



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN**



ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO ODONTOLÓGICO
DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE EN LA CLÍNICA
UNIVERSITARIA PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD CLÍNICA “BENITO
JUAREZ” 2018**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

PRESENTA:

C. D. MARTHA ESPINOSA MARTÍNEZ

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. MARÍA ISABEL DE JESÚS HERRERA

ASESORA DE TESIS

MTRA. MARÍA REBECA ROMO PINALES

CIUDAD DE MÉXICO MARZO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEÓRICO	5
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	30
JUSTIFICACIÓN	31
HIPÓTESIS	32
OBJETIVOS	32
METODOLOGÍA	33
DISEÑO ESTADÍSTICO	44
RECURSOS	45
CRONOGRAMA	46
RESULTADOS	47
DISCUSIÓN	65
CONCLUSIONES	68
PROPUESTAS	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	78

INTRODUCCIÓN

La salud como un estado de completo bienestar bio–psico-social, puede ser vista como una serie de complejas interacciones entre el individuo y su entorno; y su atención a la salud, implica una respuesta a esta compleja situación. Es por ello que se debe tener contacto entre el individuo y los servicios sanitarios como medio de abordaje a la demanda, donde deba existir un balance entre las necesidades individuales, las aspiraciones profesionales y los recursos disponibles.

Los cuidados a la salud existen para afrontar las necesidades de salud de la gente que vive en sociedad, siendo que la sociedad cambia rápidamente y con ella las necesidades y expectativas de salud. Todo sistema de salud tiene objetivos bien definidos que se orientan a ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes, por lo que la calidad en un sistema de salud implica que responda a las exigencias y necesidades de los usuarios.

Cada vez más la exigencia de los usuarios en los actuales escenarios es muy relevante, especialmente por el rol que desempeña su percepción sobre la calidad y en donde las unidades de atención para la salud al identificar sus oportunidades y debilidades, constituyen una buena ventaja competitiva y de oportunidades para afrontar la demanda.

En el sector salud, uno de los grandes desafíos es el de alcanzar mejores niveles de calidad en los servicios, por lo que en instituciones públicas como privadas del sector salud existe un creciente interés por evaluar y mejorar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención, se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités y círculos de calidad; sistemas de monitoreo, la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros instrumentos que permitan evaluar el servicio y poder garantizar una atención adecuada hacia el paciente. ¹

Como parte del sector salud es imprescindible conocer la satisfacción del paciente en la consulta odontológica, es un valor indispensable para el desarrollo del

servicio y los tratamientos dentales, este puede llegar a determinar la calidad de un servicio o producto, tanto el odontólogo como el paciente dependen de dicho factor. En el ámbito profesional, este trabajo pretende ampliar la visión del odontólogo en la medida en que su servicio satisface las necesidades de su cliente, esto se debe a una mayor la participación de la población en las consultas privadas, ya que hay una orientación a las necesidades especiales de cada uno. En el ámbito académico se pretende educar a los futuros profesionales, mediante prácticas que le permitan visualizar la importancia de la satisfacción del paciente, una vez que solicite los servicios odontológicos al alumno que presta sus servicios como profesional colegiado. Ya que cada día la gente busca encontrar un Odontólogo que, brinde sus servicios con calidad y eficiencia, para obtener un resultado efectivo. Debemos recordar o hacer ver a los futuros odontólogos que no serán los únicos que se encontrarán desarrollando sus actividades en la población, sino que tendrán competencia laboral, lo que les debe preocupar para ofrecer una mejor atención. ²

En el presente estudio, la calidad de los servicios la evaluará el paciente, ya que es la persona indicada para describir la atención que recibió, e incluye aspectos relacionados con el proceso, la estructura y el resultado durante la atención recibida, donde a partir de los usuarios que asisten a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) Benito Juárez; se obtendrá información sobre el nivel de satisfacción del usuario y con ello facilitar la toma de decisiones para mejorar el servicio otorgado.

Con este estudio se pretende hacer una revisión de los aspectos que brinden una adecuada atención y garantizar un servicio de calidad que trascienda en la mejoría de la salud del paciente y por ende la satisfacción del usuario.

MARCO TEÓRICO

La evaluación de la calidad de los servicios de salud se inició a nivel mundial en las primeras décadas del siglo XX y posteriormente se convirtió en una herramienta indispensable para dar un giro al funcionamiento de los sistemas de salud. Por ello, a partir de los años 1990 la calidad de la atención incorporó mediciones acerca de la satisfacción de los pacientes, estableciendo un elemento importante para la evaluación de los servicios de salud. ³

En los últimos años se ha incrementado el interés por el tema de evaluación de la calidad. Este fenómeno es el resultado del cuestionamiento de la práctica médica por la imposibilidad de abarcar todos los conocimientos y del aumento de las competencias profesionales y económicas. Pero la calidad no es un tema exclusivo de los especialistas. Ahora son más frecuentes los cuestionamientos de los pacientes sobre la atención que se les brinda, y no sólo con referencia a los aspectos de bienestar o trato sino también sobre aspectos del desarrollo técnico de la atención. ⁴

En México se ha seguido esta tendencia ya que el auge del modelo de *competencia administrada*, que entrega a las fuerzas del mercado la administración de los servicios de salud, obliga a los proveedores locales a competir por calidad, precio y satisfacción del consumidor, como medios para obtener los beneficios y permanecer en el mercado. ⁵

Servicios

El concepto de servicios referido por Harrington J y Harrington JS (1997), lo menciona como una contribución al bienestar de los demás y mano de obra útil que proporciona un bien tangible, mientras que Fontalvo y Vergara, lo definen como un proceso de servicios, como la generación de un bien intangible que proporciona bienestar a los clientes. ⁶

Por otro lado, una organización de servicios la podemos entender como aquella que, dentro de los resultados con la interacción de sus usuarios, se caracteriza por desarrollar transacciones en beneficio de éstos, que proporcionan conocimientos o información a sus pacientes. Muchas organizaciones, aunque suministran un bien tangible, se distinguen en el mercado porque ofrecen un servicio adicional que las caracteriza (servicio intangible). ⁶

El conocimiento del odontólogo para la atención es vital para complacer las necesidades de los pacientes. El dentista debe mostrar confianza en todo momento y evidenciar que es él quien toma las mejores decisiones. Hay investigaciones que reportan que el conocimiento del odontólogo da mayor confianza hacia los pacientes ya que éstos se sienten más cómodos. ²

Propiedades de los servicios

Cuando se analizan procesos de servicios encontramos que éstos presentan una serie de características y propiedades entre las cuales podríamos mencionar:

- Los servicios, como se menciona anteriormente, son intangibles.
- Los servicios se prestan por única vez.
- Los servicios se producen y consumen de forma simultánea.
- En el proceso de prestación de servicio, el cliente juega un papel importante.
- Una vez prestado el servicio no se puede corregir.
- Para garantizar la calidad en la prestación del servicio hay que planificar la

Prestación de este con antelación.

- Deben establecerse responsabilidades concretas para satisfacer las características y expectativas del cliente.
- La prestación del servicio es muy personal, es decir, la calidad casi está determinada por un servicio que se presta de manera personal.
- La calidad en el servicio logra la satisfacción del cliente.
- En la prestación del servicio es difícil la estandarización, por lo cual existen muchas posibilidades de cometer errores.
- La prestación del servicio se caracteriza por transacciones directas.
- En esta prestación intervienen una cantidad elevada de procesos.
- La prestación del servicio se caracteriza porque en ella se realizan muchas transacciones.
- Existe una retroalimentación directa con el cliente en el momento de la prestación del servicio.
- Muchas veces la prestación de un servicio (algo intangible) está asociado o interviene con un bien tangible.
- La prestación no adecuada del servicio determina la pérdida inmediata de un cliente.

El servicio es la herramienta más poderosa con la que cuenta una organización, sin importar si esta es unifamiliar o corporativa; es la única vía para poder competir en un mercado altamente tecnificado y globalizado, porque conseguir la fidelidad y confianza de un cliente, sólo puede lograrse cuando se han desarrollado todas las actividades necesarias, tanto técnicas, personales o ideológicas, que permitan que la confianza que hoy nos entrega no se vea nunca defraudada. ⁷

Servicios de Salud

Los servicios de salud son los prestados por médicos, odontólogos, enfermeras y el resto del personal de salud de hospitales, consultorios y clínicas, con el propósito de conservar o restablecer la salud. Estos se dividen en dos categorías: los *preventivos*, destinados a mantener la salud del individuo, y los *curativos y de rehabilitación*, cuya finalidad es devolver la salud a los enfermos e incapacitados. ⁸

Sistema Nacional de Salud en México

Marco normativo

La Constitución Política establece en su Artículo 4º que: «Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la Fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución». De este artículo deriva la Ley General de Salud, publicada en 1984, que establece la reglamentación sobre el derecho a la protección en salud, las bases y modalidades para el acceso a servicios de salud, y la concurrencia de las entidades federativas en materia de salubridad general. ⁹

Para efectos de la Ley General de Salud en México, en su apartado sobre prestación de los servicios de salud, Capítulo I Artículo 23, menciona que se entiende por servicios de salud, todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger; promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. ¹⁰

Históricamente el Sistema de Salud en México presenta una segmentación y fragmentación lo que representa retos en términos de equidad en el acceso y calidad de los servicios de salud.

El Sistema Nacional de Salud en México está constituido por el sector privado, que presta servicios a la población con capacidad de pago y por un sector público que integra dos tipos de instituciones:

1. Seguridad Social, las que prestan servicio a los trabajadores del sector formal de la economía, dan atención a sus derechohabientes: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, universitarios, estatales y otros.
2. Las que prestan servicios a la población sin seguridad social: Secretaría de Salud (SS), Seguro Popular de Salud (SPS), Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades.

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SS como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población de responsabilidad de la SS y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SS y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados) OPS 2008. ¹¹

Para dimensionar el SNS en México y a los sectores aludidos, cabe señalar que el gasto total en salud representó en 2014 el 6.38 % del PIB, de dicho gasto el 47 % lo realizó el sector público y el 53 % el sector privado. ¹²

El sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.

Cobertura de los servicios

Para 2013, se estimó que el 21.5% de la población mexicana no tenía afiliación a ninguna institución público/privada. En el año 2012, el IMSS y el Seguro Popular abarcaron el 88 % de la población afiliada a los servicios de salud. ¹²

En México debido a la preocupación real por establecer un programa de calidad en los servicios de salud federal, desde el primer nivel de atención y hasta los hospitales de alta complejidad. Se crea el programa que se denominó SICALIDAD y tiene por objetivo contribuir a la mejora de los servicios de salud para impactar directamente sobre las condiciones en las que los usuarios del Sistema Nacional de Salud reciben atención. En este señalado, el programa busca la participación de todas las instituciones de salud del país.

Calidad

El concepto de calidad no es nuevo, ha sido una preocupación permanente y parece tan antiguo como la humanidad.¹³ Las antiguas civilizaciones del mundo eran ya rigurosas con los problemas de calidad. Así, por ejemplo, los fenicios, egipcios y mayas contaban con normas y leyes en relación a la calidad de los productos. Los egipcios tenían inspectores que comprobaban la perpendicularidad de los bloques de piedras y los mayas empleaban métodos similares. ¹⁴

La palabra calidad proviene etimológicamente del latín “*qualitas*” o “*qualitatis*”, que significa perfección. El diccionario de la Real Academia Española la define como «propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor». En esta definición se concibe a la calidad como un atributo o característica que distingue a personas, bienes y servicios. ¹⁵

Donabedian 1993, define la calidad como congruente con las exigencias del cliente. Algunos autores como Deming afirman que: «la calidad es el orgullo de la mano de obra» entendiendo mano de obra en el más amplio sentido y también afirma que «la calidad se define en términos de quien la valora». Asegura, además, que «la mejora de la calidad se consigue con el control estadístico de todos los procesos». ¹⁶

Al hablar de particularidades y por sus implicaciones sociales y humanistas, representa el punto más complejo y delicado a resolver en materia de calidad.; ya que los errores y fallas que implican en el individuo como lo compara Malagón-Londoño entre la industria con los servicios de salud, señala que los primeros “se pagan con pérdidas de dinero, mientras que la segunda lo hace con pérdidas de vidas, aspecto de gravedad social y moral, que implica no sólo el desprestigio definitivo de la institución, sino su condena ética y penal”. ¹⁷

Fontalvo (2010) en una reseña acerca de la definición de calidad refiere que La International Standard Organization (ISO) la define como el conjunto de características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades del cliente. Asimismo que muchos autores definen la calidad desde diferentes perspectivas, en este sentido Juran, (1990) concibe la calidad como “la adecuación al uso”, también la define como «las características de un producto o servicio que le proporcionan la capacidad de satisfacer las necesidades de los clientes». Deming (1989) propone la calidad en términos de la capacidad que se tiene para garantizar la satisfacción del cliente. Feigenbaum tiene una visión más integral de la calidad pues éste considera la necesidad de que exista una participación de todos los departamentos para garantizar la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes y Fontalvo en el 2010 la define como el conjunto de características inherentes de un bien o servicio que satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes. ¹⁸

Según Coronado (2013) diversos autores como Ishikawa quien menciona que el control de la calidad consiste en desarrollar, manufacturar y mantener un producto

de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor. Crosby define «la calidad como un ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia», mientras que Juran la define como «aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias». ¹⁵

Calidad en los servicios de salud

En un contexto global, la calidad ha evolucionado en la misma medida que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección del siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la misma. En lo referente a los servicios de salud, las particularidades de estos recientes conceptos de calidad resultan aún más significativas, pues obligan a modificar y a adaptar sustancialmente los métodos y técnicas originados en la industria y la tecnología. ¹⁹

La calidad en los servicios de salud es la totalidad de los rasgos y características de un servicio que se sustenta en su habilidad para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente, y cumplir con las especificaciones con la que fue diseñado. ²⁰

La Organización Mundial de la Salud considera que en el concepto de calidad en los servicios de salud deben estar presentes los atributos siguientes: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos y mínimo de riesgos para el paciente. ²¹

En México la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en su Capítulo II Artículo 48, establece que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. ¹⁰

Durante las dos últimas décadas, la calidad del servicio se ha convertido en un área de especial interés para investigadores y gerentes, debido a su impacto en el desempeño de los negocios, la reducción de los costos, la lealtad del cliente y la rentabilidad.^{22, 23}

La administración de los servicios de salud obliga a los proveedores locales a competir por calidad, precio y satisfacción del consumidor, como medios para obtener beneficios y permanecer en el mercado.²⁴

Anteriormente en nuestro país, las instituciones públicas de atención a la salud, han utilizado mecanismos de control administrativos del ejercicio médico, cuyos efectos han sido contraproducentes sobre la calidad de la atención médica. Ello permite entender, porque el ejercicio de las profesiones dedicadas a la salud, adquiere cada vez más la fisonomía de un procedimiento administrativo, que poco tiene que ver con los intereses de los usuarios de los servicios, y transforma al médico en un empleado burocratizado que ha perdido la orientación humanista de su quehacer diario y su actitud inquisitiva hacia el conocimiento.²⁵

De acuerdo con la literatura, la calidad en los servicios de salud puede dividirse en:

1. Calidad Técnica. Está centrada en el producto sanitario o “lo que se hace”. Aspectos a tener en cuenta son la competencia técnica del profesional y el procedimiento o técnica utilizada, es decir se refiere a la exactitud del diagnóstico médico y al ajuste a las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados.^{26, 27, 28, 29}
2. Calidad del Servicio. Está enfocada en “cómo se hace”. Se relaciona con la manera en la cual el servicio es prestado al usuario, va dirigida a la satisfacción del paciente.^{30, 31}

Con frecuencia, el equipo médico da más importancia a la calidad técnica, mientras que la calidad del servicio, la resaltan más los usuarios. Sin embargo, es necesario reconocer que ambos aspectos tienen igual importancia en el otorgamiento de servicios de salud; los aspectos técnicos son indispensables para lograr una atención eficaz, eficiente y efectiva y no hay duda que una buena relación usuario-proveedor, cimentada en el respeto mutuo, determina en gran medida resultados exitosos para la salud y la institución, además de mayor satisfacción de los usuarios.³²

La conceptualización y la medición de la calidad del servicio en salud se puede abordar desde, dos enfoques: el primero inicia con los trabajos de Donabedian (1980 y 1988), quien define la calidad en servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos. Esta definición tiene una perspectiva técnica, y en ella los objetivos deseables se refieren a un apropiado estado de salud, y relega a un plano inferior la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio que se les presta.

