina	9	9
Otras	10	10
Total	100	100
Tiempo sala de espera		
Menos de 15 minutos	69	69
Entre 16 a 30 minutos	21	21
Más de 30 minutos	10	10
Total	100	100
Tiempo sillón dental		
Menos de 2 horas	49	49
Entre 2 a 4 horas	49	49
Más de 4 horas	2	2
Total	100	100
Trato recibido		
Amable	100	100
No amable	0	0
Total	100	100
Confidencialidad		
Confidencial	87	87
No confidencial	0	0
No sabe	13	13
Total	100	100

Fuente: instrumento de recolección de datos No. 1 (Cuestionario)

La mayoría de los usuarios(as) indicaron que el motivo de consulta fue arreglarse la boca (54%), en menor proporción quitarse un diente o revisión de rutina (9% cada uno); consideraron que el tiempo aproximado que han permanecido en sala de espera es menor de quince minutos (69%), en menor proporción más de treinta minutos (10%); el tiempo aproximado, por cita, que han permanecido bajo tratamiento dental en el sillón dental, es menor de cuatro horas (98%), en menor proporción por más de cuatro horas (2%).

La totalidad de los usuarios(as) consideraron que el trato recibido por el personal que labora en la clínica dental ha sido amable (100%). La mayoría consideró que el manejo de sus datos clínicos ha sido confidencial (87%), el resto no sabe (13%).

Tabla 7. Distribución de los usuarios(as) de la clínica dental encuestados en relación haber recibido información continua, adecuada, comprendida sobre su tratamiento dental y forma de citarlos; período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.

Información continua	Frecuencia	Porcentaje
Si	99	99
No	1	1
Total	100	100
Información adecuada		
Si	97	97
No	3	3
Total	100	100
Información comprendida		
Si	94	94
No	6	6
Total	100	100
Forma de citarlos		
Si	93	93
No	7	7
Total	100	100

Fuente: instrumento de recolección de datos No. 1 (Cuestionario)

La mayoría de los usuarios(as) consideraron que sí han sido informados continuamente (99%), una mínima proporción que no (1%); consideraron que la información proporcionada sobre su tratamiento dental es adecuada (97%), en menor proporción que no (3%); que la información proporcionada sobre su tratamiento dental ha sido comprendida (94%), en menor proporción que no (6%) y que la forma de citarlos es adecuada (93%), en menor proporción que no (7%).

Tabla 8. Distribución de los usuarios(as) de la clínica dental encuestados en relación al conocimiento que posee el estudiante para realizar los tratamientos dentales, conocimiento que posee el docente para dirigir los tratamientos dentales, haber sido tomado en cuenta al realizarse un cambio de plan de tratamiento y resolución inmediata del motivo de consulta; período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.

Conocimiento del estudiante	Frecuencia	Porcentaje
Si	94	94
No	1	1
No sabe	5	5
Total	100	100
Conocimiento del docente		
Si	93	93
No	1	1
No sabe	6	6
Total	100	100
Tomado en cuenta al realizarse un cambio de plan de tratamiento		
Si	79	79
No	3	3
No ha habido cambio	18	18
Total	100	100
Resolución inmediata del motivo de consulta		
Si	82	82
No	18	18
Total	100	100

Fuente: instrumento de recolección de datos No. 1 (Cuestionario)

La mayoría de los usuarios(as) consideraron que el estudiante sí posee el conocimiento necesario para realizar los tratamientos dentales (94%), una mínima proporción indicó que no (1%); el docente sí posee el conocimiento necesario para dirigir los tratamientos dentales (93%), una mínima proporción indicaron que no (1%); si han sido tomados en cuenta en el momento de realizar un cambio de plan de tratamiento (79%), una menor proporción consideraron que no (3%); la causa o motivo de consulta por la que asistió por primera vez a la clínica dental fue resuelta inmediatamente (82%), en menor proporción indicaron que no (18%).

IV. Dimensiones de la calidad, relacionadas con amenidades del servicio

Tabla 9. Distribución de los usuarios(as) de la clínica dental encuestados según la opinión en relación a las amenidades del servicio: amplitud, ventilación, iluminación, servicio sanitario y limpieza de la clínica dental; período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.

Amplitud	Frecuencia	Porcentaje
Si	96	96
No	4	4
Total	100	100
Ventilación		
Si	94	94
No	6	6
Total	100	100
Iluminación		
Si	100	100
No	0	0
Total	100	100
Servicio sanitario		
Si	59	59
No	41	41
Total	100	100
Limpieza		
Completamente limpia	68	68
No completamente limpia	32	32
Total	100	100

Fuente: instrumento de recolección de datos No. 1 (Cuestionario)

La mayoría de los usuarios(as) consideraron que la clínica dental es amplia (96%), en menor proporción que no (4%); ventilada (94%), en menor proporción que no (6%); la totalidad consideraron que la clínica dental es iluminada (100%); los servicios sanitarios son adecuados (59%), en menor proporción que no (41%); estaba completamente limpia (68%), en menor proporción que no (32%).

V. Dimensiones de la calidad, relacionada con el resultado de la atención

Tabla 10. Opinión de los usuarios(as) de la clínica dental encuestados en relación a la calidad de la atención recibida; período comprendido del 20 al 24 de abril de 2010, FO/USAC.

Calidad de la atención	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	31	31
Muy buena	40	40
Buena	25	25
Regular	4	4
Mala	0	0
Total	100	100

Fuente: instrumento de recolección de datos No. 1 (Cuestionario)

La mayoría de los usuarios(as) calificó la calidad de la atención recibida entre buena a excelente (96%), ninguno la calificó como mala.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

A continuación se analizan y discuten los resultados obtenidos en este estudio con base al objetivo general (determinar la calidad de la atención recibida por los usuarios(as) en la clínica dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala) y específicos (describir las características sociodemográficas de los usuarios(as) de la clínica dental, describir las características de la estructura, proceso, amenidades y resultado de la atención).

El análisis y discusión de los resultados se organizan de la siguiente manera: inicialmente se presentan las características sociodemográficas de la población de estudio (usuarios(as)), luego las dimensiones relacionadas con estructura, proceso, amenidades y resultado de la atención.

Características sociodemográficas de la población de estudio:

La mayoría de los usuarios(as) (84%) están comprendidos entre los grupos etáreos de dieciocho a cuarenta y nueve años; similar a lo reportado por Ponce Guevara⁽³⁴⁾, quien encontró que las edades más frecuentes estaban entre los quince y sesenta y nueve años (68%). Son del sexo femenino (67%); equivalente a lo reportado por Ponce Guevara⁽³⁴⁾ (83%); Serrano del Rosal⁽⁴⁹⁾ (65.5%); Puentes Rosas⁽⁶¹⁾ (74.82%), Ortiz Espinosa⁽⁶⁵⁾ (85%), Colunga, López, Aguayo, Canales⁽⁶⁸⁾ (67%). Su estado civil es casado (47%); parecido a lo informado por Ponce Guevara⁽³⁴⁾ (37%); Ortiz Espinosa⁽⁶⁵⁾ (62.5%), Colunga, López, Aguayo, Canales⁽⁶⁸⁾ (67%). Tiene uno o más de dos hijos (63%); semejante a lo hallado por Ponce Guevara⁽³⁴⁾ quien menciona que la mayoría tienen de cero a cuatro hijos (73%). (Tabla 1)

La mayoría de los usuarios(as) (34%) indicó que su trabajo u oficio es ser ama de casa, sin embargo, se encontraron otras ocupaciones con proporciones altas como estudiante (23%) y otro tipo de actividad laboral (29%) especificando en este grupo ser: comerciantes o vendedores informales, operarios, domésticas, maestra, tutor, secretaria, perito contador, procurador jurídico, oficinista, cajera, técnico de telecomunicaciones, encargado de limpieza, ayudante, albañil, estilista, cambista de dólares, dependiente de mostrador; semejantes resultados fueron reportados por Ponce Guevara⁽³⁴⁾ quien menciona que, en su mayoría, son amas de casa (59%), Colunga, López, Aguayo, Canales⁽⁶⁸⁾ quienes encontraron que la mayoría de usuarios(as) trabajan en el hogar como amas de casa (39%). (Tabla 1)

Con base en los resultados anteriormente descritos y comparando con los reportados por otros investigadores, se interpretan como comunes para nuestros servicios de salud, en donde la mujer, de mediana edad, casada, con hijos, ama de casa, asiste con mayor frecuencia a los servicios de atención de salud, debido a que muchas veces busca la atención vinculada con la de los hijos por lo que aprovecha la consulta y utiliza el servicio, a diferencia del hombre que debido a su actividad laboral que la realiza durante el horario de la atención de los servicio de salud, no le es posible asistir y utilizarlos. (Tabla 1)

El nivel de escolaridad, de la mayoría de los usuarios(as) (22%) es diversificado completo; similar ha lo reportado por Ponce Guevara⁽³⁴⁾, Seclen Palacín⁽⁶⁰⁾, Puentes Rosas⁽⁶¹⁾, Ortiz Espinosa⁽⁶⁵⁾, Colunga, López, Aguayo, Canales⁽⁶⁸⁾; quienes mencionan que la mayoría estaba en el nivel secundario (25%, 46%, 32.8%, 23%, 25%, respectivamente).