El segundo enfoque sostiene que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina, en forma definitiva, su nivel de calidad. Esta definición es consecuente con la reportada en la literatura sobre calidad del servicio y vincula una visión personal y subjetiva de ella.^{28, 33} Contribuyendo a identificar interrelaciones médico-paciente, eventos adversos que pudieran prevenirse y errores en la práctica médica; así como, a partir de los datos obtenidos, coadyuvar en la mejora de los sistemas de salud.³⁴

Calidad de la atención a la salud

En el contexto de la salud, existe evidencia del interés por la calidad en papiros egipcios, en el código de Hammurabi y en el tratado «La Ley» de Hipócrates, donde en todos estos casos, el buscar lo mejor para el paciente parece ser la esencia de la calidad en el ejercicio de la práctica clínica.¹⁹

La calidad de la atención a la salud se definirá como el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos. Todos los otros factores, incluyendo costos monetarios, así como expectativas y valoraciones del paciente se consideran como obstáculos o facilitadores para alcanzar el estándar de calidad pero que no modifican el estándar mismo. ³⁵

Lift y Hunt en el contexto de salud la definen como el grado mediante el cual los procesos de atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos. ⁹

La calidad en salud la define (Corella 2007) ³⁶ como la capacidad de un producto o servicio de adaptarse a lo que el paciente espera de él. Las razones básicas para ofrecer la calidad es la garantía de obtener el beneficio máximo para el paciente y la rentabilización de los recursos, dado que estos son limitados y la atención es muy costosa.

Existen otros enfoques contemporáneos sobre la definición de calidad de la asistencia médica; para el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, la calidad de la asistencia médica «es el grado en que los servicios de salud a los individuos y a las poblaciones incrementan la probabilidad de alcanzar resultados deseados en salud, que se corresponden a su vez con el nivel actual del conocimiento profesional». Esta definición resulta muy completa al considerar tanto individuos como poblaciones y al vincular la calidad con el desarrollo científico técnico y su dominio por parte de los prestadores. ³⁷

Sin embargo, la definición considerada clásica, es la de Avedis Donabedian experto en este campo, quien la definió como «una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversas medidas.

Esa propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en dónde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar

la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes», menciona que consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica, de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios.

El autor señala dos características fundamentales de la calidad que están íntimamente enlazadas, la técnica y la interpersonal; en la primera considera la aplicación de conocimientos y técnicas para la atención a la salud y en la segunda, la relación que se establece entre los proveedores de servicios y los usuarios de los mismos, ^{38, 39} sin dejar de considerar para ambas características, el contexto sociocultural donde se otorga el servicio. ³²

Dimensiones en la calidad del servicio

El aporte con que más ha contribuido la literatura de la mercadotecnia en cuanto a las dimensiones de la calidad del servicio y a su medición es el de Parasuraman et al. (1985), que identifica diez dimensiones que representan los criterios que utilizan los consumidores en el proceso de evaluación de la calidad en cualquier tipo de servicio: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comunicación y comprensión del cliente. Posteriormente, en 1988 reagrupa los criterios de forma que los resume en cinco dimensiones: elementos tangibles (aparición física de las instalaciones, equipos, personal, etc.), fiabilidad (habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa desde la primera vez), capacidad de respuesta (disposición de ayudar y servir rápidamente a los clientes), seguridad (habilidades y conocimientos de los empleados para inspirar credibilidad y confianza) y empatía (atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes). ²⁹

Por otra parte, Vanormalingen en 1996 señala que el concepto de calidad en salud debe enmarcarse en 5 elementos fundamentales: excelencia profesional, uso

eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción e impacto final que tiene en la salud; sin embargo, la calidad de la salud no se reduce a uno o algunos de estos, pues necesariamente implica la integración de aspectos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos, de manera que todos ellos tienen como resultante la satisfacción de los usuarios.⁴⁰

El máximo exponente en este tema es Avedis Donabedian, quien transformó el pensamiento acerca de los sistemas de salud, e introdujo el modelo de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy en día la base fundamental para la evaluación de la calidad en la atención a la salud.

A. Dimensiones

1. Estructura. Incluye los atributos materiales y organizacionales estables de los sitios en que se proporciona la atención, el conocimiento, la habilidad y los recursos del proveedor de servicios para diagnosticar y tratar apropiadamente las condiciones de salud del paciente y engloba los recursos humanos, materiales, tecnológicos y de organización de los lugares donde se proporciona la atención.
2. Proceso. Se refiere a todo lo que los médicos y otros proveedores de atención hacen por los pacientes. Se refiere al diagnóstico y la aplicación apropiada de las intervenciones terapéuticas, incluye todo lo que el personal de salud hace por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo realiza; considera también en este rubro lo que los propios usuarios hacen por ellos mismos.
- 3.-Resultado. Evalúa si los recursos profesionales y técnicos producen los efectos que se esperan en términos de salud o bienestar en el paciente, abarca los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado, buenos o malos; la satisfacción del usuario y del personal de salud; el conocimiento que se genera durante la atención para las personas

que reciben los servicios y para los que lo otorgan, incorpora lo que se obtiene para el paciente, un resultado supone un cambio en el estado de salud, en conocimientos relacionados con la salud así como en comportamientos relacionados con la salud y en satisfacción del paciente. Es un aspecto del bienestar que la atención a la salud intenta promover. Ayuda a la participación activa del paciente. Constituye un juicio sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados.^{30, 41}

B. Relaciones entre las dimensiones

Estructura → Proceso → Resultado

Existe una relación de tal manera que una buena estructura, aumenta las posibilidades de un buen proceso y un buen proceso incrementa la posibilidad de un buen resultado. Un principio fundamental es que la evaluación de la calidad no puede ser mejor que las ciencias sobre las que se basa.

Evaluación de la calidad

La evaluación de la calidad de la atención en salud no reside en una persona, dispositivo o unidad en particular, sino en las interacciones entre todos los componentes del sistema, así como de la promoción de intereses profesionales por parte de los servicios de salud, en las orientaciones a la educación y en el estímulo a la participación tanto de los integrantes del equipo médico como la corresponsabilidad de los usuarios.⁴²

Cuando el juicio sobre la calidad toma en cuenta los deseos, expectativas, valoraciones y medios del paciente, podemos hablar de una definición “individualizada” de la calidad.⁴³ Las características de los pacientes varían por la demografía, sociales y según la etapa de su enfermedad. Al incluir el costo

monetario de la atención, equivale a decir que la capacidad de pago del paciente influye sobre el estándar de la calidad que trae aparejado un problema moral para el médico. Así, la definición absolutista de la calidad es moralmente neutral, mientras que la definición individualista no lo es. ³⁴

Existen una serie de factores inmersos en la calidad que podemos medir, y por lo tanto son susceptibles de evaluación. Entre ellos podemos destacar: ⁴⁴

1. Competencia profesional, o capacidad del profesional para utilizar los medios y conocimientos científicos y técnicos más avanzados existentes para abordar el problema de salud del paciente.
2. Adecuación, o medida en que la atención prestada se corresponde con la necesidad que presenta el paciente.
3. Oportunidad.
4. Efectividad, o efecto medible de una atención sanitaria en el conjunto de la población que la recibe en condiciones de práctica real y habitual.
5. Eficiencia, o relación entre los resultados obtenidos y el costo.
6. Continuidad en la asistencia.
7. Accesibilidad a la atención sanitaria.
8. Satisfacción del paciente, o medida en que la atención sanitaria prestada y el estado de salud resultante cumple con las expectativas iniciales del paciente.

El debate que genera la evaluación de la calidad de los servicios de salud, gira principalmente alrededor de dos cuestiones: quién evalúa la calidad y bajo qué criterios se realiza este proceso. Históricamente, el establecimiento de normas para la evaluación ha sido responsabilidad del personal médico, pero en la actualidad la perspectiva del paciente aparece como un indicador significativo de la calidad del servicio en el área de la salud, y puede representar la perspectiva más importante. ³⁰

Uno de los ejemplos sobre evaluación de la calidad en nuestro país, fue a partir de la creación de las Jurisdicciones Sanitarias de la Secretaría de Salud y de las delegaciones del IMSS, que mantienen funciones de coordinación, integrando grupos básicos interinstitucionales de formación, planeación y evaluación de los servicios otorgados, como consecuencia, en 1987 se publicó y difundió el documento sobre las “Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud”, que posteriormente en 2014 se crearon los documentos del “Cuadro básico de indicadores para la evaluación de los servicios de salud” y la norma ética para la “Evaluación de la calidad de la atención médica”. En el cual se menciona que el objetivo es coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.⁴⁵

Indicadores para la evaluación de la calidad

Los indicadores para medir la calidad son aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de la atención, han venido cobrando mayor trascendencia en salud pública.^{46, 47} Si bien es cierto que existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es consenso la relevancia de la visión de los usuarios sobre la atención, como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud.⁴⁶

Los Indicadores de Resultado (IR) que se encuentran en el “Cuadro básico de indicadores para la evaluación de los servicios de salud”, son instrumentos que tienen como propósito proporcionar información sobre los logros y cumplimientos obtenidos en los objetivos finales e intermedios de los Sistemas de Salud, a fin de apoyar los procesos de planeación, toma de decisiones y gerencia de los servicios a nivel nacional y estatal, así como promover la transparencia y la rendición de cuentas.

El conjunto de 57 indicadores de resultado que se presentan en el documento, cuya última revisión fue aprobada en septiembre de 2002 en el Consejo Nacional de Salud, da cuenta del desempeño de los sistemas estatales y nacional de salud de acuerdo a las siguientes dimensiones: condiciones de salud, disponibilidad y accesibilidad, calidad técnica e interpersonal, aceptabilidad, eficiencia, sustentabilidad y anticipación. ²⁵

Existen diversos cuestionarios para evaluar la satisfacción del paciente, en los que se menciona que los indicadores para medir la calidad deban incluir aspectos de estructura, proceso y resultado, de igual forma aspectos relacionados con un ambiente agradable, desarrollando relaciones humanas amables, y que con ello se puedan establecer de forma precisa los límites entre los diferentes grados de calidad. Por lo que se obtendría esta información a través de las encuestas de calidad, siendo útiles para la toma de decisiones y por ende mejorar la atención otorgada. ⁴

Bases para la selección del indicador

- Validez causal: depende de la justificación científica para afirmar que un aspecto de la estructura se relaciona con un proceso, un proceso con un resultado y un resultado con un proceso específico.
- Pertinencia en relación con los objetivos de la atención. - Constituye posible y necesario determinar si los objetivos actuales de la atención son los que se debieron haber adoptado.
- Sensibilidad. - Es la capacidad de una medida para detectar posibles deficiencias en la calidad.
- Especificidad. - Es la capacidad de una medida para reflejar la calidad de la atención sin incluir al mismo tiempo los efectos de otros factores.
 1. Atribuible a la atención a la salud.
 2. Atribuible a los componentes de la atención.

- Inclusividad. - Es la capacidad de una medida para reflejar todos los componentes de la atención.
 1. Capacidad para reflejar la atención total
- Oportunidad. - Determina si una información está disponible y puede obtenerse rápido como para poder corregir las deficiencias detectadas en la atención.
- Nivel del costo o costo relativo. - Es la información que puede obtenerse de los expedientes individuales, informes o estadísticas siendo más barata que la información que requiere estudios especiales, interrogar, buscar o examinar pacientes. ³⁴

Esto sin duda representaría avances concretos para la evaluación de los servicios de salud, siendo que los pacientes constituyen una fuente esencial e incluso exclusiva en la información sobre accesibilidad o efectividad. ⁴⁸

Asimismo, será posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad del servicio, mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención.

Percepción del paciente

La percepción se podría definir como «la capacidad de organizar los datos y la información que llega a través de los cinco sentidos en un todo, creando un concepto, basado en la formación y experiencia de cada persona». La percepción del paciente en el cuidado a la salud es multidimensional, concepto que refleja las expectativas, los valores de los pacientes y sus experiencias. ⁴⁹

Este tema es todo un desafío a la salud pública y los gestores y planificadores en salud, los dedicados a la academia, investigadores y usuarios en general. No

existe un consenso claro sobre su significado y concepción, pero es evidente que refleja una visión diferente y estratégica de los servicios de salud. La definición de Pascoe sobre la percepción del paciente menciona que es «la comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria » es una de las más sencillas y aceptadas. ⁴⁷

Percepción de la calidad de la atención

Actualmente la calidad se considera como una parte importante de la estrategia global de la empresa, en la que la opinión del paciente-usuario-cliente, tiene un papel central. La OMS (1981) definió el concepto de calidad referida a los servicios sanitarios como «la situación en que el paciente es diagnosticado y tratado correctamente según los conocimientos actuales de la ciencia, y según sus factores biológicos, con el costo mínimo de recursos, la mínima exposición de riesgos posibles de daño adicional y la máxima satisfacción para el paciente». Es el paciente quien determina si un servicio es aceptable, por lo que es de vital importancia tener conocimiento de las necesidades, preferencias y valores que tienen respecto a su salud y de los servicios prestado a la hora de diseñar y mejorar la asistencia prestada. ²⁶

Históricamente la calidad de la relación médico-paciente ha sido considerada como un elemento muy influyente en el resultado de la atención sanitaria. En los últimos años se ha notado un cambio importante en las relaciones médico-paciente, consecuencia del enfoque de la sociedad hacia los consumidores. El efecto inmediato de ello es que el resultado de la atención en salud, se mide hoy día en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también por su satisfacción con el resultado alcanzado. ⁵⁰

La satisfacción del paciente se define como «el grado de concordancia entre las expectativas del usuario sobre la atención demandada y la percepción de la atención recibida, ¹⁷ es considerada como resultado de la atención, y es uno de los principales factores que contribuyen a mejorarla». ⁵¹ También es considerada

como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye, producto de su encuentro e interacción con el servicio. ³

Otros autores la han definido como un resultado de la atención y como uno de los principales factores que contribuyen a una mejor atención del paciente y en consecuencia mejores resultados clínicos, ⁵¹ La satisfacción del paciente en el cuidado a la salud es multidimensional, concepto que refleja las expectativas, los valores de los pacientes y sus experiencias mismas ⁵² La interpretación de la satisfacción del paciente como una puntuación total es, por lo tanto, difícil de analizar, ¹⁶ ya que este es un producto de sus experiencias y no está mediada por juicios de los servidores. ³

Actualmente se está prestando atención a la contribución que los pacientes pueden hacer para mejorar la calidad de la atención. Este interés también refleja la necesidad democrática de las relaciones entre los diversos actores involucrados en el cuidado de la salud. En los Países Bajos, por ejemplo, la calidad de la política de atención de la salud se considera explícitamente la responsabilidad conjunta de proveedores, pacientes y aseguradoras. ³

Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción del usuario, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquella abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de

la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones.³⁴

Ante ello, se puede inferir que la práctica de la medicina exige una preparación no sólo técnico -científica de tipo instrumental, sino también humana, entendida ésta última como la actitud del profesional puesta en el sujeto, en el pleno desarrollo y bienestar de lo que es como persona. No se trata de visualizar al paciente desde una mirada anatómico - funcional, sino social, espiritual; es decir, desde el desarrollo de lo humano. Legitimarle como sujeto de derechos (de bienestar y desarrollo) y no como usuario (objetivo) de un servicio asistencial.⁵³

La medición de la satisfacción es un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación. La valoración informal de la satisfacción en la interacción médico – paciente, es una guía sobre dicha atención. Referida a la calidad tiene limitaciones, ya que los pacientes comprenden de una manera incompleta la ciencia y tecnología de la atención. Además, a veces los pacientes esperan y exigen cosas que son incorrectas para que el profesional se las proporcione. Estas limitaciones no restan validez a la satisfacción del paciente como una medida de la calidad de la atención.⁵⁴

Sin embargo el crecimiento vertiginoso del interés por la calidad de la atención en México y en muchos otros países, cuyo origen es probablemente una mayor conciencia de que, en el mundo contemporáneo, la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y, para algunos afortunadamente también, de responsabilidad social y de integridad moral.⁵⁵

La satisfacción del usuario también puede ser apreciada como relevante en las siguientes áreas: al comparar sistemas o programas de salud, al evaluar la calidad de los servicios de salud, y al identificar cuáles son los aspectos de los servicios relacionados a los cambios que se requieren para mejorar la satisfacción.⁵⁶

Es por esto, que el evaluar la calidad de la atención desde la percepción del paciente es cada vez más común, donde a partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la institución que brinda los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.⁵⁷

Un estudio realizado en Clínica Odontológica de la Universidad Cooperativa de Colombia, la satisfacción de los pacientes en relación a los servicios de salud recibidos, son elementos fundamentales en la medición de la calidad de la atención. Se calculó una muestra representativa de 188 pacientes, se encuestó aleatoriamente a los pacientes, quienes asistieron a la Facultad de Odontología. Resultados: de los 188 pacientes, 68,1% (128) fueron mujeres, la edad promedio fue de $34,04 \pm 9,71$ [20-76] años. El 68% asiste a la consulta por tratamiento de prótesis fija, 16,5 % prótesis removible, 14,4 % prótesis total y 1,1 % blanqueamiento dental. El 100 % de la población atendida informa que recibió un buen trato por parte del estudiante, docente y auxiliar de clínica. El 100 % (188) de los pacientes consideró que fue solucionado su motivo de consulta. El 95,7 % de los pacientes volvería a consultar y el 99 % recomendaría el servicio de odontología. La opinión de los pacientes respecto a las instalaciones físicas fue buena en general para la higiene e iluminación 97 %, orden 96 % y ventilación 83 %. La privacidad fue el único factor evaluado como malo (3,2 %). Conclusiones: los pacientes atendidos en la clínica integral del adulto quedaron satisfechos con la atención recibida y su motivo de consulta fue resuelto, consultaron principalmente por tratamiento de prótesis fija y parcial removible, la mayoría regresaría, recomendaría el servicio a otras personas y tienen una opinión excelente respecto a las relaciones interpersonales y buena en general en cuanto a la planta física, excepto por la privacidad.⁵⁸

Estudios sobre la calidad de la atención percibida por los usuarios

Se han realizado estudios encaminados a evaluar la calidad de la atención médica percibidos directamente en usuarios de nuestro país, como el llevado a cabo por

Ramírez-Sánchez y colaboradores, quienes encontraron que el porcentaje más alto de percepción de buena calidad se presentó entre los usuarios que acudieron a las instalaciones privadas (90 %), seguido de las personas que acudieron a la Secretaría de Salud (82 %), a otras instituciones públicas (81 %), y por último los usuarios que recibieron atención en servicios de seguridad social (73.5 %) que obtuvieron la percepción más baja de calidad de la atención.⁵⁷

En el municipio de Santiago de Cuba, se evaluó la calidad de la atención médica integral, fue un estudio basado en la estructura de los mismos centros, en donde el autor utilizó cuatro criterios: 1. La dotación de Centros de Medicina Familiar. 2. La cobertura médica. 3. La cobertura de enfermería. 4. El equipamiento completo de los Centros de Medicina Familiar. Obteniendo como resultado a partir de la percepción de la atención a los trabajadores lo siguiente: los tres primeros criterios de evaluación son calificados como de manera adecuada, sin embargo en el equipamiento no se percibe así; por lo que este resultado sin duda será de gran importancia en la toma de decisiones en cuanto a la estructura e inversión en los Centros de Medicina Familiar.⁵⁹

En la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Perú, Jacinto (2008) realizó un estudio en una muestra de 100 pacientes entre 20 y 89 años de edad, donde mostró que la percepción en relación a la calidad de la atención odontológica recibida fue buena en un 56.5 %. Sin embargo, los datos obtenidos acerca de la percepción de mala calidad fueron en el 21.8 % de los pacientes.⁶⁰

Romero en el 2008 en Perú, analizó la percepción del paciente en las dimensiones interpersonal y de entorno acerca de la calidad de la atención que brinda la enfermera en el servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, la muestra estuvo conformada por 60 pacientes entre 20 y 80 años, de los cuales el 28.3 % percibe la atención como de buena calidad y el 25 % tiene una percepción desfavorable, principalmente en la dimensión interpersonal. El 26.7 % de los individuos percibe una buena calidad, en relación a un entorno favorable.

El 53.3 % de los pacientes evaluó de buena calidad, mientras que el 3.3 % de mala calidad. En la dimensión interpersonal resultó un 35 % de buena calidad. En la dimensión del entorno el 41.7 % de la muestra la percibió de buena calidad y el 13.3 % de muy buena calidad. ¹

Otro estudio en el cual se analizó la calidad de la relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México en general, se encontró un alto grado de satisfacción con la atención médica. No obstante, los pacientes hospitalizados percibieron como inadecuado el trato cotidiano (no clínico) del personal médico y de enfermería del hospital, relacionado con la falta de confianza para solicitar información acerca de su padecimiento. El uso excesivo de tecnicismos por parte del prestador de servicios reforzó esta percepción de trato inadecuado.

La percepción del trato inadecuado por el personal de salud fuera del ámbito técnico, mostró que la efectividad clínica no significa una plena calidad de la atención y que es necesario incorporar las necesidades y expectativas de trato no clínico de los pacientes a la eficiencia técnica y científica. ⁶¹

López en el año 2012 realizó una investigación en una muestra de 236 individuos entre 18 y 84 años que asistieron a consulta en la Clínica Odontológica de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia que fueron atendidos por los alumnos del Master de “Odontología Clínica Individual y Comunitaria”, en donde observó que los pacientes presentaron niveles de satisfacción buenos en relación con la asistencia odontológica recibida y los resultados fueron superiores en las personas de más de 65 años de edad, que en las del rango de 36 a 65 años. ²⁶

Dentro de los indicadores más importantes que califica este programa están la evaluación de la calidad técnica de los profesionales de la salud bajo estándares convenidos; el monitoreo de la satisfacción de los usuarios a través de los Avaes Ciudadanos; la revisión periódica de los expedientes clínicos; la vinculación con hospitales públicos de mediana y alta complejidad para la seguridad del paciente;

la implementación de un programa de uso racional de medicamentos y la Acreditación de Unidades Médicas.

La finalidad de este tipo de políticas sanitarias es impulsar el desarrollo de todo un sistema de información gerencial que se inicia con el levantamiento periódico de opiniones de los usuarios sobre los servicios de salud, continuando con el procesamiento y generación de información puesta a disposición de los diversos niveles gerenciales, con el hecho de inducir acciones de mejoría en sus servicios.

En conclusión la satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerada por (Donabedian 1982) ⁵², como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cubrir las necesidades de los pacientes o usuarios.

En este sentido, se considera que los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud.

Un trabajo para evaluar el conocimiento y actitudes de los dentistas, dio como resultado que el 60,4 % de los odontólogos tiene un “buen” conocimiento. Sin embargo, de forma contraria, hay un mal comportamiento a la hora de atender a los pacientes, ya que señala el artículo que hay más rechazo en estos pacientes con enfermedades autoinmunes. La mayoría de los participantes está insatisfecho con la actitud que toman los odontólogos en la atención brindada ya que no muestran igualdad, limitan la comunicación y hay una limitada confianza entre paciente-odontólogo. ²

Debemos estar conscientes que los pacientes insatisfechos pueden poner una queja dental, lo cual al odontólogo le puede causar mucha preocupación, angustia y estrés, la insatisfacción y la queja puede dar lugar entre otras cosas a que los pacientes cambien de dentista, lo que podría ocasionar una mala imagen en cuanto a la percepción de la práctica dental hacia los familiares y amigos de los pacientes.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La calidad de la atención es un tema de interés universal, es muy importante para evaluar los servicios de salud, y por ende la odontología no se queda atrás, por lo tanto en la presente investigación que se realizó en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud “Benito Juárez”, se analizará la calidad de atención al paciente, basándonos en distintos elementos que se pueden evaluar. Las dimensiones más amplias según Donabedian son la estructura, el proceso y el resultado.³⁷

En el presente estudio es de interés conocer cuál es la calidad del servicio odontológico desde la perspectiva del paciente en sus dimensiones de accesibilidad, entorno, eficiencia, relación interpersonal, eficacia y satisfacción del paciente, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción que tiene el paciente acerca de la calidad de la atención odontológica que se brinda en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud “Benito Juárez”?

JUSTIFICACIÓN

En nuestro país la evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud, se ha orientado primordialmente al segundo y tercer nivel de atención, por lo que hace evidente la necesidad de reforzar los aspectos de calidad en el primer nivel, siendo que los círculos de calidad al ser un foro de análisis, discusión, solución y seguimiento de problemas, constituye una estrategia muy aplicable al primer nivel de atención, en la cual, se tiene mayor contacto con la comunidad quien conoce mejor los problemas que presenta.

La evaluación de la calidad siempre ha estado basado en la aplicación de normas profesionales estandarizadas; por lo que al evaluarla a través de la percepción del paciente, es posible obtener de los usuarios un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, con lo cual se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios para cubrir sus necesidades y expectativas, y que de esta forma, se mejore la atención otorgada en esta clínica. Conforme a la percepción de los pacientes, se podría mejorar la toma de decisiones a partir de indicadores obtenidos; representando incluso, una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios, que ofrecen beneficios a un costo relativamente bajo, aunado a la revisión de los aspectos sobresalientes que brinden una adecuada atención y de esta manera garantizar un servicio de calidad que trascienda de manera positiva en la salud del paciente y la satisfacción del usuario.

En el área de odontología se encuentran diferentes instituciones y escuelas que llevan a cabo controles de calidad y evaluación, sin embargo sigue habiendo deficiencias como materiales de mala calidad, falta de mantenimiento de equipo, falta de personal para la atención odontológica, etc., estas situaciones y algunas otras han derivado en la importancia de continuar en la investigación, para alcanzar el 100 % de la calidad en el servicio.

HIPÓTESIS

La percepción que tiene el paciente acerca de la calidad del servicio odontológico brindado en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud “Benito Juárez” durante el año 2018, estará en relación con la edad, sexo, estado de convivencia, escolaridad, ocupación y nivel de ingreso familiar.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la percepción que tiene el paciente acerca de la calidad del servicio odontológico brindada en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud “Benito Juárez” durante el año 2018 con relación a la edad, sexo, estado de convivencia, escolaridad ocupación y nivel de ingreso familiar.

Objetivos específicos

1. Describir las variables edad, sexo, estado de convivencia, escolaridad, ocupación e ingreso familiar.
2. Describir la percepción de la calidad de la atención del paciente en las dimensiones de accesibilidad, entorno, eficiencia, relación interpersonal, eficacia y satisfacción del paciente.
3. Analizar la relación entre la percepción de la calidad de la atención del paciente y las variables edad, estado de convivencia, escolaridad, ocupación y nivel de ingreso familiar.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, Prolectivo, Transversal y Analítico

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Los sujetos de estudio fueron 60 pacientes de 18 a 79 años, usuarios de los servicios odontológicos de la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud “Benito Juárez” dependiente de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, perteneciente al municipio de Nezahualcóyotl, la clínica se encuentra ubicada en calle México Lindo S/N Colonia Benito Juárez entre Madrugada y Mañanitas. Ciudad Nezahualcóyotl.

Características del Municipio de Nezahualcóyotl

Historia

Nezahualcóyotl, palabra del idioma fonético náhuatl proviene de las raíces: *nezahual*, *nezahualo*, "ayunar" y *coyotl*, "coyote". Nezahualcóyotl proviene del dialecto chichimeca, de las radicales *Nezahualli*, que significa "ayuno" y *coyotl*, que significa coyote, es decir “Coyote en ayuno”.⁶²

Ciudad Neza nació por la década de 1940 cuando, debido a los procesos para drenar el Lago de Texcoco, algunas personas se establecieron en lo que entonces era la parte seca del Lago que comenzaba a researse cada vez más. En honor del Gran Señor o Tlatoani Acolmiztli Nezahualcóyotl de Texcoco se dio este nombre al municipio, por parte de la legislatura local. A pesar de que es una ciudad joven, Nezahualcóyotl ha crecido rápidamente en todos los sentidos ya que actualmente cuenta con una cantidad considerable de escuelas de nivel básico,

preparatorias y universidades, así como de lugares de esparcimiento importantes como auditorios, parques, el estadio de fútbol Neza 86 y el Paseo Escultórico Nezahualcóyotl. A partir del 23 de abril de 1963 se convirtió en un municipio, su traza urbana se extendía en casas por doquier, el agua potable se surtía a través de varias llaves colocadas en las esquinas o bien por medio de pipas. Antes de ser municipio se le conocía como las colonias del ex vaso de Texcoco.⁶²

Población

La población de Nezahualcóyotl experimentó un importante aumento en los años setenta, década en la que el número de habitantes del municipio creció en un 131 %, debido a la gran cantidad de inmigración proveniente de otros estados de México. El resultado de este fenómeno migratorio puede observarse en la actualidad, pues según el censo de 2010, el 58.4 % de la población del municipio nació en otra entidad o país.⁶²

Sin embargo, la población total del municipio ha decrecido consistentemente desde los años ochenta hasta la actualidad. Uno de los motivos a los que se atribuye la disminución en la población es el problema de falta de espacio que padece el municipio, hecho que ha provocado que una parte de sus habitantes migre a lugares menos poblados para asentarse. De ese modo, mientras que en 1990 Nezahualcóyotl era el municipio más poblado del Estado de México, en la actualidad ocupa el segundo puesto, después de Ecatepec. Aportación al PIB Nacional: 9.3 %.⁶³

Geografía

Nezahualcóyotl es una ciudad y uno de los 125 municipios del Estado de México. Se localiza al oriente de la Ciudad de México y en la región oriente del Estado de México. Posee una superficie de 63.74 km² la densidad de población más alta del país.



El municipio fue creado en 1963 con terrenos que pertenecían a los municipios de Texcoco y Chimalhuacán, así como terrenos del oriente del antes Distrito Federal (hoy Ciudad de México), ocupando superficie de las aguas del antiguo lago de Texcoco. Considerado una ciudad dormitorio por su carácter mayoritariamente residencial, en las últimas décadas ha repuntado en su capacidad económica, producción de empleos y de impacto socioeconómico a los municipios adyacentes; A la par, enfrenta problemáticas de pobreza, inseguridad pública y carencia de servicios públicos, entre otros. ⁶²

Hidrografía

No cuenta con ríos naturales si no que se conforma por canales de desagüe los cuales son: Río Churubusco, Río de la Compañía (nuestra comunidad de trabajo se encuentra muy cerca de este canal y no está entubado) y Río de los Remedios, y un lago artificial localizado en el Parque del Pueblo.