En relación a los resultados de escolaridad encontrados en este estudio, si se agrupan se puede indicar que la mayoría de usuarios son alfabetas, con un nivel de preparación variado, que va desde el nivel primario hasta universitario completo, lo que se podría interpretar que por su grado de escolaridad conocen y se preocupan por su salud general y bucal, además de lo expresado por algunos usuarios(as) en relación a que actualmente la publicidad influye positivamente en el cuidado de la salud bucal, lo que los induce a asistir al servicio dental. Uno de los resultados que llama la atención es el alto porcentaje de universitarios que asisten al servicio, el cual se puede explicar debido al contexto en donde está ubicada la clínica dental que es dentro de un centro universitario. (Tabla 1)

El ingreso mensual, de la mayoría de los usuarios(as) (78%) es menor de dos mil quetzales; parecido a lo obtenido por Ortiz Espinosa⁽⁶⁵⁾ quien únicamente reporta la cantidad de 177.15 dólares americanos, que actualmente equivale aproximadamente a unos 1,500.00 quetzales. (Tabla 1)

Al relacionar los resultados encontrados para el trabajo u oficio, nivel de escolaridad e ingreso mensual, se puede deducir que debido a que la mayoría de usuarios indicó ser ama de casa no reciben un salario fijo como lo fue expresado por algunas de ellas de la siguiente forma: “la tarea del hogar se considera un trabajo, pero no remunerado”, otros refirieron que por ser aún estudiantes, por no haber concluido sus estudios o por no tener un nivel superior de educación al que tienen, los trabajos que poseen o por ser trabajos de tipo informal (comerciantes) no son adecuadamente remunerados, resultado que lo hace coherente con su bajo ingreso mensual y que su sueldo se conforma con lo que ganan en el día, por lo que se lamentaron por no haber terminado sus estudios ya que esto les limita para conseguir mejores empleos y por ende mejores salarios.

Para el análisis y discusión de los resultados de la calidad de la atención en los servicios de salud evaluados, se utilizó la Teoría de Avedis Donabedian que es el modelo más reconocido y aceptado actualmente, se realiza bajo las siguientes dimensiones: estructura, proceso, amenidades y resultado de la atención.

Calidad, relacionada con la estructura de la atención:

La estructura hace mención a diferentes atributos o propiedades de la calidad de la atención y su evaluación se dirige hacia las características de: accesibilidad por distancia, tiempo de llegada, forma de transportarse, horario de la atención, precio, entre otras; estructura organizacional, recursos, infraestructura física, estado físico del equipamiento utilizado en la prestación del servicio. ⁽¹⁻²⁷⁾

Según los resultados obtenidos en este estudio, en relación a la accesibilidad, para la mayoría de usuarios(as) encuestados, la distancia de la casa al servicio es de más de diez kilómetros (45%); el tiempo que les toma llegar de su casa al servicio está entre treinta y un minutos a una hora (44%); los que laboran indicaron que les tomaba llegar de su trabajo al servicio más de una hora (19%); para poder llegar al mismo especificaron transportarse en bus urbano (85%); ante lo que Ponce Guevara⁽³⁴⁾ reportó similares resultados en relación a transportarse en bus colectivo o urbano (42%); no pudiéndose comparar los demás por no haberse encontrado resultados similares. (Tabla 2)

Ante estos resultados, se identificó que algunos usuarios(as) adicionalmente expresaron que son personas de recursos limitados, que viven alejados del servicio, que para trasladarse utilizan el transporte urbano o extraurbano y que deben abordar entre dos a tres buses para poder llegar, lo que les hace largo el tiempo de llegada, les dificulta el acceso y les incrementa el costo de la atención.

Al analizar estos resultados se determinó que la distancia de la casa al servicio se considera como mala; el tiempo de llegada de la casa y del trabajo al servicio, así como, la forma de transportarse se estima como regular según la operacionalización de variables. Los anteriores resultados de distancia y tiempo, idealmente deberían ser menores para facilitar al usuario la asistencia al servicio y disminuirles costos, por lo que la Facultad podría descentralizar su servicio y crear nuevos centros ubicándolos en otros lugares accesibles, para que la población tenga mayor oportunidad de atención.

El horario de atención, la mayoría de los usuarios(as) (87%) consideró que les es conveniente; resultados diferentes fueron reportado por Aranguen Ibarra⁽⁶⁷⁾ quien encontró que era malo (31%) y regular (24%). Ante este resultado se indica que debido a que algunos usuarios(as) son amas de casa, estudiantes o se dedican a otras actividades laborales, les permite asistir al servicio con mayor facilidad, por lo que el horario les pareció conveniente, sin embargo, algunos opinaron que para mejorar la atención y dar oportunidad a otros, este podría ser ampliado en relación a cantidad de horas y días. (Tabla 2)

El precio de los tratamientos dentales, fue considerado por la mayoría de los usuarios(as) (95%) como justos en relación a su ingreso mensual; coincidente a lo expresado por Seclen Palacín⁽⁶⁰⁾, quien refiere que solo el 2.4% indicaron que eran elevados y lo considera como un indicador de mala calidad. (Tabla 2)

Es de mencionar que el servicio que se brinda en la Facultad de Odontología es considerado por la institución como de tipo social académico docente, por lo que el precio de los tratamientos dentales se basa únicamente en el costo de los materiales dentales utilizados, por lo que son bajos comparados con los del servicio privado, por lo que a los usuarios(as) les pareció justo a su salario mensual y accesibles a su bolsillo.

Cabe señalar que el arancel tiene más de diez años de estar vigente y no ha sido actualizado. Además, es sabido dentro de la institución, que debido al actual sistema clínico en donde el paciente lo maneja el estudiante y este previo a poder realizar su ejercicio profesional supervisado tiene que entregar cierto número de tratamientos dentales obligatorios y en algunos casos el paciente no puede pagar la totalidad de estos, por lo que el estudiante se ve en la necesidad de costear parcial o totalmente el precio; esta información se generaliza entre los demás pacientes y tienden a obligarlo a subvencionarles el precio, ya que si no lo hacen, los amenazan con dejar de asistir y perder la oportunidad de realizar los tratamientos que necesita entregar o perder la validez de los ya realizados.

Los aspectos de la estructura organizacional evaluados: organigrama, manual de funciones y responsabilidades para el personal de Dirección de Clínicas, normativo que regula la actividad clínica, contrato de prestación del servicio, documento sobre el ingreso y la atención, sistema de información; en su mayoría fue calificada como aceptable, siendo inaceptable la ausencia del normativo y el sistema de información que sí existe pero no recolecta datos, procesa, analiza y difunde la información (por día, semana, mes, año, disciplina, tratamientos realizados o en ejecución, etc.), lo que se considera inadecuado en un servicio de salud, ya que si no existe un monitoreo continuo y una evaluación constante no se puede verificar el logro de objetivos trazados; además el no contar con información actualizada, completa y oportuna es inaceptable para la adecuada toma de decisiones. (Tabla 3)

En relación al estado físico de las unidades dentales, se encontró que la mayoría funcionan de forma aceptable: sillones (98%), taburetes (99%), lámparas (97%), sin embargo funcionan de forma inaceptable: la baja velocidad (42%), alta velocidad (35%), eyectores de saliva - agua (31%) y jeringas triples (12%). (Tabla 4)

En relación con estos resultados se indica que la alta y baja velocidad no funcionaban adecuadamente debido a que estaban descalibradas, lo que produce que la turbina y el micromotor se puedan dañar; los eyectores de saliva - agua tampoco trabajaban de forma aceptable debido a que no succionaban y no sellaban completamente; algunas jeringas triples tampoco funcionaban de forma aceptable debido a que no tiraban agua, aire o mezcla de agua-aire y presentaban goteo; por ello es necesario considerar esta información, ya que esto afecta el resultado de los tratamientos dentales, y esto a la larga, incrementa el costo de la atención.

En relación al estado físico del equipo dental auxiliar (compresor dental, aparatos de rayos X, máquina reveladora y máquina de esterilización del instrumental dental), se encontró que todos funcionaban adecuadamente, debido a que recientemente se les había dado mantenimiento, lo que permite y ayuda a la prestación de un servicio de calidad, aumentando la efectividad, eficiencia, producción y competitividad; reduciendo el costo de la atención y elevando la calidad de la misma. (Tabla 5)

En relación con los resultados encontrados de la estructura organizacional y estado físico del equipo dental, no se tiene referencia de resultados en estudios previos, por lo que solo se analizan e interpretan.

Calidad, relacionada con el proceso de atención:

La evaluación de los procesos de la atención se refiere al funcionamiento o actividad de la prestación de la atención que brinda el profesional y personal de apoyo a los usuarios, es decir, las relaciones interpersonales (calidad interpersonal), conocimientos, competencias, habilidades, destrezas, tecnología y otros (calidad científico técnica).⁽¹⁻²⁷⁾

El motivo de consulta, para la mayoría de los usuarios(as) fue arreglarse la boca (54%), dolor dentario (18%), revisión de rutina (9%); estos difieren con los reportados por Flores Lara⁽⁶⁶⁾ debido a que el principal motivo de consulta en su estudio fue examen de rutina (45%), pero en segundo lugar menciona dolor dentario (22%), similar al encontrado en este estudio.