Clima

Predominan dos: el semiseco templado en verano y templado subhúmedo La temperatura máxima entre abril y junio oscila entre 30 y 32 °C; Últimamente se ha dejado sentir grandes cambios en el clima por esta zona y en un solo día pareciera tener varias estaciones del año.

Fauna

No hay una fauna que identifique a esta población, sin embargo se encuentran pájaros maiceros, tordos, cucús (así conocidos comúnmente), esta zona es el paso de aves migratorias que se ven por el cielo al atardecer, ya son pocas veces las que se logran ver las parvadas de pájaros. En los jardines de las casas se encuentran arañas, lagartijas y ajolotes. También encontramos animales domesticados como: los perros, *que por cierto corresponde a un perro por cada 7.5 personas*, gatos y canarios principalmente.⁶³

Fauna nociva

Esta zona está cerca de la Avenida Bordo Xochiaca, donde se encuentran los tiraderos de basura, abundando las ratas, cucarachas y moscas; aunado que dos veces a la semana hay tianguis y dejan toda la basura regada, y a unas cuadas está el mercado de la colonia proliferando así la fauna nociva.

Demografía

Volumen poblacional y sexo	Total de habitantes	Estado de México	Nezahualcóyotl	Colonia Benito Juárez
Total de habitantes	119, 530, 753	16,187,608	1,039,867	51,250

Fuente: ^{62, 63,64}

MUNICIPIO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Nezahualcóyotl	572,622	536,943	1,110,565

Fuente ^{63, 64}

Es una comunidad donde se encuentra una población multicultural, la mayor parte de la población es de Oaxaca, la tasa de crecimiento y promedio anual 2011 es de 1.24. La tasa de analfabetismo es de 2.24 %, con predominio en las mujeres con una razón de 2.26 %.⁶³

Cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios. Nezahualcóyotl cuenta con 18 Centros de Salud, cerca de nuestra comunidad en estudio hay tres. También cuenta con hospitales, clínicas del IMSS, 3 Centros de Salud, un centro recreativo cerca del estadio “Neza 86”, 2 clínicas de la UNAM, la cual atiende a población abierta de diferentes partes (Iztapalapa, municipio de Chimalhuacán, Chalco e Ixtapaluca) pero principalmente a la población de la colonia.

Un dato sumamente importante que no debemos olvidar es que Nezahualcóyotl ocupa el cuarto lugar de caries dental de un total de consultas en el 2010 de 17,474 reportadas por la jurisdicción sanitaria número 18 de Nezahualcóyotl con una tasa X 1000 habitantes.⁶⁴

La colonia Benito Juárez presenta las siguientes características poblacionales

Población total	51, 250
Población de 15 años y más con educación básica incompleta	11, 254
Población económicamente activa.	20, 290 (43.84 %)
Población económicamente inactiva.	18, 111 (39.13 %)
Población derechohabiente a servicios de salud.	20, 777 (44.90 %)
Población sin derechohabiencia a servicios de salud.	25, 496 (55.09 %)

Fuente. Diagnóstico de salud 2015 Centro de Salud Urbano Benito Juárez, Ciudad Nezahualcóyotl.

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, ha facilitado el acceso a sectores marginados a la educación superior, y ha traído nuevas opciones de desarrollo y movilidad social. La Facultad ha proporcionado servicios de promoción y atención

a la salud a los habitantes de sus alrededores, a través de sus clínicas multidisciplinarias. Cuenta con ocho Clínicas Universitarias de Atención a la Salud: una con sede en el Campus I y las siete restantes en los municipios de Ciudad Nezahualcóyotl, Los Reyes La Paz y Estado de México.⁶²

Clínica Universitaria para la Atención de la Salud “Benito Juárez”

Antes llamada clínica multidisciplinaria “Benito Juárez” fue fundada el 7 de febrero de 1979, cuenta con los servicios de odontología, medicina general, enfermería, psicología educativa y ortodoncia. Atiende a población abierta, la mayor parte de nivel socioeconómico bajo y con escasos hábitos higiénicos-dietéticos, la población cuenta con servicios intradomiciliarios y de transporte.⁶²

El desarrollo académico de esta clínica basa sus actividades en los planes y programas del 2° año de la carrera de Cirujano Dentista, lo cual lleva como eje de referencia el proceso salud-enfermedad y hace énfasis en su componente estomatológico de la población infantil y adolescente. Se fundamenta en el conocimiento de las áreas biológicas, clínica y social, y parte de la investigación de los factores de riesgo individuales familiares y colectivos en los que se maneja un enfoque de prevención integral; establece el desarrollo de habilidades cognoscitivas y de aptitudes críticas y creativas que inciden en la atención estomatológica.⁶²

Programas que se aplican en la Clínica

- Atención Primaria a la Salud

- Supervisión y evaluación de los prestadores de servicio

- Control prenatal

- Control del niño sano

- Detección de cáncer cervico uterino y mamario

- Control de hipertensión arterial sistémica
- Atención integrada de maloclusiones
- Detección y seguimiento del paciente diabético
- Mejora de la calidad de la educación
- Atención clínica por parte de los alumnos de la Carrera de Cirujano Dentista.⁶²



Fuente: Directa

Muestra

60 pacientes de 18 a 79 años que recibieron tratamiento odontológico en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud "Benito Juárez."

Unidad de observación y medición

Muestreo

No se hizo muestreo probabilístico. Por conveniencia se observaron 60 pacientes que cumplían criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de observación, medición y análisis

Los usuarios de los servicios odontológicos de la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud “Benito Juárez” que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión

-) Usuarios subsecuentes de los servicios en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud “Benito Juárez” en el servicio de odontología.
-) Usuarios con edades de 18 a 79 años.

Criterios de exclusión

-) Usuarios que recibieron atención por primera vez.
-) Usuarios que no desearon participar en el estudio.

VARIABLES

Variable dependiente: Percepción que tiene el paciente de la calidad de la atención dental en las dimensiones de accesibilidad, entorno, eficiencia, relación interpersonal, eficacia y satisfacción del paciente.

Variables independientes: Edad, sexo, estado de convivencia, escolaridad, ocupación y nivel de ingreso familiar.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN DE LOS INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Percepción que tiene el paciente de la calidad de la atención dental	Es la interpretación por parte del paciente con respecto al servicio que se le brinda. ^{Donabedian 1995}	<ul style="list-style-type: none">) Accesibilidad) Entorno) Eficiencia) Relación interpersonal) Eficacia) Satisfacción del usuario 	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none">) Muy poca calidad) Poca calidad) Regular calidad) Buena calidad) Muy buena calidad
Edad	Número de años cumplidos al momento de la observación	Grupo etéreo	Cuantitativa Discreta	<ul style="list-style-type: none">) 18 - 35 años) 36 –y más años
Sexo	Individuo con características fenotípicas al sexo femenino o al sexo masculino	- - -	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino
Estado de convivencia	El individuo vive solo o vive acompañado	Estado de convivencia	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none">) Solo) En familia
Escolaridad	Grado de educación formal	Socioeconómica	Cualitativa ordinal	Profesional Preparatoria Nivel técnico Secundaria Primaria o menor
Ocupación	Actividad laboral a la que se dedica una persona		Cualitativa Nominal	Profesional Empleo especializado Obrero calificado Empleado medio Obrero Comercio en pequeño Subempleo

Nivel de ingreso familiar	Cantidad mínima mensual que debe recibir un trabajador por los servicios realizados		Cuantitativa discreta	> cinco salarios mín. 4-5 salarios mínimos 2-3 salarios mínimos 1 salario mínimo
---------------------------	---	--	-----------------------	---

Definición de las dimensiones de los indicadores

Accesibilidad. Es el grado de facilidad que tiene el usuario para establecer una relación con el servicio de salud donde requiere ser atendido.⁶⁴

Entorno. Son las condiciones de comodidad y circunstancias que se ofrece en un establecimiento de salud, que permiten al paciente sentirse bien, como el orden, la ventilación e iluminación, el cuidado de la privacidad, los servicios públicos adecuados (teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes).⁶⁵

Eficiencia. Es la capacidad de suministrar el mayor beneficio utilizando los recursos con los que se cuenta⁶⁵

Relación interpersonal. Es la interacción y comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud, en el cuál debe existir confianza, respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información, lo que influye en la satisfacción del paciente.⁴⁹

Eficacia. Es el uso correcto de las normas, protocolos y procedimientos en la gestión y prestación de los servicios de salud.⁶⁵

Satisfacción del usuario. Es la medida en que la atención sanitaria prestada y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas iniciales del paciente.⁶⁵

Procedimientos de recolección de información

Al inicio del proyecto se contactó con el Jefe de la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud “Benito Juárez”, para poder asistir a la clínica y realizar las encuestas a los pacientes que estaban recibiendo tratamiento en el servicio

odontológico por parte de los alumnos de 4° grado y pasantes de la Carrera de Cirujano. El estudio fue ejecutado durante 8 semanas en el turno matutino, en un horario de 8 a 14 A. M. La recolección de datos se llevó a cabo a través de un cuestionario que los pacientes que habían tenido por lo menos una consulta previa debían contestar; y se les aplicó el cuestionario en la sala de espera, antes de ser atendido por el dentista, en espera de su consulta o saliendo de la consulta. Un encuestador debidamente entrenado explicaba a los pacientes el objetivo de la investigación, la forma del llenado y aclaraba dudas en caso de que surgieran. La participación de los pacientes en el estudio fue voluntaria. La encuesta tuvo lugar durante el año 2018.

Instrumento

El instrumento de recolección de datos fue un formulario tipo cuestionario con escala de Lickert previamente validado. El cuestionario consta de introducción, instrucciones, datos generales y 32 enunciados con 5 alternativas de respuesta: muy en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso, de acuerdo y muy de acuerdo; opción para agregar comentarios y sugerencias. (Anexo 1).

El llenado del cuestionario toma aproximadamente 5 minutos y es de fácil lectura y comprensión. No obstante, el encuestador atendió las dudas de los pacientes respecto a la comprensión de las preguntas. Se decidió que el cuestionario fuera anónimo con el propósito de evitar posibles factores de confusión, al posibilitar que el paciente orientara sus respuestas al percibir que pudiera ser identificado.

DISEÑO ESTADÍSTICO

Una vez recolectados los datos se procedió a recodificar los valores inversos de los datos. El valor de los enunciados se suma para interpretar los resultados, por lo que es necesario que estén codificados en la misma dirección.

Se elaboró la base de datos y se procesó la información.

Descripción de la información

Para la descripción y presentación de las variables sociodemográficas y de las dimensiones de calidad de la atención se utilizaron medidas de frecuencia, cuadros porcentuales y gráficas y se organizó siguiendo los objetivos del estudio de la forma siguiente:

-) Descripción de la población por edad y sexo
-) Descripción de las variables estado de convivencia, escolaridad, ocupación y nivel de ingreso familiar.
-) Descripción de la percepción de la calidad de la atención del paciente en las dimensiones de accesibilidad, entorno, eficiencia, relación interpersonal eficacia y satisfacción del usuario.

Para elaborar el análisis de la calidad de la atención se suman los puntajes alcanzados por dimensión para establecer intervalos intercuartiles (calidad mala, regular y buena). El análisis de la relación entre la percepción de la calidad de la atención del paciente por sexo y convivencia se realizó con la prueba U de Mann-Whitney. Las variables edad, sexo, estado de convivencia, escolaridad, ocupación y nivel de ingreso familiar mensual, se realizó con la prueba de Kruskal-Wallis . El análisis de la validez y fiabilidad del cuestionario se realizó mediante la prueba Alfa de Cronbach. El procesamiento de la información y el análisis de los resultados se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 15.

RECURSOS

Los recursos utilizados en la ejecución del proyecto fueron:

Recursos Humanos

-) 1 Encuestador
-) Apoyo logístico. La sala de espera de la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud “Benito Juárez”

Recursos Materiales

-) Formatos impresos(Anexo 1)
-) Lápices.

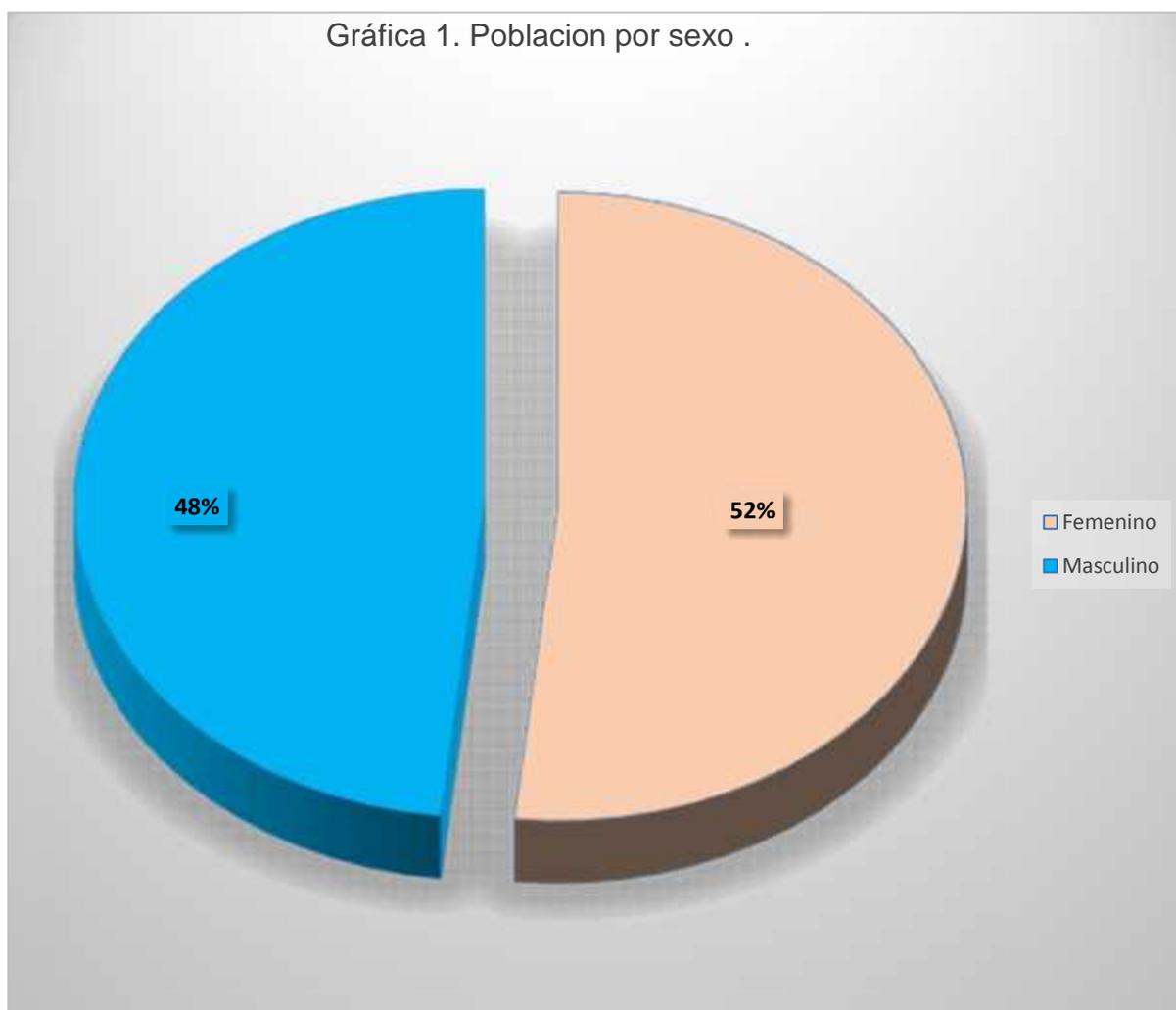
CRONOGRAMA

AÑO 2018								
ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Recolección de investigación documental y elaboración del proyecto								
Entrevista con autoridades de la CUAS "Benito Juárez"								
Aplicación de encuestas								
Procesamiento y análisis de dato.								
Elaboración de resultados								
Elaboración y presentación del informe								

RESULTADOS

La recolección de datos se obtuvo de una muestra de 60 pacientes entre 18 y 79 años de edad, que acudieron a la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) "Benito Juárez" de enero a agosto del 2018. El 52 % estaba conformado por el sexo femenino y el 48 % por el masculino (Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de la población por sexo, de la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) "Benito Juárez".2018.