En relación al tercer resultado encontrado en este estudio (revisión de rutina), podría interpretarse como que un gran porcentaje de usuarios(as) son personas de mediana edad (dieciocho a cuarenta y nueve años), con un nivel de escolaridad adecuado (diversificado a universitario completo), por lo que se deduce que conocen la importancia del cuidado de salud general y bucal (nivel de prevención primario). En relación al segundo resultado (dolor dentario), podría entenderse como que el usuario busca evitar daños más severos a mediano o largo plazo, por lo que acuden para obtener un diagnóstico y tratamiento temprano y oportuno (nivel de prevención secundario). En relación al primer resultado (arreglarse la boca), cuando se les realiza el examen de

diagnóstico clínico bucal presentan caries dental (incipiente a moderada), problemas en las encías, obturaciones deficientes, problemas estéticos, piezas perdidas u otros por lo que es necesario rehabilitarlos (nivel de prevención terciario). (Tabla 6)

El tiempo que ha permanecido en sala de espera, la mayoría de los usuarios(as) (69%) consideraron que es menor de quince minutos; similar a lo reportado por Salazar de Santiago⁽³⁵⁾ quien menciona que ese tiempo era corto (74.2%, entre cero a quince minutos); Camejo ER⁽⁶³⁾ indica que ese tiempo fue inmediato (83%); Gonzales Nerea⁽⁶⁴⁾ dice que los usuarios se mostraron satisfechos con el tiempo de espera (70%); Colunga, López, Aguayo, Canales⁽⁶⁸⁾, encontraron que el tiempo de espera era adecuado (68%); Ramírez Sánchez, Nájera Aguilar, Nigenda López⁽⁵⁹⁾ reportaron que ese tiempo fue largo (23.7%); a diferencia de lo indicado por Seclen Palacín⁽⁶⁰⁾ quien señala que ese tiempo fue prolongado (49.4%); Ortiz Espinosa⁽⁶⁵⁾ dice que el tiempo de espera era largo (72,93%), más de sesenta minutos y Aranguen Ibarra⁽⁶⁷⁾ indica que era malo (50%) y que debería disminuirse. Con base en el resultado obtenido en este estudio; se considera que es un proceso de atención aceptable y que se debe mantener o mejorar ya que influye grandemente en la calidad de la atención. (Tabla 6)

El tiempo aproximado que ha permanecido bajo tratamiento dental por cita, la mayoría de los usuarios(as) (98%) opinó que es menor de cuatro horas, lo que se consideró entre regular (menor de cuatro horas) a bueno (menor de dos horas); no se comparó con otros resultados por no existir ningún referente. Este resultado se pueden explicar, que debido a la diversidad y complejidad de procedimientos odontológicos existentes y que cada paso clínico debe ser supervisado y aceptado bajo firma por un docente, los tratamientos pueden ser realizados en menor o mayor tiempo; además las diferentes disciplinas del servicio asignan esos tiempos para la ejecución de los mismos. (Tabla 6)

En relación al trato personal recibido, la totalidad de los usuarios(as) consideró haber recibido un trato amable; resultados similares (trato amable y respetuoso) fueron reportados por Ponce Guevara⁽³⁴⁾ (60%); Coria Fierros⁽⁴⁵⁾ (estudio comparativo: 96%, 94% y 96% respectivamente); Seclen Palacín⁽⁶⁰⁾ (60.2%), Puentes Rosas⁽⁶¹⁾ (94.3%), Gonzales Nerea⁽⁶⁴⁾ (80%); Camejo ER⁽⁶³⁾ (51%); Flores Lara⁽⁶⁶⁾ (88%), Colunga, López, Aguayo, Canales⁽⁶⁸⁾ (78%); Ramírez Sánchez, Nájera Aguilar, Nigenda López⁽⁶⁹⁾ (23.2%); a diferencia de lo reportado por Ortiz Espinosa⁽⁶⁵⁾ quién indica que el trato fue descortés (69.57%).

Ante este resultado encontrado, se indica que el éxito de un servicio de salud está dado al evaluar diferentes variables y dimensiones, sin embargo es sabido que el factor que posiblemente más incide en el usuario(a) es el trato recibido por el personal que lo atiende, como lo advierte Donabedian⁽⁶⁵⁾: "los pacientes son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento para juzgar la calidad de la atención, por lo que la dimensión interpersonal cobra una gran importancia". Este trato amable puede

ser interpretado como lo expresaron algunos usuarios(as) como calidez, amabilidad, cariño, paciencia y comprensión, por lo que este proceso se consideró aceptable. (Tabla 6)

Sobre la confidencialidad en el manejo de sus datos clínicos, la mayoría de los usuarios(as) (87%) consideró que estos habían sido manejados de forma confidencial; similar a lo reportado por Ponce Guevara⁽³⁴⁾ (95%) y Puentes Rosas⁽⁶¹⁾ (85.5%). (Tabla 6)

Con base en el resultado obtenido, se indica que el manejo confidencial de los datos de los pacientes es un componente ético importante que debe ser aplicado en todo servicio de salud, como lo expresaron los usuarios(as) indicando que el manejo de estos había sido realizado únicamente por personal autorizado, por lo que este proceso de atención se consideró aceptable.

La mayoría de los usuarios(as) (99%) consideró haber sido informados continuamente en relación a su tratamiento dental, que la información brindada fue adecuada (97%) y comprendida (94%); resultados similares en relación a la comunicación adecuada fueron reportados por Ponce Guevara⁽³⁴⁾ (93%); Salazar⁽³⁵⁾ (95.8%); Coria Fierros⁽⁴⁵⁾ (estudio comparativo: 88%, 89%, 82%); Puentes Rosas⁽⁶¹⁾ (82.8%); Gonzales Nerea⁽⁶⁴⁾ (85%); Aranguen Ibarra⁽⁶⁷⁾ (60%); Colunga, López, Aguayo, Canales⁽⁶⁸⁾ (79%).

Los resultados anteriormente descritos, se consideraron aceptables, ya que es sabido que los pacientes tienen derecho a ser informados en todo momento para la adecuada toma de decisiones sobre su tratamiento terapéutico. Sin embargo, algunos usuarios(as) expresaron que a veces al ser informados no comprendían la información brindada, debido al uso de terminología de tipo odontológico (tecnicismos). (Tabla 7)

En cuanto a la forma de citar al paciente, la mayoría de los usuarios(as) (93%) consideró que es adecuada; similar a lo indicado por Flores Lara⁽⁶⁶⁾ (88%); a diferencia de lo encontrado por Aranguen Ibarra⁽⁶⁷⁾ que refiere que la forma de citar era mala por ser tardada (47%).

En el servicio de la clínica dental, la forma de citar al usuario la realiza el propio odontólogo practicante (O.P.) y se torna personalizada, lo que la mayoría consideró como adecuada; sin embargo, algunos expresaron que es necesario que la institución sea quien les cite formalmente, ya que el estudiante muchas veces no logra comunicarse con el paciente, les cambia o cancela las citas de un momento a otro lo que consideran que no es correcto o algunas veces el paciente no logra comunicarse con el practicante cuando necesita consultar en relación a fecha y hora de su cita o realizar algún cambio de la misma o por ejemplo después de que se les realizó algún tratamiento dental les queda cierta molestia o dolor y no logra localizarlo; por lo que se debería de tener una vía formal para citarlos y poder hacer cualquier tipo de consulta, es decir un proceso centralizado. (Tabla 7)

Sobre poseer conocimiento para realizar y dirigir los tratamientos dentales, la mayoría de los usuarios(as) (94%) consideró que el estudiante si posee el conocimiento para realizarlos; asimismo, la mayoría de los usuarios(as) (93%) consideró que el docente si posee el conocimiento para dirigirlos; similar a lo reportado por Ponce Guevara⁽³⁴⁾ (95%) y Flores Lara⁽⁶⁶⁾ (88%). En relación a los resultados encontrados en este estudio, en ambos casos se manifestó que la calidad científico técnica es evidente, por lo que estos proceso se consideraron aceptables e importantes para la calidad de la atención. (Tabla 8)

En relación a ser tomado en cuenta al momento de realizarse un cambio de plan de tratamiento, la mayoría de los usuarios(as) (79%) consideró que si lo han sido; no se compara con resultados de otros estudios por no haber referentes. Ante este resultado, es importante mencionar que el usuario(a) debe ser informado y tomado en cuenta en todo el proceso de su atención, ya que la información que él brinda o se le da, es necesaria para la toma de decisiones al momento de elegir su tratamiento terapéutico, sobre todo si el cambio de plan conlleva decisiones de tipo económico. (Tabla 8)

Es de hacer notar que los planes de tratamiento que se diseñan para los pacientes en la Facultad son ideales y apegados al proceso de enseñanza aprendizaje, sin embargo puede ser cambiado por diferentes motivos: por un diagnóstico no adecuado, porque al momento de realizar el tratamiento se considera que otro sería el mejor, por iatrogenia, en algunos casos porque el precio del tratamiento excede la capacidad de pago del usuario; por lo que la decisión final debe ser tomada por el paciente siempre y cuando halla sido informado adecuadamente y se le presenten alternativas de solución soportadas científicamente.

La mayoría de usuarios(as) (82%) consideró que la causa o motivo de consulta por la que asistió por primera vez, fue resuelta inmediatamente; similar a lo reportado por Ponce Guevara⁽³⁴⁾ (92%); Camejo ER⁽⁶³⁾ (80%) Ortiz Espinosa⁽⁶⁵⁾ (62.33), Flores Lara⁽⁶⁶⁾ (80%), Colunga, López, Aguayo, Canales⁽⁶⁸⁾ (80%). (Tabla 8)

En relación a este resultado, la búsqueda de la solución de una urgencia, necesidad, motivo de consulta o problema de salud de forma inmediata en un servicio es importante, ya que el paciente llega con dolor, molestias u otros que deben ser resueltos con prontitud y esmero, por lo que este proceso se consideró aceptable ya que estos habían sido resueltos inmediatamente, lo que evidencia la capacidad del servicio para resolverlos y confirma la calidad científico técnica adecuada de los proveedores.

Sin embargo, algunos expresaron que su problema no había sido solucionado inmediatamente, a ese respecto se puede indicar, que previo a ser tratado, el motivo de consulta inicial, deben ser realizados otros tratamientos para garantizar mejores resultados. A esto se agrega, que el diseño del plan de

tratamiento se realiza priorizando el grado de severidad de lesiones o problemas bucales que presenta y en ese orden se les da solución, por lo que muchas veces el motivo de consulta original no es realmente prioritario y se resuelve a mediano o largo plazo, por lo que el resultado obtenido se consideró como un proceso aceptable.

Calidad, relacionada con las amenidades que posee el servicio:

La evaluación de las amenidades, cualidades deseables, entorno o comodidades que debe poseer el lugar en donde se brinda el servicio; iluminación, ventilación, limpieza, sala de espera cómoda, música, teléfono, seguridad, servicios sanitarios adecuados, etc. ⁽¹⁻²⁷⁾

La mayoría de usuarios(as) consideró que la clínica dental es amplia (96%); ventilada (94%); la totalidad (100%) indicó que es iluminada; que los servicios sanitarios son adecuados (59%) y que estaba completamente limpia (68%); similar a lo encontrado por Ponce Guevara⁽³⁴⁾ en relación a que era adecuada la ventilación (65%), iluminación (71%), limpieza (43%); Salazar de Santiago⁽³⁵⁾ reportó que era adecuada la ventilación (58.3%), iluminación (73%) y limpieza (70%); en relación a la limpieza Puentes Rosas⁽⁶¹⁾ indica que era adecuada (71.2%), así como Gonzales Nerea⁽⁶⁴⁾ (87.1%) y Colunga, López, Aguayo, Canales⁽⁶⁸⁾ quienes de forma general indicaron que la comodidad de las instalaciones era adecuada (80%); resultados diferentes en relación a los servicios sanitarios fueron reportados por Ortiz Espinosa⁽⁶⁵⁾ quien menciona que estaban en malas condiciones (26.29%). (Tabla 9)

Con base en estos resultados se consideraron como aceptables, sin embargo, algunos usuarios(as) indicaron que los servicios sanitarios no eran adecuados por no haber la cantidad suficiente, a veces falta agua, papel, limpieza y hay presencia de mal olor. En relación a la limpieza del servicio, algunos indicaron que el ámbito clínico no lo estaba completamente y que había que mejorarla eliminando la basura tirada en el piso, líquidos derramados, mal olor, manchas en paredes, vidrios y equipo dental sucio.

Calidad, relacionada con el resultado de la atención:

La evaluación del resultado de la atención en los servicios de salud hace referencia a lo que el usuario obtiene, específicamente supone un cambio en el estado de salud ya sea para bien o para mal y que puede atribuirse a la atención recibida. Además incluye algo muy importante que es la satisfacción u opinión del usuario; es decir, un juicio de valor o consideración que realiza sobre la calidad de la atención recibida y esperada, lo que contribuye a la mejora continua de la calidad de la atención y que además, lo hace participe de la misma. ^(8, 28)

En relación a la opinión del usuario encuestado sobre la calidad de la atención recibida, la mayoría (96%) consideró de forma general que la calidad de la atención está en el rango de buena a excelente, entendiéndose como buena (25%), cuando la satisfacción es parcial, es decir, que se va con sus molestias solucionadas; muy buena (40%), cuando la satisfacción es completa; excelente (31%), cuando se superan sus expectativas, dichos de otra manera, el servicio fue más allá de lo esperado; por lo que estos resultados se consideraron como meritorios para la Institución.

Resultados similares fueron reportados por Salazar de Santiago⁽³⁵⁾ quien indica que la calidad de la atención era buena (65.8%) y muy buena (34.2%); Carrillo Tarascio⁽³⁹⁾, dice que la mayoría de usuarios están satisfechos con la atención recibida (76%); Ramírez Sánchez, Nájera Aguilar, Nigenda López⁽⁵⁹⁾ muestra que la mayoría calificó la calidad de la atención como buena (81.2%); Seclen Palacín⁽⁶⁰⁾ reporta que la mayoría la calificó como buena (58,6%); Massip Pérez⁽⁵⁰⁾ señala que en un metanálisis de doscientos estudios de Hall y Dornan determinó que la satisfacción del usuario en relación a la calidad de la atención fue buena (76%); Camejo ER.⁽⁶³⁾ refiere que la calidad de la atención recibida era alta (95%); Ortiz Espinosa⁽⁶⁵⁾ describe que la calidad de la atención fue percibida como buena (71.37%); Flores Lara⁽⁶⁶⁾ revela que esta fue calificada como muy buena (45%), buena (52%) y regular (3%); Aranguen Ibarra⁽⁶⁷⁾ expresa que la calidad de la atención fue calificada entre buena y excelente (87%); Colunga, López, Aguayo, Canales⁽⁶⁸⁾ dicen que la calidad de la atención fue buena (80%); Ramírez Sánchez, Nájera Aguilar, Nigenda López⁽⁶⁹⁾ encontraron que los usuarios percibieron la calidad de la atención como buena (81.2%). (Tabla 10)

Sobre la base del último resultado, la calidad de la atención, actualmente, constituye un aspecto imprescindible en cualquier actividad que el ser humano realice en toda organización y sobre todo en la atención que se brinde en los servicios de salud.

Una forma de evaluarla es a través de la opinión del usuario, quien la define y juzga, por lo que se consideró que entre los factores o variables que más se valoran está el trato que el personal de salud le brinda, el cual debe ser adecuado, entendiéndose como digno, cálido, humano, respetuoso, cortés, amigable, comprensible; además con alta capacidad resolutoria de sus problemas o necesidades (disposición, prontitud y esmero) en la que interviene la calidad científica del proveedor (conocimientos, habilidades y destrezas); la calidad técnica (tecnología, equipos modernos y en buen estado); precio justo y acorde al ingreso del usuario; adecuada accesibilidad (distancia, tiempo de llegada, forma de transportarse); la calidad interpersonal que se realiza en la interacción médico-paciente, brindándole horarios de atención adecuados para dar oportunidad a la mayoría de usuarios; tiempos de espera cortos, tiempos de atención acordes al tipo de tratamiento que se les realiza; comunicación en ambas vías (adecuada, continua y comprendida); confidencialidad en el manejo

de sus datos; amenidades o comodidades aceptables (amplitud, ventilación, iluminación, limpieza).

Sin embargo, el resultado obtenido sobre la calidad de la atención recibida por los usuarios(as), sin ánimo de desmerecerlo, se puede interpretar como que algunos de los pacientes que asisten al servicio, por su situación económica nunca han asistido a una clínica dental, lo que podría incidir en el momento de evaluar la calidad de la atención y calificarla de forma condescendiente por no tener un parámetro de comparación.

Ante el último cuestionamiento sobre la calidad de la atención recibida en la clínica dental, se le solicitó al usuario(a) que explicara por qué la consideraba así. El 47%, respondió que algunas de las razones de haber dado esa calificación se debía al buen trato recibido, amabilidad, cariño, calidez, paciencia, comprensión, rapidez de la atención, horario conveniente, puntualidad, responsabilidad del personal que brinda el servicio, precio justo, conocimientos necesarios por parte del estudiante y del docente para ejecutar y dirigir los tratamientos dentales.

Además, se le brindó la oportunidad de anotar de forma breve alguna observación que quisiera hacer y que ayudará a mejorar la calidad de la atención del servicio. El 40% respondió la pregunta, indicando que algunos docentes no poseen un criterio unificado para evaluar los tratamientos dentales realizados por el estudiante, ya que uno los califica como aceptables y el siguiente como inaceptables.

También refirieron que hay que esperar mucho tiempo al docente para que revise el tratamiento realizado, lo que es una pérdida de tiempo, tanto para el paciente como para el estudiante.

Además, cuando se les da cita a los usuarios(as), por falta de sillones dentales o por estar descompuestos no pueden ser atendidos, lo que retrasa el proceso de atención. También indicaron que algunos procesos son demasiado tardados y burocráticos. Cabe mencionar que en algunos casos, el estudiante irresponsablemente da cita al paciente sin haber apartado lugar en la disciplina en la que va a trabajar, lo que retrasa aún más la atención.

Entre las limitaciones encontradas para la realización de este estudio, estuvo que la institución no cuenta con un sistema de información adecuado, que proporcione con exactitud datos e información de los usuarios(as), razón por la que no se pudo establecer el marco muestral y se seleccionó una muestra no probabilística (no aleatoria, no representativa), por lo que los datos obtenidos son válidos únicamente para este contexto y no pueden extrapolarse a otro.