Fuente: Directa.

En el Cuadro 1 se presenta la población del estudio agrupada por decenios, en donde se observa que en el sexo femenino la edad con mayor frecuencia es en el decenio de los 41 a los 50 años con el 32.5 %. En el sexo masculino la mayor frecuencia fue en el grupo de los 18 a los 30 años, representando el 51.7 % del.

Cuadro 1.- Distribución de la población según grupos de edad por decenio y por sexo en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez”. 2018.

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
18 – 30	7	22.1	15	51.7	22	36.6
31 – 40	6	19.3	3	10.5	9	15.0
41 – 50	10	32.5	2	6.8	12	20.0
51 – 60	6	19.3	4	13.7	10	16.6
61 – 70	2	6.4	3	10.5	5	8.3
71 – 79	0	0.0	2	6.8	2	3.5
Total	31	100.0	29	100.0	60	100.0

Fuente: Directa

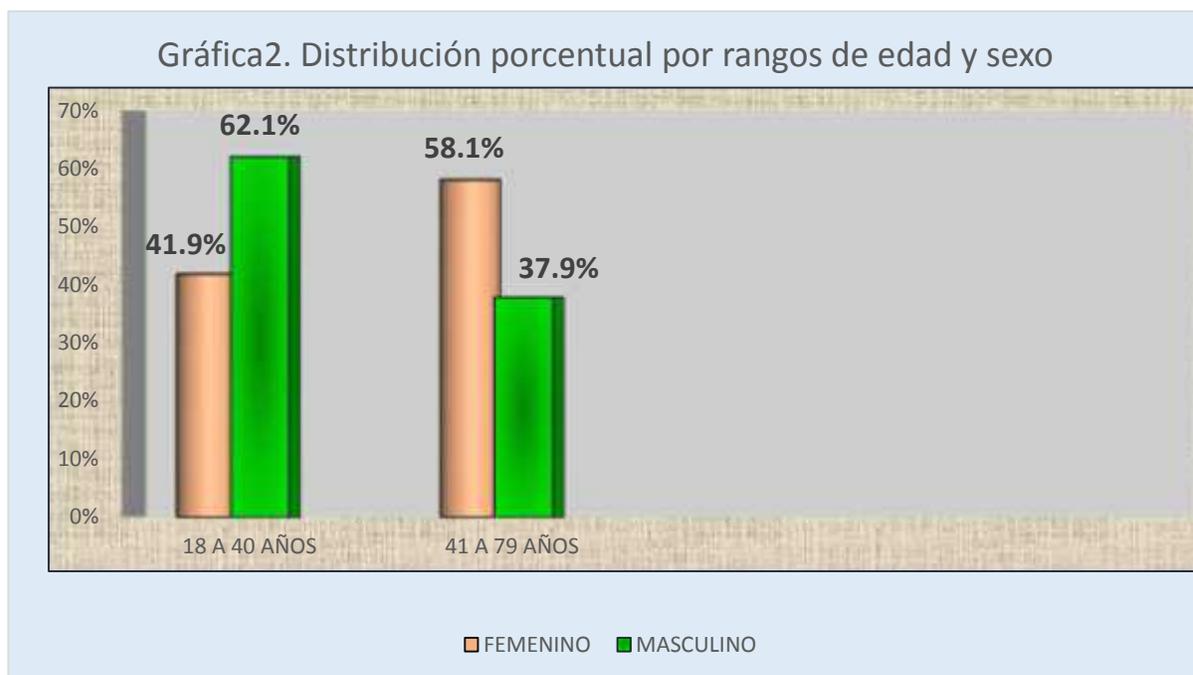
La población del estudio para su análisis se agrupó en dos rangos de edad y sexo. En el Cuadro 2 se observa que en el rango de edad de los 18 a 35 años predomina el grupo masculino con el 62.1 %, mientras que en el rango de edad de los 41 a 79 años el grupo predominante es el femenino con el 58.1 % (Gráfica 2).

Cuadro 2. Distribución de la población por rangos de edad y sexo en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS“Benito Juárez”) 2018.

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
18 a 40 años	13	41.9	18	62.1	31	51.6
41 a 79 años	18	58.1	11	37.9	29	48.4
Total	31	100.0	29	100.0	60	100.0

Fuente: Directa

Gráfica 2. Distribución de la población por rangos de edad y sexo en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS“Benito Juárez”) 2018.



Fuente: Directa

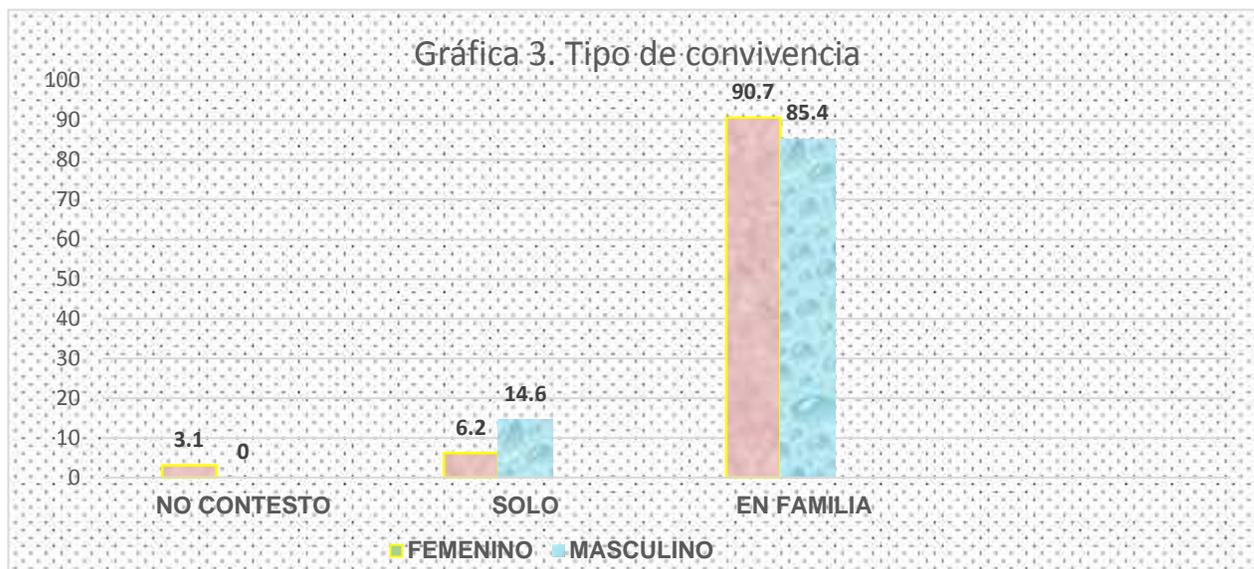
El estado de convivencia se presenta en el Cuadro 3, donde se observa que la mayoría mantiene una convivencia en familia con el 88.3 % del total. Llama la atención que la frecuencia de convivencia en familia es mayor en las mujeres con un 90.7 % que en los hombres con un 85.4 % (Gráfica 3).

Cuadro 3.-Frecuencia del estado de convivencia de la población que atiende en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez”. 2018 .

SEXO	FEMENINO		MASCULINO			TOTAL
TIPO DE CONVIVENCIA	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	TOTAL
NO CONTESTÒ	1	3.1	0	0.0	1	1.6
SOLO	2	6.2	4	14.6	6	10.1
EN FAMILIA	28	90.7	25	85.4	53	88.3
TOTAL	31	100.0	29	100.0	60	100.0

Fuente: Directa.

Gráfica 3.-Frecuencia del estado de convivencia de la población que atiende en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez” 2018.



Fuente: Directa

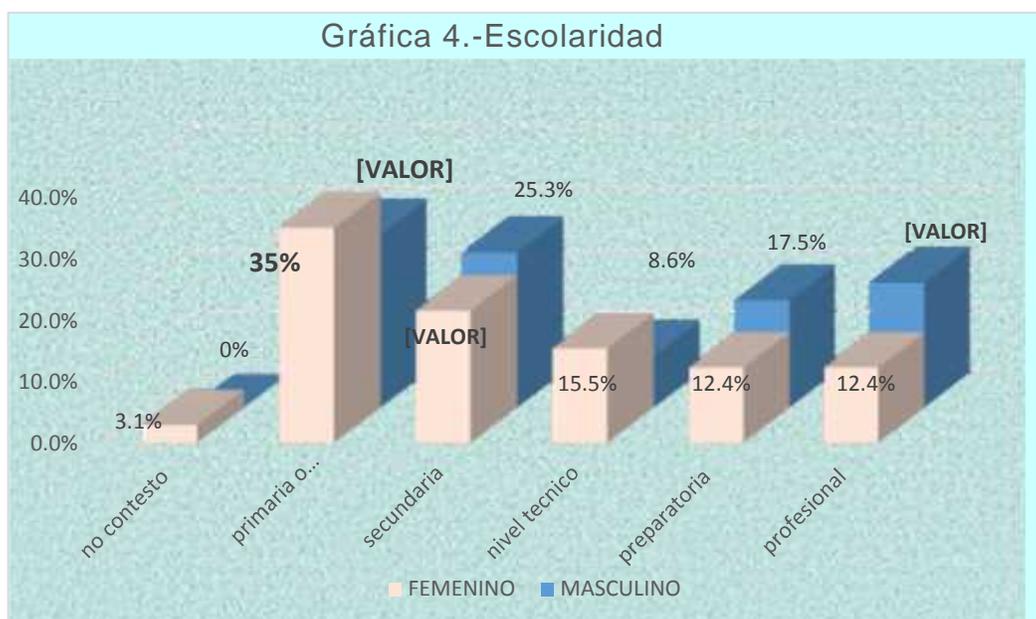
Con relación a la escolaridad en el Cuadro 4 se observa que el grado más frecuente es el nivel de primaria o menor en la población total, con un 21.6 % en el sexo femenino y un 28.2 % en el masculino. En seguida el nivel más frecuente es de secundaria. En general el grupo masculino presentó niveles de escolaridad más altos que en el grupo femenino (Gráfica 4).

Cuadro 4.- Distribución de escolaridad de la población que atiende en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) "Benito Juárez". 2018

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
NO CONTESTÓ	1	3.1	0	0	1	1.6
PRIMARIA O MENOR	10	35.0	8	28.2	18	30.2
SECUNDARIA	7	21.6	7	25.3	14	23.3
NIVEL TÉCNICO	5	15.5	3	8.6	8	13.3
PREPARATORIA	4	12.4	5	17.5	9	15.0
PROFESIONAL	4	12.4	6	20.4	10	16.6
TOTAL	31	100.0	29	100.0	60	100.0

Fuente: Directa

Gráfica 4.- Distribución de la escolaridad en la población que atiende en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) "Benito Juárez" 2018.



Fuente: Directa

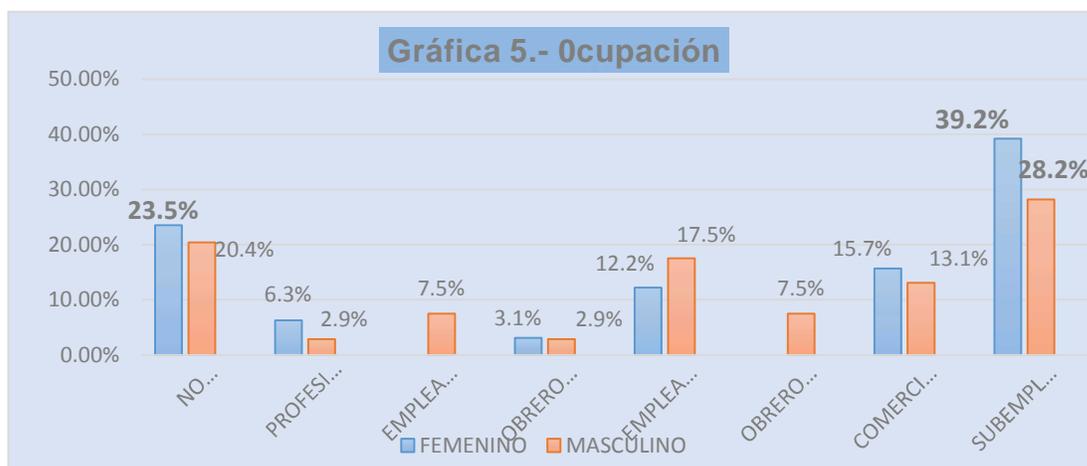
En cuanto a la ocupación de la población que atiende la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez”, en el Cuadro 5 se observa que el subempleo es el de mayor frecuencia con el 33.2 %, principalmente en el sexo femenino con un 39.2 % seguido de un 28.2 % en el sexo masculino, y en la población total con un 21.5 % no contestó. (Gráfica 5).

Cuadro 5.-Ocupación de la población que atiende en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez” 2018.

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
NO CONTESTO	7	23.5	6	20.4	13	21.5
PROFESIONAL	2	6.3	1	2.9	3	5.0
EMPLEADO ESPECIALIZADO	0	0.0	2	7.5	2	3.3
OBRERO CALIFICADO	1	3.1	1	2.9	2	3.3
EMPLEADO MEDIO	4	12.2	5	17.5	9	15.0
OBRERO	0	0.0	2	7.5	2	3.3
COMERCIO EN PEQUEÑO	5	15.7	4	13.1	9	15.4
SUBEMPLEO	12	39.2	8	28.2	20	33.2
TOTAL	31	100.0	29	100.0	60	100.0

Fuente: Directa

Gráfica 5.-Ocupación de la población que atiende en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez” 2018.



Fuente: Directa

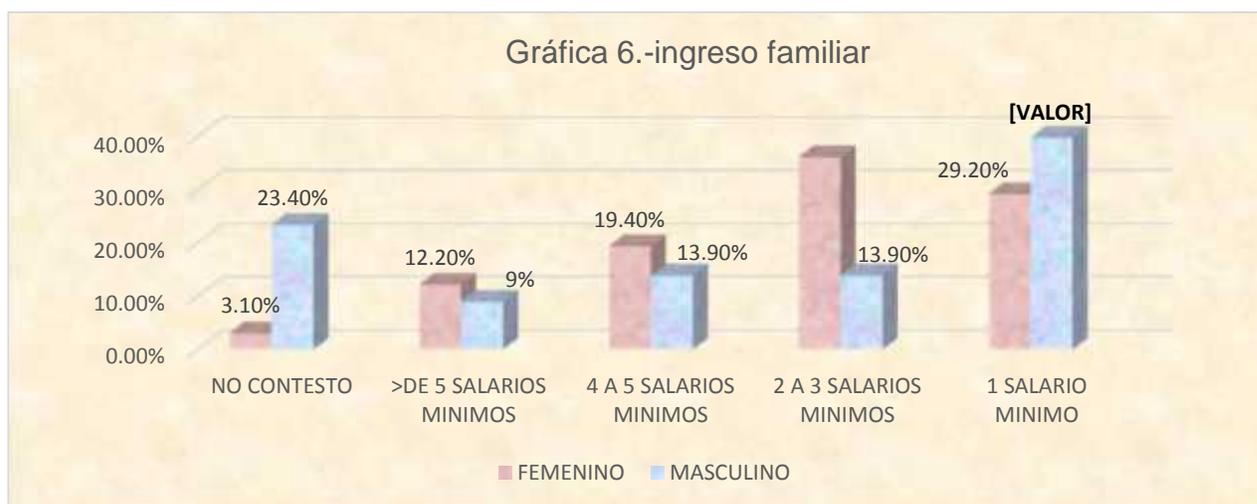
El ingreso familiar mensual se presenta en el Cuadro 6 en donde el nivel más frecuente es de 1 salario mínimo con un 39.8 % en el grupo masculino y un 36.1 % en el femenino. Sólo el 25.0 % de la población total recibe de 2 a 3 salarios mínimos y el 11.6 % corresponde a un ingreso mayor a 5 salarios mínimos. En general el grupo femenino presentó un nivel de ingresos más alto que el grupo masculino. (Gráfica 6).