Otra limitante en la investigación fue la escasa bibliografía encontrada sobre estudios científicos en relación con la evaluación de la calidad de servicios de atención odontológica.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de los usuarios(as) de la clínica dental indican que, en su mayoría, son personas comprendidas entre dieciocho y cuarenta y nueve años de edad (84%), sexo femenino (67%), casados (47%), con hijos (63%), amas de casa (34%), grado de escolaridad diversificado completo (22%), ingreso mensual menor de dos mil quetzales (78%).
2. En relación a la accesibilidad, la mayoría de usuarios(as) indicó que la distancia de la casa al servicio es de más de diez kilómetros (45%), el tiempo de llegada de la casa al servicio está entre treinta y un minutos a una hora (44%) y del trabajo al servicio más de una hora (19%), especificando transportarse en bus urbano (85%).
3. La estructura organizacional que regula el funcionamiento de la clínica dental, en su mayoría, es aceptable debido a que existe el organigrama, manual de funciones y responsabilidades para personal de Dirección de Clínicas, contrato de prestación del servicio, documento de información al usuario(a) sobre el ingreso y atención; es inaceptable la ausencia de un normativo que regule la actividad clínica y la falta del sistema de información.
4. El estado físico del equipo, denominado unidad dental, en su mayoría, funciona de forma aceptable, los sillones (98%), taburetes (99%), lámparas (97%), sin embargo, no funcionan de forma aceptable la baja velocidad (42%), alta velocidad (35%), eyectores de saliva - agua (31%) y jeringa triple (12%). El equipo dental auxiliar, compresor dental, aparatos de rayos X, máquina reveladora y máquina de esterilización del instrumental dental, en su totalidad (100%) funciona de forma aceptable.
5. La mayoría consideró como aceptable o bueno, el tiempo en sala de espera (69%), en el sillón dental (98%), trato recibido (100%), manejo confidencial de sus datos clínicos (87%), información continua (99%), adecuada (97%), comprendida (94%), forma de citarlos (93%), conocimiento del estudiante (94%) y docente (93%), ser tomados en cuenta al realizar un cambio en su plan de tratamiento (79%) y que su motivo de consulta inicial ha sido solucionado de forma inmediata (82%).

6. La mayoría de usuarios(as) consideraron aceptables las amenidades que posee el servicio, indicando que era amplia (96%), ventilada (94%), iluminada (100%), servicios sanitarios adecuados (59%), completamente limpia (68%), una menor proporción no las consideraron así.

7. La calidad de la atención recibida para la mayoría de usuarios(as) está entre buena a excelente (buena (25%), muy buena (40%), excelente (31%)).

CAPÍTULO IX

RECOMENDACIONES

1. A Dirección de Clínicas, diseñar y proponer un normativo que regule las actividades de la clínica dental y a las autoridades de la Facultad, aprobarlo.
2. A Dirección de Clínicas, diseñar un sistema integrado de información gerencial, que unifique todos los procesos administrativos – clínicos, para la adecuada toma de decisiones y a las autoridades de la Facultad, apoyar su implementación.
3. A Dirección de Clínicas, revisar y dar mantenimiento constantemente al equipo dental, ya que su buen estado aumenta la producción de tratamientos dentales, disminuye el costo y eleva la calidad de la atención.
4. A la Facultad de Odontología (autoridades, docentes, estudiantes, personal administrativo) a corto, mediano y largo plazo; tomar en consideración las debilidades y problemas identificados en el estudio, para la mejora continua de la calidad de la atención brindada por la clínica dental.

CAPÍTULO X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ardón Centeno NR. Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud por indicadores en los hospitales de I, II y III nivel de atención. Bogotá, 2003. [en línea] 2003 [accesado el 12 de junio de 2009] disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art284.htm>
2. Rodríguez Uribe W. Planeación del desarrollo de un programa continuo para la implantación de sistemas de garantía de calidad de servicios de salud. Santafé de Bogotá: Carrera, 1996.
3. Chang De la Rosa M, Alemán Lage MC, García R. Evaluación de la calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias del municipio 10 de octubre, 1997 Rev. Cubana Salud Pública 2000; 24(2):110-6
4. Guix Oliver Joan. Calidad en salud pública. Gac Sanit [revista en línea]. 2005 Aug [accesado el 04 de septiembre de 2009]; 19(4): 325-332. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000400010&lng=en.
5. Donabedian A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1990.
6. Márquez Filiu M. Folleto para evaluar la calidad de la estomatología general integral. [en línea] [s.f.] [accesado el 05 de enero de 2009] disponible en: uh.cu/infogral/areasuh/.../Calidad/calidad03/Servicios/folleto1.doc
7. Martínez RA, Van-Dick PMÁ, Nápoles Rodríguez F, Robles Uribe J, Ramos Ramos A, Villaseñor Urrea I. Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. Cad. Saúde Pública [revista en línea]. 1996 sep [accesado el 04 de septiembre de 2009] 12(3): 399-403 disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000300013&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1996000300013.
8. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. CMJ 2003, 44(5):655-657.
9. Donabedian A. Criteria norms and standards of quality, what do they mean. AJPH april 1981; 71: 409–412.
10. Otero MJ. Que es calidad en salud. [en línea] 2004 [accesado el 05 de enero de 2009] disponible en: <http://www.odontomarketing.com>

11. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev. Cubana Salud Pública [revista en línea] 2004 mar [accesado el 21 de julio de 2009]; 30(1) disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&nrm=iso.
12. Girón Manuel BB, Medina Elisa STM. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev. Esp. Salud Publica [revista en línea] 2002 oct [accesado el 03 de septiembre de 2009] 76(5): 561-575 disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500016&lng=en. doi: 10.1590/S1135-57272002000500016.
13. Lorenzo S, Donabedian A. Estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria. [comentario] Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 10
14. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 11 – 27.
15. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 29 – 38.
16. Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszewianski L. Calidad, coste y salud: un modelo integrador. Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 40 – 52.
17. Mira JJ, Donabedian A. La influencia de los factores socioeconómicos sobre la calidad asistencial. [comentario] Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 53.
18. Donabedian A. Epidemiología de la calidad. Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 54 – 62.
19. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 64 – 66.
20. Ureña V, Donabedian A. Relevancia de los criterios y estándares para la evaluación y mejora de la calidad. [comentario] Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 67.
21. Donabedian A. Criterios y estándares para evaluar y monitorizar la calidad. Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 68 – 78.
22. Suñol R, Donabedian A. Reflexiones sobre la calidad asistencial. [comentario] Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 79.

23. Donabedian A. La calidad de la asistencia. Como podría ser evaluada. Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 80 – 87.
24. Donabedian A. Evaluación de tecnología y calidad. Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 89 – 94.
25. Saturno PJ, Donabedian A. El papel de los consumidores en la garantía de la calidad en los servicios de salud: una lección ética. [comentario] Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 101.
26. Donabedian A. Garantía de calidad en la atención en salud: el papel del consumidor. Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 102 – 106.
27. Rashad MR, Donabedian A. Quien es el responsable de la gestión de la Calidad asistencial. [comentario] Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 107.
28. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología. Currículo de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Documento aprobado por el Consejo Superior Universitario en el punto Quinto, del Acta No. 38-98, del 25 de noviembre de 1998. Guatemala: USAC, FO, 1998.
29. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología. Reglamento de evaluación con fines de promoción para estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala: USAC. FO, 2005. (Entra en vigencia 01 de enero 2006).
30. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología, Comisión de Docencia del Órgano Regulador del Currículo. Informe paciente integral. Guatemala: USAC. FO, 2008.
31. López Calderón J. Gestión de calidad en el laboratorio clínico. Norma ISO 15189. Curso de Auditoria y Garantía de Calidad. [monografía en línea] 1999 [accesado el 05 de enero de 2009] disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos3/controlcalidad/controlcalidad.shtml?monosearch>
32. Buzzo C. Calidad total. [en línea] [s.f.][accesado el 05 de enero de 2009] disponible en: <http://www.acadaonline.com.ar/calidadtotaldrbuzzo.htm>
33. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The milbank quarterly. 2005; 83(4): 691–729.

34. Ponce Guevara JF. Calidad de la atención a partir de la percepción de usuarios(as) y los(as) prestadores(as) de servicios de salud en la unidad de salud Dr. José María Ochoa. Comayagua, Honduras, Mayo, 2004. [Tesis Magister]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 2004.
35. Salazar de Santiago A. Evaluación de la calidad de la atención de caries dental en una clínica de la Facultad Odontología de la Universidad autónoma de Zacatecas, México. [en línea] [s.f.] [accesado el 05 de enero de 2009] disponible en: www.monografias.com
36. Frenk J, Donabedian A. Criterios y métodos de evaluación de la calidad asistencial. [comentario] Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 28.
37. Bohigas J, Donabedian A. Calidad y economía. [comentario] Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 39.
38. Serrato MY. El auditor odontológico y la calidad en los servicios de salud oral. [en línea] 2001 [accesado el 25 de agosto de 2009] disponible en: http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_30_JULIO_2001.htm
39. Carrillo Tarascio D, Romero Uzategui YC. Evaluación de calidad de la atención odontológica de los servicios de salud adscritos a la corporación merideña de salud en el municipio Libertador del Estado Mérida 2005. Acta Odontol. Venez. [revista en línea] 2007 [accesado el 23 agosto 2009] 45(2): 98-203 disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000200012&lng=es&nrm=iso. ISSN 0001-6365.
40. Carrasco G, Donabedian A. La necesaria colaboración entre evaluación de tecnologías y evaluación de la calidad asistencial. [comentario] Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 88.
41. Orozco Africano JM. Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. [en línea] [s.f.] [accesado el 05 de enero de 2009] disponible en: <http://www.eumed.net/http://www.eumed.net/libros/2008b/408/AUDITORIA%20PARA%20EL%20MEJORAMIENTO%20DE%20LA%20CALIDAD%20DE%20LA%20ATENCION%20DE%20SALUD.htm>
42. OPS / FEPPEN. Calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe, desafíos para la enfermería. [s.l.] OPS; 2001.