Cuadro 6. Ingreso familiar mensual de la población de estudio que atiende en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) "Benito Juárez". 2018.

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
INGRESO FAMILIAR	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
NO CONTESTO	1	3.1	6	23.4	7	11.6
MAYOR DE 5 SALARIOS MINIMOS	4	12.2	3	9.0	7	11.6
DE 4 A 5 SALARIOS MINIMOS	6	19.4	4	13.9	10	16.6
DE 2 A 3 SALARIOS MINIMOS	11	36.1	4	13.9	15	25.0
UN SALARIO MINIMO	9	29.2	12	39.8	21	35.2
Total	31	100.0	29	100.0	60	100.0

Fuente: Directa

Gráfica 6. Ingreso familiar mensual de la población de estudio que atiende en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) "Benito Juárez" 2018.



Fuente: Directa

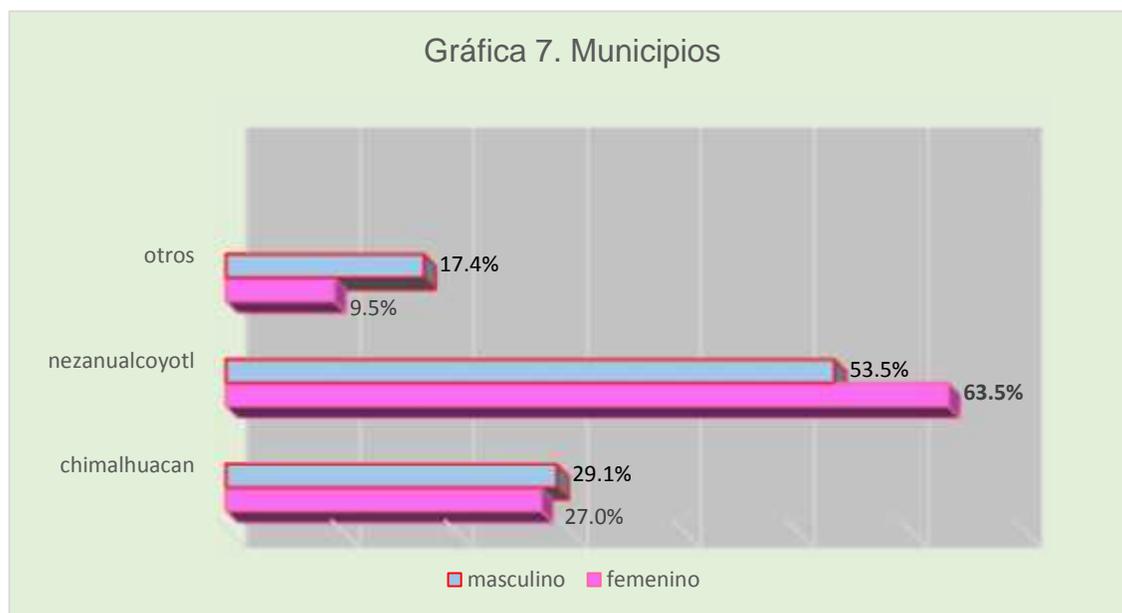
La procedencia de la población en estudio que con mayor frecuencia acude a la atención clínica fue del Municipio de Cd. Nezahualcóyotl, con un 63.5 % en el sexo femenino y un 53.5 % del masculino. Cuadro y Gráfica 7.

Cuadro 7.Procedencia de la población de estudio que se atiende en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez” 2018.

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
MUNICIPIO	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
CD. NEZAHUALCOYOTL	20	63.5	15	53.5	35	58.3
CHIMALHUACAN	8	27.0	9	29.1	17	28.3
OTROS	3	9.5	5	17.4	8	13.4
TOTAL	31	100.0	29	100.0	60	100.0

Fuente : Directa

Gráfica 7. Procedencia de la población de estudio que atiende en la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez”. 2018



Fuente: Directa

Dimensiones

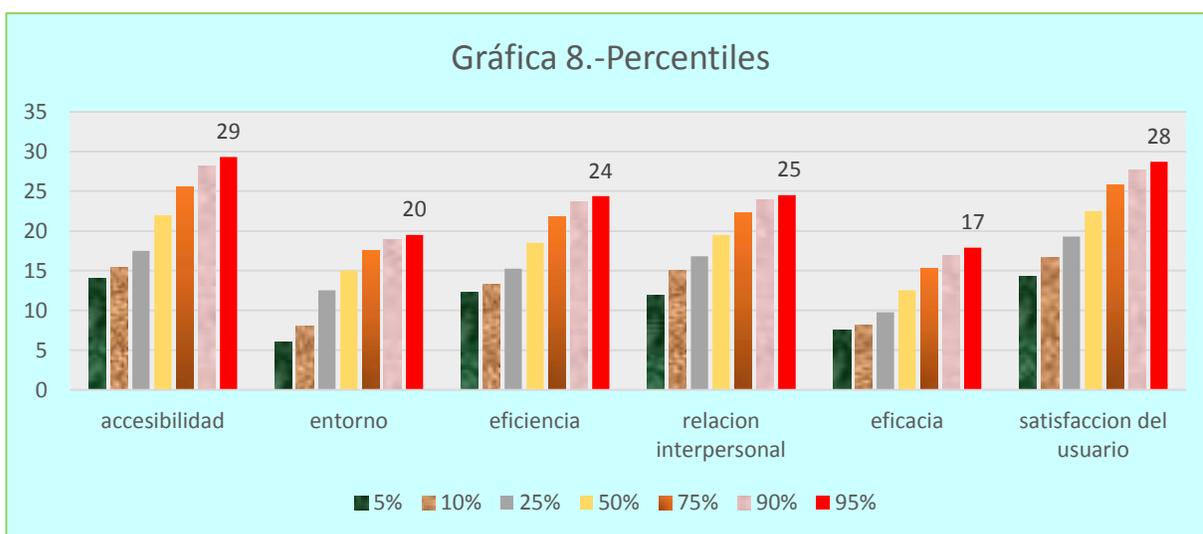
Con relación a las dimensiones de calidad, en el Cuadro 8 se muestra la distribución percentilar de las puntuaciones obtenidas en donde se observa que el 95% de personas están satisfechas con la atención odontológica recibida; con una puntuación de 12.3 en la dimensión de eficacia el 5 % respondió que no fue eficaz el servicio, lo que refleja la categoría de poco satisfechos (Gráfica 8).

Cuadro 8. Distribución por percentiles de las puntuaciones en cada dimensión de la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud “Benito Juárez” 2018

DIMENSIONES	PERCENTILES						
	5	10	25	50	75	90	95
ACCESIBILIDAD	15	16	20	22	24	27	29
ENTORNO	12	13	15	16	17	19	20
EFICIENCIA	13	15	17	19	20	22	24
RELACIONES INTERPERSONALES	15	17	18	20	21	24	25
EFICACIA	8	10	12	14	15	16	17
SATISFACCIÓN	16	20	21	23	25	27	29

Fuente: Directa

Gráfica- 8. Distribución por percentiles de las puntuaciones en cada dimensión de la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez”. 2018.



Fuente: Directa

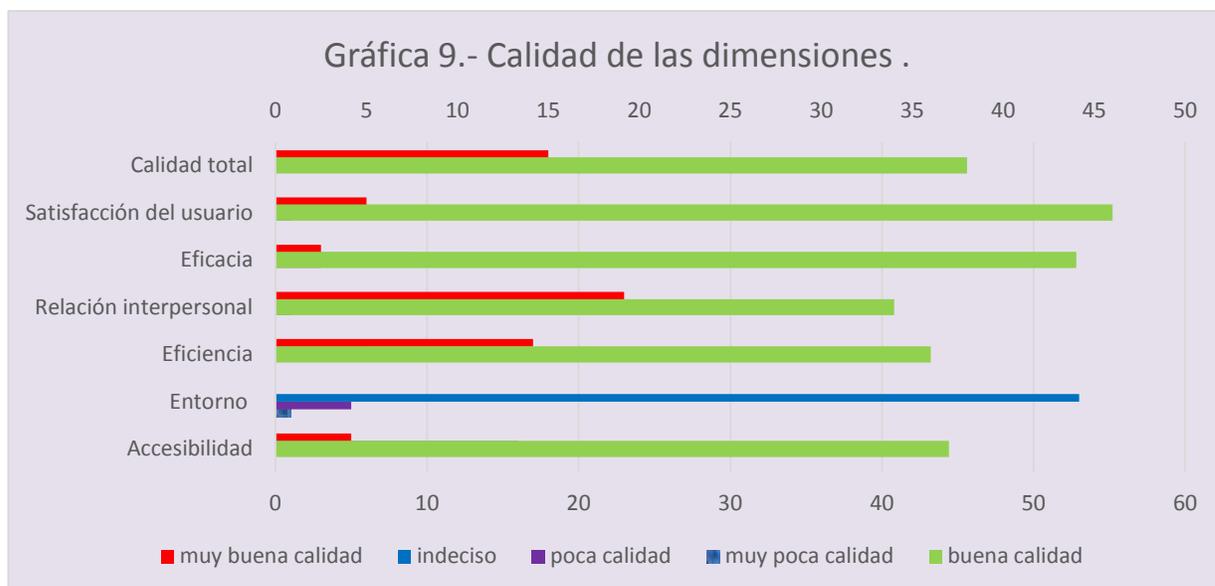
En el Cuadro 9 la calidad de la atención percibida por el paciente se describe por cada una de las dimensiones según el puntaje alcanzado y se denominó Calidad Total al valor obtenido del total de los enunciados del cuestionario. La información proporcionada por los usuarios de la clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez”. En general percibe que la calidad en cada una de las dimensiones es entre buena y muy buena calidad ya que el 76.5 % de la muestra lo califica así, con excepción de la dimensión del entorno, en donde el 88.3 % lo califica como calidad regular. Se considera que la percepción de la calidad global fue de buena y muy buena calidad para el 76.5 % (Gráfica 9).

Cuadro 9. Percepción del paciente sobre la calidad de la atención por dimensiones y calidad total, de la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez” 2018.

Dimensión	Muy poca calidad		Poca calidad		Indeciso		Buena calidad		Muy buena calidad	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Accesibilidad	0	0	1	1.7	16	27.1	37	62.7	5	8.5
Entorno	1	1.7	5	8.5	53	89.8	0	0.0	0	0.0
Eficiencia	0	0.0	0	0	6	10.2	36	61.0	17	28.8
Relación interpersonal	0	0.0	1	1.7	1	1.7	34	57.6	23	39.0
Eficacia	0	0.0	3	5.1	9	15.3	44	74.6	3	5.1
Satisfacción del usuario	0	0.0	1	1.7	6	10.2	46	78.0	6	10.2
Calidad total	0	0.0	0	0.0	3	5.1	38	64.4	18	30.5

Fuente: Directa

Gráfica 9. Percepción del paciente sobre la calidad de la atención por dimensiones y calidad total, de la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez” 2018.



Fuente: directa

Calidad de la atención percibida en relación con los datos generales

Al analizar la relación de la calidad de la atención percibida por el paciente de cada una de las dimensiones con las categorías de los datos generales, se observó diferencia estadísticamente significativa para la procedencia de los pacientes con la relación interpersonal; la ocupación del paciente con la accesibilidad y la eficiencia; y el ingreso familiar mensual con la satisfacción del paciente. No se observó relación con sexo, edad, escolaridad o estado de convivencia.

Procedencia con relación interpersonal

La procedencia del paciente que acude a la atención clínica y su relación con la dimensión de relación interpersonal se presenta en el Cuadro 10, en donde se muestra que el 57.6 % calificaron a la relación interpersonal como buena calidad y el 39 % como muy buena calidad. El análisis de Kruskal Wallis, $P < 0.05$ muestra asociación entre la dimensión de la relación interpersonal con la procedencia de los pacientes.

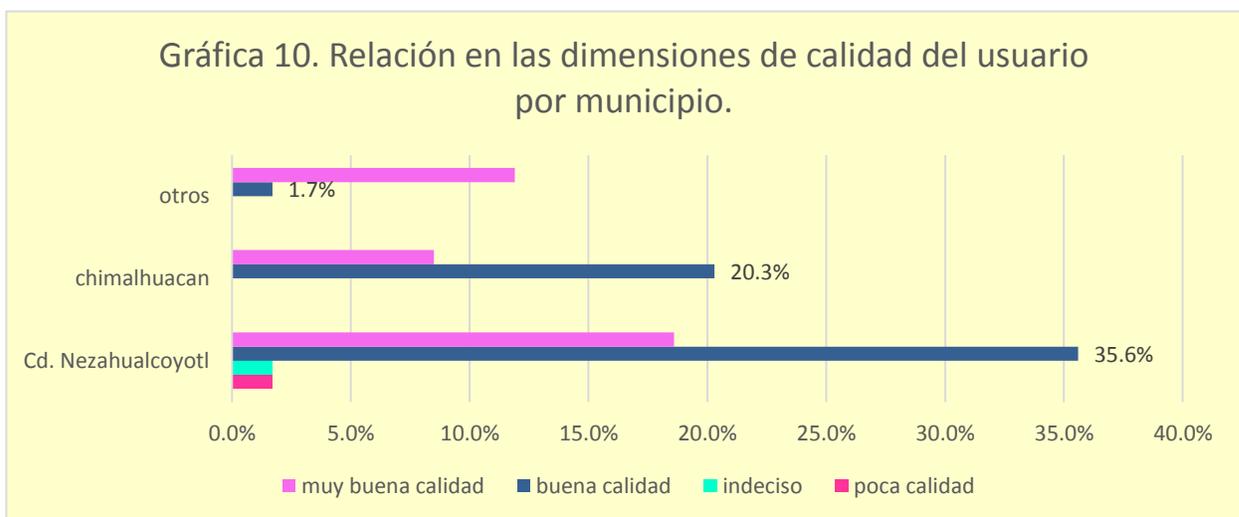
Cuadro 10. Procedencia de los pacientes con la dimensión de Relación Interpersonal, de la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez”. 2018.

	POCA CALIDAD		INDECISO		BUENA CALIDAD		MUY BUENA CALIDAD		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MUNICIPIO										
Cd. Nezahualcóyotl	1	1.7	1	1.7	21	35.6	11	18.6	34	57.6
Chimalhuacán	0	0.0	0	0.0	12	20.3	5	8.5	17	28.8
Otros	0	0.0	0	0.0	1	1.7	7	11.9	8	13.6
TOTAL	1	1.7	1	1.7	34	57.6	23	39.0	59	100.0

Fuente: Directa

Kruskal Wallis= 6.64, P< 0.05

Gráfica 10. Relación en las dimensiones de Relaciones Interpersonales y procedencia de los pacientes de la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez”. 2018.



Fuente: Directa

Ocupación con Accesibilidad, Eficiencia y Calidad Total

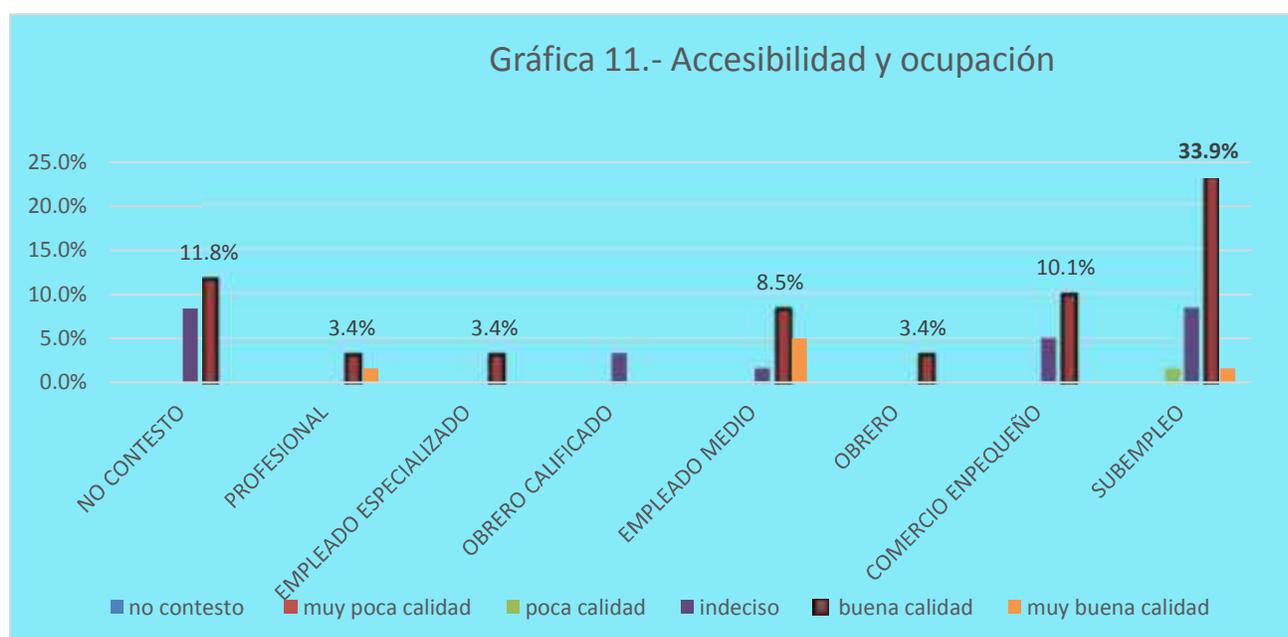
En cuanto a la ocupación de los pacientes en donde predomina el subempleo, en su relación con la dimensión de accesibilidad de los servicios brindados en la clínica, en la Gráfica 11 se muestra que las calificaciones fueron de buena a muy buena calidad en el 71.2 %. El análisis de Kruskal Wallis muestra asociación entre la dimensión de la accesibilidad con la ocupación de los pacientes, $P < 0.05$

Cuadro 11. Relación entre la ocupación de los pacientes y la dimensión de Accesibilidad, de la Clínica Universitaria para la atención a la Salud (CUAS) "Benito Juárez". 2018.

OCUPACION	POCA CALIDAD		INDECISO		BUENA CALIDAD		MUY BUENA CALIDAD		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PROFESIONAL	0	0.0	0	0	2	3.4	1	1.7	3	5.1
EMPLEADO ESPECIALIZADO	0	0.0	0	0	2	3.4	0	0.0	2	3.4
OBRERO CALIFICADO	0	0.0	2	3.4	0	0.0	0	0.0	2	3.4
EMPLEADO MEDIO	0	0.0	1	1.7	5	8.5	3	5.1	9	15.3
OBRERO	0	0.0	0	0.0	2	3.4	0	0.0	2	3.4
COMERCIO ENPEQUEÑO	0	0.0	3	5.1	6	10.1	0	0.0	9	15.3
SUBEMPLEO	1	1.7	10	16.9	20	33.9	1	1.7	32	54.1
1TOTAL	1	1.7	16	27.1	37	62.7	5	8.5	59	100.0

Fuente: Directa. Kruskal Wallis 15.78, $P < 0.05$.

Gráfica 11. Relación en las dimensiones de accesibilidad y ocupación, de la Clínica Universitaria para la atención a la Salud (CUAS) "Benito Juárez". 2018.



Fuente: Directa

En la relación de la ocupación de los pacientes con la dimensión de eficiencia de los servicios brindados en la clínica, en la Gráfica 12 se muestra que las calificaciones fueron de buena a muy buena calidad en el 89.8 %. El análisis de Kruskal Wallis 18.44, $P < 0.01$ muestra asociación entre la dimensión de la eficiencia con la ocupación de los pacientes.

Cuadro 12. Relación entre la ocupación de los pacientes y la dimensión de Eficiencia, de la Clínica Universitaria para la atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez”. 2018.

OCUPACION	INDECISO		BUENA CALIDAD		MUY BUENA CALIDAD		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
PROFESIONAL	0	0.0	0	0.0	3	5.1	3	5.1
EMPLEADO ESPECIALIZADO	0	0.0	1	1.7	1	1.7	2	3.4
OBRERO CALIFICADO	1	1.7	1	1.7	0	0.0	2	3.4
EMPLEADO MEDIO	0	0.0	4	6.8	5	8.5	9	15.3
OBRERO	0	0.0	2	3.4	0	0.0	2	3.4
COMERCIO ENPEQUEÑO	1	1.7	6	10.1	2	3.4	9	15.3
SUBEMPLEO	4	6.8	22	37.3	6	10.1	32	54.1
TOTAL	6	10.2	36	61.0	14	28.8	59	100.0

Fuente: Directa.

Kruskal Wallis, $P < 0.01$.

Gráfica 12. Relación en la dimensión de eficiencia y ocupación, de la Clínica Universitaria para la atención a la Salud (CUAS) “Benito Juárez”. 2018.



Fuente: Directa

En la relación de la ocupación de los pacientes con la Calidad Total de los servicios brindados en la clínica, en la Gráfica 13 se muestra que las calificaciones fueron de buena a muy buena calidad en el 89.8 %. El análisis de Kruskal Wallis 18.44, $P < 0.01$ muestra asociación entre la Calidad Total con la ocupación de los pacientes.

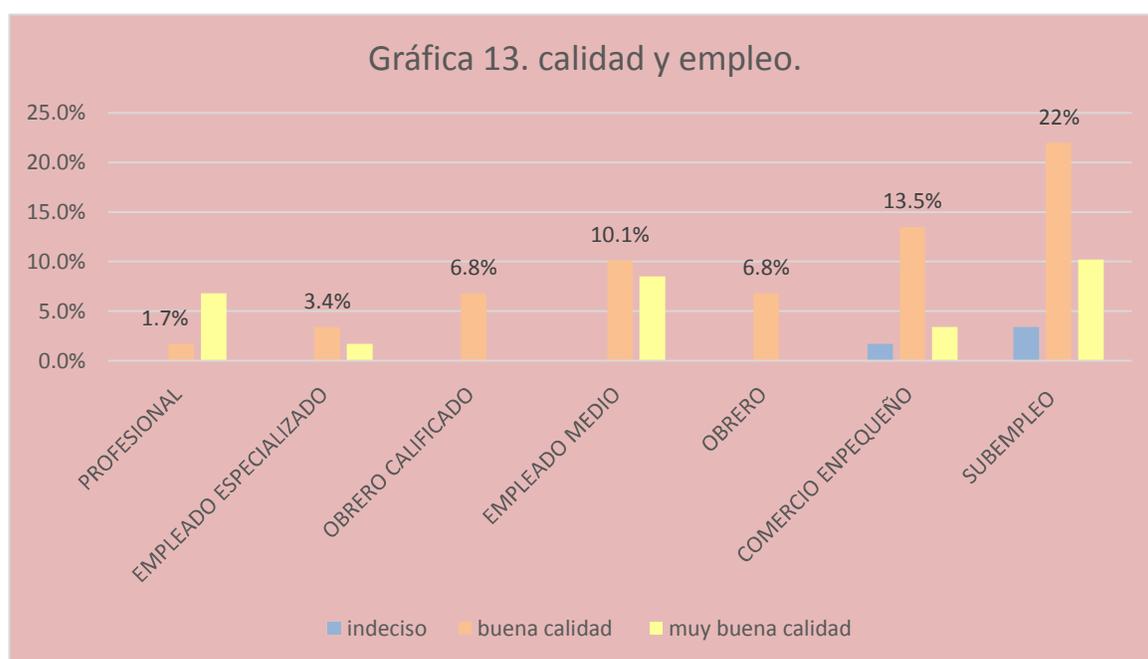
Cuadro 13. Relación entre la ocupación de los pacientes y la Calidad total de los servicios de la Clínica Universitaria para la atención a la Salud (CUAS) "Benito Juárez". 2018

OCUPACION	INDECISO		BUENA CALIDAD		MUY BUENA CALIDAD		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
PROFESIONAL	0	0.0	1	1.7	4	6.8	5	8.5
EMPLEADO ESPECIALIZADO	0	0.0	2	3.4	1	1.7	3	5.1
OBRERO CALIFICADO	0	0.0	4	6.8	0	0.0	4	6.8
EMPLEADO MEDIO	0	0.0	6	10.1	5	8.5	11	18.6
OBRERO	0	0.0	4	6.8	0	0.0	4	6.8
COMERCIO ENPEQUEÑO	1	1.7	8	13.5	2	3.4	11	18.6
SUBEMPLEO	2	3.4	13	22.0	6	10.2	21	35.6
TOTAL	3	5.1	38	64.3	18	30.6	59	100.0

Fuente: Directa.

Kruskal Wallis, $P < 0.01$.

Gráfica 13. Relación entre la ocupación de los pacientes y la Calidad total de los servicios de la Clínica Universitaria para la atención a la Salud (CUAS) "Benito Juárez". 2018.



Fuente: Directa.

Ingreso Familiar con Satisfacción del Paciente

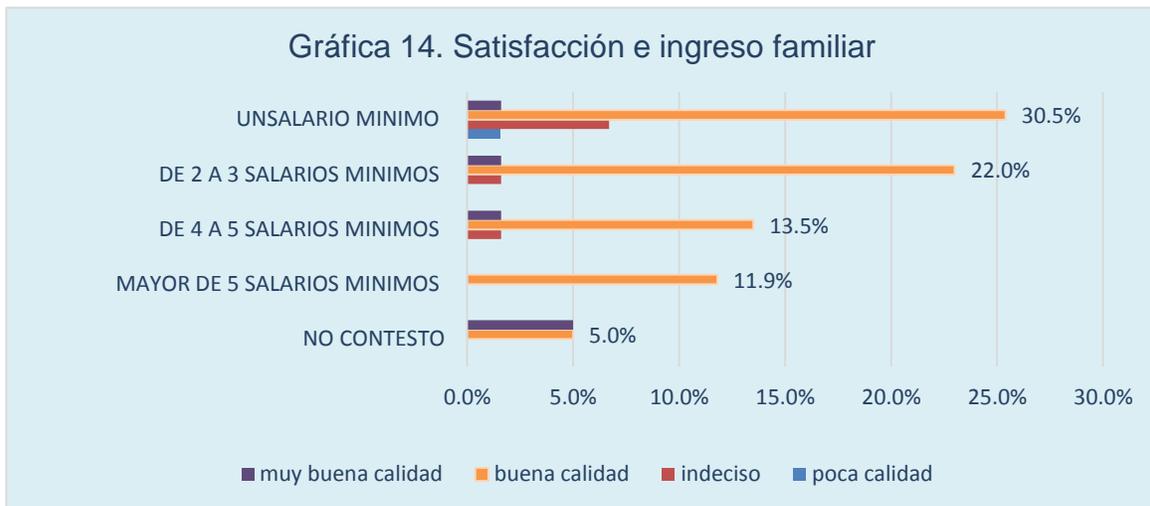
En la relación del ingreso familiar mensual de los pacientes con la dimensión de satisfacción del usuario de los servicios brindados en la clínica, en el Cuadro 14 se muestra que las calificaciones fueron de buena a muy buena calidad en el 88.1 %. El análisis de Kruskal Wallis muestra asociación entre las variables, $P < 0.05$.

Cuadro 14. Relación entre el ingreso familiar mensual con la satisfacción del paciente en la Clínica Universitaria para la atención a la Salud (CUAS) Benito Juárez, 2018.

INGRESO FAMILIAR MENSUAL	MUY POCA CALIDAD		INDECISO		BUENA CALIDAD		MUY BUENA CALIDAD		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MAYOR DE 5 SALARIOS MINIMOS	0	0.0	0	0.0	7	11.9	0	0.0	7	11.9
DE 4 A 5 SALARIOS MINIMOS	0	0.0	1	1.7	8	13.5	1	1.7	10	16.9
DE 2 A 3 SALARIOS MINIMOS	0	0.0	1	1.7	13	22.0	1	1.7	15	25.4
UNSALARIO MINIMO	1	1.7	4	6.8	18	30.5	4	6.8	27	45.8
TOTAL	1	1.7	6	10.2	46	77.9	6	10.2	59	100.0

Fuente: Directa

Gráfica 14. Relación en las dimensiones de satisfacción e ingreso familiar, de la Clínica Universitaria para la atención a la Salud (CUAS) "Benito Juárez". 2018.



Fuente: Directa.

Kruskal Wallis = 11.33, $P < 0.05$

Fiabilidad

La fiabilidad del cuestionario se evaluó por medio del análisis de la consistencia interna de los datos. Fueron consideradas las escalas de cada una de las seis dimensiones que integran el cuestionario y se aplicó el análisis del coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach a la puntuación total del cuestionario, cuyo resultado fue de 0.817 $P < 0.05$, lo cual muestra buena consistencia de los enunciados.

El coeficiente Alpha de Cronbach en las escalas de cada dimensión del cuestionario muestra niveles con valores homogéneos que oscilan entre 0.627 y 0.752 lo que indica que las dimensiones son específicas para evaluar la calidad de la atención dental percibida por el paciente. (Cuadro 15).

Cuadro 15. Coeficiente de Fiabilidad de las escalas de cada una de las dimensiones que integran el cuestionario de Calidad de la Atención según la percepción del paciente.

Dimensiones	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Accesibilidad	19.1695	3.247	0.561	0.337	0.667
Entorno	20.0678	4.409	0.207	0.132	0.752
Eficiencia	18.9831	3.672	0.463	0.331	0.698
Relaciones Interpersonales	18.7627	3.081	0.68	0.485	0.627
Eficacia	18.6102	3.518	0.438	0.283	0.706
Satisfacción del usuario	19.1525	3.476	0.452	0.296	0.702
	22.942	4,877	,956	,922	0,733
Calidad Total					

Matriz de Correlaciones

El análisis de las correlaciones entre los enunciados muestra valores iguales o superiores a 0.5 en las dimensiones de accesibilidad, entorno, eficiencia, relaciones interpersonales y satisfacción del usuario, lo cual significa que los enunciados que constituyen cada dimensión evalúan lo mismo. Los valores más altos señalan mayor fuerza de la relación (Cuadro 16). De las 15 interacciones solamente tres presentaron una correlación débil, lo que indica que las dimensiones son específicas para evaluar lo que se pretende evaluar.

Cuadro 16. Matriz de correlaciones inter-elementos

Dimensiones	Accesibilidad	Entorno	Eficiencia	Relaciones Interpersonales	Eficacia	Satisfacción del usuario
Accesibilidad	1,000	,835	,797	,715	,653	,767
Entorno	,835	1,000	,825	,923	0.504	,810
Eficiencia	,797	,825	1,000	,789	,472	,722
Relaciones Interpersonales	,715	,923	,789	1,000	,565	,819
Eficacia	,653	,504	,472	,565	1,000	,653
Satisfacción del usuario	,767	,810	,722	,819	,653	1,000

DISCUSIÓN

El estudio se realizó con el propósito de Identificar la percepción que tiene el paciente de la CUAS Benito Juárez acerca de la calidad de la atención odontológica con relación a la edad, el estado de convivencia, escolaridad ocupación, nivel de ingreso familiar y lugar de residencia.