43. Vidal Pineda LM, Reyes Zapata H. Diseño de un sistema de monitoria para el desarrollo de programas de garantía de calidad. Rev. Salud Pública Mex. [revista en línea] [accesado el 26 de diciembre de 2009]; 35(3):326-331 disponible en: <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001304>
44. Ruelas Barjas E. Calidad, productividad, costos. Salud Pública de México 1993; 35(3):298-304 [revista en línea] [accesado el 05 de enero de 2009] disponible en: <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001295>
45. Coria Fierros X, Guzmán Sandoval VS, Hernández Hernández E, Mares Valencia S, Martínez Alcántara R, Sosa Fernández M. La calidad en la atención odontológica de las clínicas Iztacala, Actlán y Aragón. [en línea] [s.f.] [accesado el 05 de enero de 2009] disponible en: http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXV/contenido/cartel/Calidadenlaatencartel60.htm.
46. Ramírez A. Definición del problema de la calidad de la atención médica y su abordaje científico: un modelo para la realidad mexicana. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 1995; 11(3): 456-462.
47. Kafati KA. Calidad total en el servicio al cliente. [en línea] 2001 [accesado el 05 de enero de 2009] disponible en: <http://www.infomipyme.com/Docs/GT/Offline/administracion/calidadserviciocliente.html>
48. Ugarteche Lens J. Cambio de actitudes y la calidad en servicios de salud: una experiencia personal. [en línea] 1991 [accesado el 12 de junio de 2009] disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art49.htm>
49. Serrano del Rosal R, Lorient-Arín N. La anatomía de la satisfacción del paciente. Salud Pública Mex [revista en línea] 2008 abr [accesado el 04 de septiembre de 2009] 50(2): 162-172 disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200010&lng=en. doi: 10.1590/S0036-36342008000200010.
50. Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu MC, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev. Cubana Salud Pública [revista en línea] 2008 dic [accesado el 16 de agosto de 2009] 34(4) disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es&nrm=iso.
51. Zurita B, Donabedian A. El equilibrio entre las preferencias individuales y las necesidades sociales en sanidad. [comentario] Revista Calidad Asistencial 2001: 16 Supl 1: 95.

52. Donabedian A. Los siete pilares de la calidad médica. *Revista Calidad Asistencial* 2001; 16 Supl 1: 96 – 100.
53. Otero MJ. Calidad en Odontología. [en línea] 2004 [accesado el 05 de enero de 2009] disponible en: <http://www.odontomarketing.com>
54. Jiménez Cangas L, Báez Dueñas RM, Pérez Maza B, Reyes Alvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en línea] 1996 jun [accesado el 03 de septiembre de 2009] 22(1): 15-16 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100008&lng=es&nrm=iso.
55. Mantilla J. Calidad en servicios de salud: un derecho del paciente, una obligación del profesional. [en línea] 2005 [accesado el 03 de septiembre de 2009] disponible en: http://www.webcalidad.org/articulos/cal_en_sersal.htm
56. Ramírez A. Definición del problema de la calidad de la atención médica y su abordaje científico: un modelo para la realidad mexicana. *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro*, 1995; 11(3): 456-462.
57. Granado de la Orden S, Rodríguez Rieiro C, Olmedo LMC, Chacón García A, Vigil Escribano D, Rodríguez Pérez P. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006. *Rev. Esp. Salud Publica* [revista en línea] 2007 dic [accesado el 03 de septiembre de 2009] 81(6): 637-645 disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000600007&lng=en. doi: 10.1590/S1135-57272007000600007.
58. Peralta Montesinos J. Rol de las expectativas en el juicio de satisfacción y calidad percibida del servicio. *Revista de filosofía y psicología*. 2006; 1(14):195-214.
59. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud pública Méx* [revista en línea] 1998 ene [accesado el 04 de septiembre de 2009] 40(1): 03-12 disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341998000100002&lng=en. doi: 10.1590/S0036-36341998000100002.

60. Seclen Palacín JA, Benavides Bruno JE, Velásquez Aníbal WE. Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal: experiencia en hospitales del Perú. *Rev Panam Salud Publica [revista en línea]* 2004 sep [accesado el 04 de septiembre de 2009] 16(3): 149-157 disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004000900001&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892004000900001.
61. Puentes Rosas E, Gómez Dantés O, Garrido Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Rev Panam Salud Publica [revista en línea]* 2006 jun [accesado el 04 de septiembre de 2009] 19(6): 394-402 disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000600005&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892006000600005.
62. Retamal González A, Monge Jodra V. Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos centros de salud de la provincia de Cuenca. *Rev. Esp. Salud Pública [en línea]* 2000 jun [accesado el 03 de septiembre de 2009] 74(3) disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000300005&lng=en. doi: 10.1590/S1135-57272000000300005.
63. Camejo ER, Mena Pérez N, Concepción Alfonso MI, Breijo Madera H. Nivel de satisfacción de los pacientes que acuden a un policlínico principal de urgencias. *Rev Cubana Enfermer [revista en línea]* 2003 [accesado el 16 de abril de 2009] 19(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000300002&lng=es.
64. González Nerea, Quintana JM., Bilbao A EC, San Sebastián JA, de la Sierra E. Satisfacción de los usuarios de 4 hospitales del servicio Vasco de salud. *Gac. Sanit. [revista en línea]*. 2008 jun [accesado el 04 de septiembre de 2009] 22(3): 210-217 disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000300006&lng=en.
65. Ortiz Espinosa RM, Muñoz Juárez S, Torres Carreño E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Rev. Esp. Salud Publica [revista en línea]* 2004 ago [accesado el 03 de septiembre de 2009] 78(4): 527-537 disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400010&lng=en. doi: 10.1590/S1135-57272004000400010.
66. Flores Lara N, López Camara V, Morales Estrella SL, Cortes Velásquez E. Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tláhuac, Distrito Federal. *ADM*, 2000 mar – abr; 57 (2): 45-49

67. Aranguren Ibarra Z. Medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del instituto de previsión del profesorado de la universidad central de Venezuela durante el último trimestre del 2004. Acta Odontol. Venez. [revista en línea] 2008 [accesado el 16 de agosto de 2009]; 47(1); disponible en: www.actaodontologica.com
68. Colunga Rodríguez C, López Montoya MA, Aguayo Alcaraz G, Canales Muñoz JL. Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara. Rev Cubana Salud Pública [revista en línea] 2007 sep [accesado el 03 de septiembre de 2009] 33(3) disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300012&Ing=es&nrm=iso.
69. Ramírez Sánchez Teresita de J, Nájera-Aguilar Patricia, Nigenda-López Gustavo. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud pública Mex [revista en línea]. 1998 ene [accesado el 26 de diciembre de 2009]; 40(1): 03-12. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341998000100002&Ing=es. doi: 10.1590/S0036-36341998000100002.
70. Mendoza Aquino JA. Medición de la calidad del servicio. [monografía en línea] 1999 [accesado el 05 de enero de 2009] disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos12/calser/calser.shtml>
71. Cruz Piqueras M. Calidad, opinión, satisfacción, clientes: muchos conceptos para una pregunta ¿Están orientados los servicios de salud a los usuarios? [revista en línea] [s.f.] [accesado el 25 de agosto de 2009] disponible en: <http://www.odontomarketing.com/art224ene2006.htm>
72. Duque Oliva EJ. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. Innovar, Revista de Ciencias Administrativas y Sociales. Colombia: Universidad Nacional; 2005, ene-jun: 64-80.
73. Sánchez Jacas I, Bonne Galí T, Pérez Ferrer C, Botín Díaz M. Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio Santiago de Cuba. Rev. Cubana Salud Pública [revista en línea] 2002 jun [accesado el 21 de julio de 2009] 28(1): 38-45 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000100004&Ing=es&nrm=iso
74. Moraes Novaes H de M. Programas de garantía de calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el Caribe. Rev. Salud Pública Méx. [revista en línea] [accesado el 26 de diciembre de 2009]; 35(3):248-258 disponible en: <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001265>

75. Passos Nogueira R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Washington D.C.: OPS, 1997.
76. San Martín MI, Moinelo Camporro A, Villanueva Guerra A, Andrade RC, Rivera Teijido M, Gómez Ocaña JM, Parrilla Ulloa O. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del insalud de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública. [revista en línea] 2000 [accesado el 23 agosto 2009] 74(2) disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos904/satisfaccion-laboral-insalud/satisfaccion-laboral-insalud.shtml>
77. Donabedian A. An examination of some directions in health care policy. AJPH 1973; 63(3): 243-246.
78. Álvarez Cajas VM. Tamaño de muestra: procedimientos usuales para su determinación. Centro de Estadística y Calculo Chapingo. México. Junio 1988. [Tesis Magister]: Colegio de postgraduados, Institución de enseñanza e investigación en Ciencias Agrícolas, 1988.
79. Ribeiro AI. Encuesta de satisfacción en odontología. [en línea] 2005 [accesado el 25 de agosto de 2009] disponible en: <http://www.odontomarketing.com/art179feb2005.htm>

CAPÍTULO XI
ANEXOS

Anexo No. 1

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Facultad de Odontología
Maestría en Ciencias en Salud Pública**

Calidad de la atención recibida por los usuarios(as) en la clínica dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Consentimiento Informado y Comprendido

Dentro de la misión de la clínica dental de la Facultad de Odontología, está, ofrecer un servicio dental de calidad; por lo que el objetivo de este estudio es determinar la calidad de la atención recibida por nuestros usuarios(as); lo invitamos a participar, siempre y cuando cumpla con los requisitos: saber leer y escribir, ser mayor de edad (18 años cumplidos); usuario(a) activo del servicio por más de 3 meses; aceptar formar parte del estudio.

La información que nos brinde será manejada de la siguiente forma:

- Anónima: no colocará su(s) nombre(s) y/o apellido(s), únicamente su número de (PI).
- Absoluta confidencialidad: la información brindada será manejada únicamente por mi persona.
- Participación voluntaria: su participación o no participación de ninguna forma afectará con la continuidad del servicio; no implica ningún tipo de riesgo; la información brindada será utilizada únicamente para fines de mejorar la calidad de la atención de nuestro servicio.
- Si está de acuerdo en colaborar, marque una X dentro del recuadro que corresponde y firme en la línea de al lado; si no fuese así le agradezco su atención:

Si estoy de acuerdo Firma del usuario: _____

No estoy de acuerdo

- Si ha estado de acuerdo, me acompañará a la oficina de Trabajo Social; en donde en un ambiente tranquilo, sin prisa, podrá responder el cuestionario, en todo momento le estaré acompañando por si tuviera alguna duda en las preguntas del cuestionario o del estudio.
- Para su tranquilidad, la información brindada será manejada únicamente por mi persona y quedará bajo mi resguardo, nadie más tendrá la opción de revisarla.
- Anote con lapicero su número de paciente integral (PI), fecha del día de hoy, hora.
- El cuestionario consta de 29 preguntas sencillas, de preferencia responda todas, pero si por algún motivo usted no desea responder alguna de ellas no lo haga y si desea retirarse del estudio, en cualquier momento podrá hacerlo.
- El tiempo para responder es breve, más o menos 10 minutos, marque una sola respuesta, con una X dentro de cada recuadro, estos tienen algunos números pero no les de mayor importancia, no hay respuesta correcta ni incorrecta, lo que nos interesa es su opinión sincera.
- De antemano agradecemos la colaboración brindada, al finalizar el estudio podrá conocer los resultados y deseamos que en todos nuestros servicios sea atendido como se lo merece.

Dr. Estuardo Vaides G. Docente Facultad de Odontología, USAC. Estudiante Maestría en Ciencias en SP

Anexo No. 2

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Facultad de Odontología
Maestría en Ciencias en Salud Pública

Calidad de la atención recibida por los usuarios(as) en la clínica dental de la
Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Instrumento de recolección de datos No.1: Cuestionario

Numero de PI: _____ Fecha del día de hoy: ___/___/___ Hora: ___:___

Correlativo encuesta: _____ Nombre del encuestador: Dr. Estuardo Vaides

1. Edad en años cumplidos:

18 a 33 1 34 a 49 2 50 a 65 3 más de 66 4

2. Sexo:

Masculino 1 Femenino 2

3. Estado civil:

Soltero(a) 1 Casado(a) 2 Unido(a) 3 Viudo(a) 4 Divorciado(a) 5

4. Número de hijos:

Sin hijos 1 Entre 1 y 2 2 Más de 2 3

5. Nivel de escolaridad:

Primario incompleto	<input type="checkbox"/> 1	Primario completo	<input type="checkbox"/> 2
Básico incompleto	<input type="checkbox"/> 3	Básico completo	<input type="checkbox"/> 4
Diversificado incompleto	<input type="checkbox"/> 5	Diversificado completo	<input type="checkbox"/> 6
Universitario incompleto	<input type="checkbox"/> 7	Universitario completo	<input type="checkbox"/> 8
Otro (marque y especifique)	<input type="checkbox"/> 9	_____	

6. Ingreso mensual:

Menor de Q. 2,000.00 1 Mayor de Q. 2,001.00 2

7. Trabajo u oficio:

Ama de casa 1 Estudiante 2 Jubilado(a) 3 Profesional 4
No trabajo 5 Otro (marque y especifique) 6 _____

8. Cuál fue la causa o motivo de consulta por la que asistió por primera vez a esta clínica dental:

Dolor en un diente(s) 1 Quitarme un diente 2

Arreglarme la boca 3 Revisión de rutina 4

Otro especificar 5 _____

9. Aproximadamente, a que distancia (en kilómetros) vive de esta clínica dental:

Menos de 5 km. 1

Entre 6 y 10 Km. 2

Más de 10 Km. 3

10. Aproximadamente, cuanto tiempo tarda en llegar desde su vivienda a esta clínica dental:

Menos de 30 min. 1

Entre 31 min y 1 hora 2

Más de 1 hora 3

11. Aproximadamente, cuanto tiempo tarda en llegar desde su lugar de trabajo a esta clínica dental:

Menos de 30 min. 1

Entre 31 min y 1 hora 2

Más de 1 hora 3

No trabajo 4

12. Cómo se transporta para llegar a esta clínica dental:

Vehículo propio 1

Otra forma (marque y especifique) 2 _____

13. El horario de atención de la clínica dental es de lunes a viernes, de 7:30 a 15:30 horas, considera que es adecuado para su atención:

Si 1

No (marque y especifique) 2 _____

14. Aproximadamente, cuanto tiempo calcula que ha tenido que esperar en la sala de espera para ser atendido:

Menos de 15 minutos 1

Entre 16 y 30 minutos 2

Más de 30 minutos 3

15. Aproximadamente, durante sus visitas cuanto tiempo calcula que ha tenido que estar bajo tratamiento en el sillón dental:

Menos de 2:00 horas 1

Entre 2:00 y 4:00 horas 2

Más de 4:00 horas 3

16. Considera que el trato que ha recibido de parte de las personas que lo han atendido ha sido amable:

Si 1

No 2

17. Considera que sus datos personales clínicos han sido manejados únicamente por personal autorizado:

Si 1

No 2

No se 3

18. Considera que ha sido informado(a) continuamente sobre los tratamientos dentales que se le han realizado:

Si 1

No 2

19. Considera que la información proporcionada en relación a su tratamiento dental ha sido la adecuada:

Si 1

No 2

20. Considera que la información proporcionada en relación a su tratamiento ha sido comprendida completamente por usted:

Si 1

No 2

21. Considera que la forma de dar las citas a los pacientes es adecuada:

Si 1

No 2

22. Considera que el Estudiante posee el conocimiento necesario para realizar los tratamientos dentales:

Si 1

No 2

No se 3

23. Considera que el Docente posee el conocimiento necesario para dirigir a los estudiantes en la realización de los tratamientos dentales:

Si 1

No 2

No se 3

24. Previo a realizar un cambio en su plan de tratamiento, ha sido tomado en cuenta para hacerlo:

Si 1

No 2

No ha habido aun ningún cambio en el plan de tratamiento 3

25. Considera que el precio que ha pagado por los tratamientos dentales realizados, es justo para su nivel de ingreso mensual:

Si 1

No 2

No se 3

26. Con relación a la clínica dental considera que es:

- | | | | | | | |
|--------------------------------|----|--------------------------|---|----|--------------------------|---|
| Amplia | Si | <input type="checkbox"/> | 1 | No | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ventilada | Si | <input type="checkbox"/> | 1 | No | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Iluminada | Si | <input type="checkbox"/> | 1 | No | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Servicios sanitarios adecuados | Si | <input type="checkbox"/> | 1 | No | <input type="checkbox"/> | 2 |

27. Con relación a la limpieza de la clínica dental, indique si ha observado:

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Basura tirada en el piso | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Líquidos derramados en el piso | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Mal olor en el ambiente | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Manchas de suciedad en las paredes de los ámbitos clínicos | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Vidrios sucios | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Sangre, manchas o cualquier otro tipo de suciedad en el equipo dental | <input type="checkbox"/> | 6 |
| El ambiente clínico es completamente limpio | <input type="checkbox"/> | 7 |

28. La causa o motivo de consulta por la que asistió por primera vez a esta clínica dental, fue resuelta inmediatamente:

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| Si | <input type="checkbox"/> | 1 |
| No | <input type="checkbox"/> | 2 |

29. De forma general, como considera la calidad de atención recibida en esta clínica dental:

- | | | |
|-----------|--------------------------|---|
| Excelente | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Muy buena | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Buena | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Regular | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Mala | <input type="checkbox"/> | 5 |

Si así lo desea, explique con pocas palabras por qué considera así la calidad de la atención recibida:

Si así lo desea, anote alguna observación que quisiera hacer y que ayude a mejorar la calidad de la atención de nuestro servicio dental:

Muchas Gracias por haber colaborado con la Facultad de Odontología USAC

Anexo No. 3

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Facultad de Odontología
Maestría en Ciencias en Salud Pública**

**Calidad de la atención recibida por los usuarios(as) en la clínica dental de la
Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala**

**Instructivo de llenado
Instrumento de recolección de datos No. 1: Cuestionario**

- El usuario deberá ser abordado en el ámbito clínico del servicio dental por el evaluador (investigador), quién deberá presentarse con su carné que lo identifica como Docente de esta Facultad.
- Se le explicará verbalmente el objetivo del estudio y se le invitará a participar siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión establecidos.
- Se le explicará verbalmente y por escrito que: todas sus respuestas son importantes para la institución, sobre todo su sinceridad para fines de mejorar la calidad de la atención del servicio; es una encuesta anónima; se garantiza absoluta confidencialidad; no implica ningún tipo de riesgo a su integridad; participación voluntaria, su participación o no participación de ninguna forma afectará la continuidad del servicio; libertad de responder o no las preguntas del cuestionario; libertad retirarse del estudio en el momento que lo desee; en todo momento estará acompañado por el investigador para resolver dudas sobre las preguntas del cuestionario o en relación al estudio; la información brindada quedará bajo resguardo del investigador y nadie más tendría acceso a esta; al finalizar el estudio tendrá derecho a conocer los resultados; firmar el consentimiento informado y comprendido.
- Si estuvo de acuerdo será llevado a la oficina de Trabajo Social, en donde responderá el cuestionario, el tiempo es breve, más o menos 10 minutos, se le debe indicar que marque una sola respuesta, con una X dentro de cada recuadro, estos tienen números pero que no les de mayor importancia; no hay respuesta correcta ni incorrecta, lo que más interesa es su opinión sincera.
- El evaluador, deberá anotar con lapicero negro en el cuestionario previo a ser contestado lo siguiente:
 - Número de PI del paciente.
 - Fecha de la evaluación: con números arábigos día, mes y año.
 - Hora de la evaluación: con números arábigos hora y minutos.

- Número correlativo de la encuesta (en números arábigos, del uno al cien).
- Apellido(s) y Nombre(s) completos del encuestador.
- El siguiente paso será entregarle el cuestionario al usuario.

- Si tuviera duda en alguna de las preguntas, el investigador deberá decirlo exactamente como está escrita y solamente dará explicaciones adicionales si realmente observa que el usuario(a) no comprende la pregunta.

- Para dar esta explicación se deberá hacer de forma clara, permitiendo que el usuario(a) decida sobre la respuesta que considere adecuada, recuerde que lo que se pretende medir es la percepción del usuario(a) y no la del evaluador.

- El evaluador deberá evitar influenciar las respuestas del usuario(a).

- Previo a que el usuario(a) se retire, se procederá a revisar cada una de las preguntas del cuestionario, para verificar la calidad de llenado y cuando se encuentren errores, como por ejemplo, la falta de alguna respuesta se le convidará a responderla si lo desea, en los casos que marcó dos o más respuestas se le solicitará que elija solo una y se aplicará corrector de tinta en la que no desea o se realizará alguna observación al lado de la respuesta que más prefiere.

- Al finalizar la encuesta, se le agradecerá por su colaboración.

Anexo No. 4

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Facultad de Odontología
Maestría en Ciencias en Salud Pública

Calidad de la atención recibida por los usuarios(as) en la clínica dental de la
Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Lista de cotejo No. 2: Estructura organizacional

Apellido (s) y Nombre (s) del evaluador: _____

Fecha de la evaluación: ___/___/___ Hora de la evaluación: ____:_____

Estructura Organizacional que regula el funcionamiento de la clínica dental		
Dimensión	Existe (1)	No Existe (2)
Organigrama.		
Manual de funciones y responsabilidades para el personal de Dirección de Clínicas.		
Normativo aprobado que regula la actividad clínica.		
Contrato de prestación del servicio.		
Documento de información al usuario(a) sobre el ingreso y la atención de la Clínica Dental.		
Sistema de información (recolecta datos, procesa, analiza y difunde).		

Anexo No. 5

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Facultad de Odontología
Maestría en Ciencias en Salud Pública**

**Calidad de la atención recibida por los usuarios(as) en la clínica dental de la
Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala**

Instructivo de llenado y tabla de codificación

**Lista de cotejo No. 2: Estructura organizacional
que regula el funcionamiento de la clínica dental**

El evaluador deberá anotar con lapicero negro:

- Apellido(s) y Nombre(s) completos.
- Fecha de la evaluación: con números arábigos día, mes y año.
- Hora de la evaluación: con números arábigos hora y minutos, separado por dos puntos.

En la lista de cotejo encontrará filas y columnas:

- En la primera fila se indica la dimensión a evaluar y el criterio Existe y No Existe.
- En la primera columna se indican seis dimensiones o herramientas que regulan el funcionamiento de la clínica, entre ellas: organigrama, manual de funciones y responsabilidades para el personal de Dirección de Clínicas, normativo que regula la actividad clínica, contrato de prestación del servicio, documento de información al usuario sobre el ingreso y atención de la clínica dental y sistema de información (recolecta datos, procesa, analiza y difunde).
- El evaluador deberá corroborar, conjuntamente con el Director de Clínicas, la existencia o no existencia física de estos documentos y del sistema de información (recolecta datos, procesa, analiza y difunde), marcando en la segunda y tercera columna con lapicero según tabla de codificación.

Tabla de codificación

Existe	1
No Existe	2

Anexo No. 6

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Facultad de Odontología
Maestría en Ciencias en Salud Pública**

**Calidad de la atención recibida por los usuarios(as) en la clínica dental de la
Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala**

**Lista de cotejo No. 2a:
Estado físico del equipo dental: Unidad dental**

Apellido(s) y Nombre(s) del evaluador: _____

Fecha de la evaluación: ___/___/___

Hora de la evaluación: ____:____

Estado físico del equipo dental (unidad dental)	Aceptable (1) / Inaceptable (2)														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Sillón Dental: Aceptable (1) si sube, baja y recuesta. Inaceptable (2) si no cumple con una de las funciones.															
Taburete dental: Aceptable (1) si no esta roto, sube, baja, sus rodos están completos y rodan. Inaceptable (2) si no cumple con una de las funciones.															
Alta velocidad: Aceptable (1) si al activar el reóstato el manómetro marca 30 psi Inaceptable (2) lo contrario.															
Baja velocidad: Aceptable (1) si al activarla el reóstato, el manómetro marca entre 40 a 50 psi. Inaceptable (2) lo contrario.															
Lámpara dental: Aceptable (1) si enciende. Inaceptable (2) lo contrario.															
Jeringa triple: Aceptable (1) botón uno tira agua, botón dos tira aire, juntos mezcla de aire – agua y no presenta fuga de aire o goteo de agua. Inaceptable (2) lo contrario															
Eyectores de saliva - agua: Aceptable (1) si no presenta fuga de aire y cumple la función de succión. Inaceptable (2) lo contrario.															

Anexo No. 7

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Facultad de Odontología
Maestría en Ciencias en Salud Pública**

**Calidad de la atención recibida por los usuarios(as) en la clínica dental de la
Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala**

Instructivo de llenado y tabla de codificación

Lista de cotejo No. 2a: Estado físico del equipo dental: Unidad dental

El evaluador debe anotar con lapicero negro:

- Apellido(s) y Nombre(s) completos del evaluador.
- Fecha de la evaluación: con números arábigos día, mes y año.
- Hora de la evaluación: con números arábigos hora y minutos, separado por dos puntos.

Encontrará filas y columnas:

- En la primera fila se indica la variable a evaluar y el criterio Aceptable (1) e Inaceptable (2)
- En la segunda fila se indica la dimensión y el número de unidad dental.
- En la primera columna se mencionan siete dimensiones: sillón dental, taburete dental, alta velocidad, baja velocidad, lámpara dental, jeringa triple, eyectores de saliva - agua; con su estándar de Aceptable (1) e Inaceptable (2).
- En las siguientes columnas; en los espacios vacíos debe anotar según tabla de codificación.

Tabla de codificación

Aceptable	1
Inaceptable	2

Anexo No. 8

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Facultad de Odontología
Maestría en Ciencias en Salud Pública**

**Calidad de la atención recibida por los usuarios(as) en la clínica dental de la
Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala**

**Lista de cotejo No. 2b:
Estado físico del equipo dental: Auxiliar**

Apellido (s) y Nombre (s) del evaluador: _____

Fecha de la evaluación: ___/___/___ **Hora de la evaluación:** ____:_____

Estado físico del equipo dental auxiliar	Acceptable (1) Inacceptable (2)	
Compresor dental: Acceptable (1) si al estar funcionando genera presión de aire y el manómetro marca entre 100 a 150 psi. Inacceptable (2) lo contrario.		
Aparatos de Rx.: Acceptables (1) si el ente encargado del mantenimiento y servicio, certifica su adecuado funcionamiento Inacceptable (2) lo contrario.	1	2
	3	4
	5	6
Máquina reveladora de radiografías: Acceptable (1) si el ente encargado del mantenimiento y servicio, certifica su adecuado funcionamiento. Inacceptable (2) lo contrario.		
Esterilizadores del instrumental dental: Acceptable (1) si el ente encargado del mantenimiento y servicio, certifica su adecuado funcionamiento Inacceptable (2) lo contrario.	1	2

Anexo No. 9

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Facultad de Odontología
Maestría en Ciencias en Salud Pública**

**Calidad de la atención recibida por los usuarios(as) en la clínica dental de la
Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala**

Instructivo de llenado y Tabla de codificación

Lista de cotejo No. 2b: Estado físico del equipo dental: Auxiliar

El evaluador debe anotar con lapicero negro

- Apellido(s) y Nombre(s) completos del evaluador.
- Fecha de la evaluación: con números arábigos día, mes y año.
- Hora de la evaluación: con números arábigos hora y minutos, separado por dos puntos.

Encontrará filas y columnas

- En la primera fila se indica la variable a evaluar y el criterio Aceptable (1) e Inaceptable (2)
- En la primera columna se mencionan cinco dimensiones: compresor dental, aparatos de Rx. (seis), máquina reveladora, esterilizador; con su estándar de Aceptable (1) e Inaceptable (2).
- En la segunda columna marque con lapicero según tabla de codificación.
- Observación: en el caso de los aparatos de rayos x se presentan 6 (seis) cuadros numerados (1, 2, 3, 4, 5, 6) que corresponde al número de aparato que se evaluará; en el caso de los aparatos de esterilización se presentan 2 (dos) cuadros numerados (1, 2) que corresponde al número de aparato que se evaluará.

Tabla de codificación

Aceptable	1
Inaceptable	2