En la evaluación de la calidad de la atención se consideraron como indicadores seis dimensiones relacionadas con el modelo de Avedis Donabedian, accesibilidad, entorno, eficiencia, relación interpersonal, eficacia, y satisfacción del usuario.^{65, 66}

Para su análisis la población del estudio se dividió por sexo y en grupos de dos rangos de edad (18 a 40 y 41 a 79 años). En el grupo del sexo femenino la muestra fue mayor 58.1 % en el grupo de mayor rango de edad, mientras que en el sexo masculino la muestra fue mayor 62.1 % en el grupo de menor rango de edad.

Con relación al estado de convivencia el 90.7 % del grupo femenino convive en familia, mientras que en el masculino la proporción de convivencia en familia es del 85.4%. Al analizar la percepción de la calidad de la atención entre los dos grupos, no se observó diferencia estadística.

En la distribución de la escolaridad el mayor porcentaje de la muestra 30.2 % se presentó en el nivel de primaria o menor y entre los sexos fue mayor en el grupo femenino 35 %. El segundo grupo en porcentaje fue el de Secundaria con un 23.3 % mientras que en el nivel profesional el grupo masculino fue mayor con un 20.4 % con relación al femenino que fue del 12.4 %. No se observó diferencia entre los grupos en la percepción de la calidad de la atención.

En cuanto a la ocupación la distribución el subempleo fue el más frecuente con un 33.2 %, seguido conjuntamente del comercio en pequeño y empleado medio con un 15 %. No hay diferencia entre los grupos femenino y masculino, pero existe asociación con la dimensión de accesibilidad $P < 0.05$; con la dimensión de la eficiencia, $P < 0.01$; y con la Calidad Total $P < 0.01$.

En la distribución del ingreso familiar mensual la mayor proporción se ubicó en un salario mínimo, pero entre los sexos, en el grupo femenino fue para el grupo de 2 a 3 salarios mínimos con un 36.1 % y en el grupo masculino 39.8 % con un salario mínimo. Esta variable mostró asociación con la dimensión de Satisfacción del paciente, $P < 0.05$ en la percepción de la calidad de la atención.

Con relación a la procedencia de los pacientes, el 58.3 % residen en el Municipio de Cd. Nezahualcóyotl, seguido por Chimalhuacán con un 28.3 %. En el análisis se observó asociación con la dimensión de relación interpersonal, $P < 0.05$.

En general el 95 % de los pacientes perciben que la calidad en cinco de las dimensiones es entre buena y muy buena, pero el 89.8% percibe la dimensión del entorno en calidad regular. Es probable que para esta dimensión el paciente perciba que las características del entorno podrían mejorarse.

Para el análisis de Calidad Total, que es la suma de todos los enunciados del cuestionario, la percepción fue buena en un 64.4% y muy buena en un 30.5 %. El porcentaje de pacientes que consideraron la atención como de calidad regular fue del 5.1 %.

De los diferentes autores revisados, Ramírez quien en 1998 evaluó la calidad de la atención médica percibida por los usuarios en México, encontró que el porcentaje más alto de percepción de buena calidad se presentó entre los usuarios que acudieron a las instalaciones privadas (90 %) seguido de las personas que acudieron a la Secretaría de Salud (82 %) a otras instituciones públicas (81 %) y por último quienes obtuvieron la percepción más baja de calidad de la atención, los usuarios que recibieron atención en servicios de seguridad social (73.5 %).⁵⁴

En el municipio de Santiago de Cuba se evaluó la calidad de la atención médica integral a partir de la percepción de la atención a los trabajadores. Los resultados mostraron que fueron calificados como de manera adecuada en los conceptos de la dotación de Centros de Medicina Familiar, la cobertura médica y la cobertura de enfermería; sin embargo, en el rubro de equipamiento de los Centros de Medicina Familiar no se perciben bien. Se consideró que el resultado sería de gran importancia en la toma de decisiones en cuanto a la estructura e inversión en los Centros de Medicina Familiar.⁵⁶

Un estudio realizado por Jacinto (2008) en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Perú mostró que según la percepción de los pacientes, la calidad de la atención odontológica recibida fue buena en un 56.5 %. Estos resultados coinciden con los del presente estudio cuya calidad fue buena para el 53.3 % de la muestra. Sin embargo en lo obtenido por la percepción de mala calidad fue en el 21.8 % de los pacientes y en el presente estudio se percibió en solo el 3.3 %.⁵⁷

Romero en el 2008 analizó la calidad de la atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides en Perú, en donde el 28.3 % de los pacientes percibe la atención como de buena calidad y el 25 % tiene una percepción desfavorable, principalmente en la dimensión interpersonal. En el mismo estudio el 26.7 % percibe una calidad buena, en relación a un entorno favorable. Los resultados del presente estudio mostraron que el 53.3 % de la muestra evaluó buena calidad, el 3.3 % mala calidad. En la dimensión interpersonal se obtuvo un 35% en buena calidad. En la dimensión del entorno el 41.7 % la percibió con buena calidad y el 13.3 % en muy buena calidad.¹

Otro estudio en el cual se analizó la calidad de la relación del personal de salud con los pacientes internados en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México, en relación con la atención médica se encontró un alto grado de satisfacción. En este aspecto coincide con los resultados del presente estudio, no obstante los pacientes percibieron como inadecuado el trato cotidiano (no clínico) del personal médico y de enfermería del hospital, relacionado con la falta de confianza para solicitar información acerca de su padecimiento. El uso excesivo de tecnicismos por parte del prestador de servicios reforzó esta percepción de trato inadecuado. Se concluye que la percepción de la efectividad clínica no significa una plena calidad de la atención y que es necesario incorporar las necesidades y expectativas de trato no clínico de los pacientes a la eficiencia técnica y científica. El autor señala la importancia del trato en la dimensión interpersonal en el proceso de atención que ya había sido identificada por Donabedian como un elemento esencial para la calidad de la atención, el cual se deriva del trato otorgado por el personal médico y paramédico. ⁵⁸

Existe una gran diversidad de elementos que pueden evaluar los pacientes o los usuarios de los servicios de salud, por lo que se constituyen en una información muy importante a considerar cuando se quiere evaluar los servicios de atención a la salud con fines de mejorar la calidad. Es necesario un cambio en la percepción del profesional acerca de lo que cree como esencial en la tarea de la atención a la enfermedad y el mantenimiento de la salud, y que trascienda la línea que divide la relación personal de salud-paciente como parte de una misma realidad, la realidad humana y la comunicación interpersonal en el proceso de la atención. ⁵⁸

López en el 2012 en un estudio realizado en la Universidad de Valencia observó que los individuos de la muestra presentaron niveles de satisfacción buenos en relación con la asistencia odontológica recibida y fueron superiores en las personas de más de 65 años de edad que en las del rango de 36 a 65 años. ²⁶

En relación a la fiabilidad del instrumento de recolección de los datos, en cada una de las escalas de las seis dimensiones se analizó la consistencia interna de los datos mediante el coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach, que mostró buenos niveles con valores que oscilan de 0.741 a 0.805. Para la escala de la Calidad Total en donde se considera el puntaje de todos los enunciados del instrumento, el coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach fue de 0.817 $P < 0.05$, lo cual muestra buena consistencia de los enunciados e indica que el cuestionario es un buen instrumento para evaluar la percepción de los usuarios con relación a la calidad de la atención dental.

CONCLUSIONES

La percepción de los pacientes acerca de la calidad de la atención dental recibida mostró lo siguiente:

En relación con el estado de convivencia, el 90.7 de las mujeres y el 85.4 de los hombres viven en familia.

El 16.6 % de la muestra tiene una escolaridad profesional, el 15 % de preparatoria y el 66.8 % de nivel técnico o menor.

En cuanto a la ocupación el 5 % es profesional, el 3.3 % empleado especializado, el 3.3 % obrero calificado, el 39 % empleado medio o menor.

En relación con el ingreso familiar mensual el 45 % percibe más de cinco salarios mínimos, el 41.6 % percibe de 2 a 5 salarios mínimos y el 35.2 % percibe un salario mínimo.

En la evaluación de la calidad el 88.2 % de los pacientes está satisfecho con la atención dental recibida.

En cada una de las dimensiones la evaluación de los pacientes en un 95 % fue de buena a muy buena calidad con excepción de la dimensión del entorno que el 89.8 % la califica de calidad regular.

En la relación de la calidad de la atención percibida por los pacientes con los datos generales se observó diferencia entre los grupos de Procedencia con la Relación Interpersonal; de Ocupación para las dimensiones de Accesibilidad, Eficiencia y Calidad Total; y el Ingreso Familiar con la Satisfacción del Paciente.

El análisis del instrumento de recolección de los datos mostró buena consistencia de los enunciados con un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.804 $P < 0.001$.

PROPUESTAS

A través de las encuestas realizadas ha quedado una percepción en la mayoría de las dimensiones de buena calidad durante el tratamiento recibido, pero sin embargo se debería implementar medidas para su mejora, que como se menciona con anterioridad, tal vez sea el tiempo que se demora en solucionar el problema del paciente. Esto nos hace reflexionar si durante la visita a los servicios de salud dental es clara la información que se proporciona hacia el paciente del proceso salud – enfermedad – tratamiento.

Como propuestas implementaría lo siguiente:

1.- Utilizar y actualizar el equipo que se encuentra en la CUAS para el fomento a la salud bucal promoviendo por medio de audio o videos educativos de cuidados preventivos, de rehabilitación y progresión de las enfermedades bucales hasta la pérdida total de los dientes, considerando tanto paciente infantil hasta adulto mayor.

Nota: dentro de la clínica se encuentra dos televisiones en el área de espera cuenta con video caseteras pero estas sólo se usan para ver los programas que quieren ver los trabajadores administrativos y las prenden a la hora que ellos quieren, considerando que la clínica se caracteriza básicamente por tener mayormente población infantil, en la planta baja y la planta alta adultos.

2.- Realizar un acercamiento con la comunidad que ingresa a la CUAS, por medio de los pasantes, dando promoción, protección y detección de la salud bucal de acuerdo a edad y sexo de los pacientes ya sea con rotafolios, carteles, videos etc., o lo necesario para realizar dichas actividades.

3.- Realizar un diagnóstico de salud de la población que ingresa a la CUAS e ir actualizándolo cada año escolar.

Nota: serviría de práctica también para los pasantes conocer cómo realizar un diagnóstico de salud y así también se mantendría actualizado y los equipos de cómputo donde se tienen las historias clínicas también se revisarían para ver si las llenan completas o se encuentran incompletas, tomando en cuenta que los profesores revisan las historias clínicas y hay pacientes que reingresan ya sea al año o años siguientes.

4.- Durante la consulta el profesional deberá de manera sencilla y explicativa el proceso de atención sobre su tratamiento integral por parte del profesional ya sea profesor o alumno.

5.- Implementar un servicio de laboratorio dental para realizar los trabajos que se requieran y de esta forma agilizar el tratamiento pudiendo incluir una reducción del costo y así evitar abusos de los cobros excesivos, donde los cobros aparezcan en caja al igual como los tratamientos que se realizan en la CUAS .

6.- Implicar a todo el personal administrativo para que todos den la misma información de los horarios de atención y servicios con los que cuenta la CUAS para evitar que los pacientes anden de clínica en clínica quien los pueda recibir.

7.- Realizar un directorio de estudiantes y pasantes de odontología, por año, incluyendo a las demás áreas para remitir a los pacientes cuyo tratamiento no pueda realizarse en la CUAS, o que esté saturada la atención y así continuar con su rehabilitación sin que el paciente se traslade a otra clínica, y así evitar pérdida de pacientes.

8.- Tener a un profesor responsable de pasantes que dirija las actividades clínicas para evitar abusos tanto de pasantes como de pacientes y solucionar inmediatamente cualquier situación de disgusto por parte de pacientes, porque ellos están en la clínica casi solos todo el tiempo.

9.- Que la especialidad de estomatología implementara a sus alumnos programas de control y evaluación de calidad para evaluar a las CUAS para que se le dé la importancia que es este rubro tiene y así todos tanto profesores, alumnos y personal administrativo trabajarían con el mismo criterio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero Ameri Liliam Claudia. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana. Perú 2008
2. Huertas Martínez Sofía. Satisfacción de los pacientes en la consulta odontológica privada en Moravia. Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología. Marzo 2015.
3. Aguirre Gass, Héctor Gerardo. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. Revista cirugía y cirujanos. México 2008; (76) págs.187-196.
4. Aguirre Gass, Héctor. Evaluación y garantía de calidad en la atención médica. Revista de Salud Pública. México 1991; (33) págs. 623-629.
5. Aguirre Gass, Héctor. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Revista de Salud Pública México 1990. Vol. 32 (2): págs. 170 – 180.
6. Fernández Busso, Nélica. Programa de educación a distancia. Nuevas formas de organización y financiación de la salud. Fascículo1. Disponible en: <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/ejcurso.pdf>
7. Guzmán, M P. Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2005. 4 (8), págs. 65-78.
8. Jaramillo Echeverri, Luis Guillermo, Pinilla Zuluaga, Carlos Alberto, Duque Hoyos, Martha Isabel, González Duque, Lucero. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales, Colombia. 2002.
9. Jiménez Paneque Rosa. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. una mirada actual. Rev. Cubana salud pública. 2004 Cuba 30; (1) págs..17-36.

10. Ley General de Salud. Tomo I. Decimoséptima Edición. Editorial Porrúa. México. 2014. págs. 10,103.
11. Mira JJ, Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Revista Medicina Clínica. 2000; 114 (3) págs. 26-33.
12. OPS. OMS. Estrategia de cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con México. 2015-2018. Disponible en: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mex_es.pdf
13. Reyes Zapata Hilda, Meléndez Colindres Manuel, Vidal Pineda Miguel. Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención. Rev. Salud Pública de México. 1990. 32. Págs. 232-242.
14. Carrillo Tarascio Daphne, Romero Uzcátegui Yajaira. 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. Acta Odontológica Venezolana 2005. Venezuela 45; (2): págs.1-9
15. Coronado Zarco, Roberto, Cruz Medina, Eva, Macías Hernández Salvador Israel, Arellano Hernández, Aurelia, Nava Bringas, Tania Inés. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. México. 2013; (25) págs.26-33.
16. Cabello Morales Emilio. Calidad de la atención médica: ¿Paciente o cliente? Rev. Med. Hered. Péru 2001. 12; (3) págs.96-99.
17. Malagón Londoño, G. et al. Garantía de calidad en salud. 2da. Edición. Editorial Médica Internacional. Colombia 2006. Pág. 5.
18. Fontalvo HTJ, Vergara SJC. La gestión de la calidad en los servicios. ISO 9001:2008. Segunda Edición 2010.
19. Avalos García María Isabel. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Revista Horizonte Sanitario SSA. México 2010 (9); 1.
20. Ministerio de Fomento. Calidad Nivel 1. Ministerio de Fomento. Consulta año 2016 Disponible en: http://www.apmarin.com/download/691_cal1.pdf

21. Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu. M, Peña Fortes M, Infante Ochoa, I . La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev. Cubana Salud Pública. La Habana Cuba, 2008. 34; 4.
22. Kerr, M. and Trantow, D. J. Defining, measuring and assessing the quality of health services. Public Health Reports, 1969. 84 (5), págs.415-424.
23. Guru, C. Tailoring e-service quality through CRM. Managing Service Quality, 2003. 13 (6), págs.520-531.
24. Guzmán, M P. Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2005.. 4 (8), págs. 65-78
25. Viniegrá Velásquez, Leonardo. El control de calidad del ejercicio de la medicina: Un marco teórico. Gaceta Médica de México. 1990. 126: págs..283-289. Disponible en:
http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/indicadores/FT_IR_v_final_oct_2014.pdf
26. López Garvi, Antonio José. Estudio de la satisfacción del paciente en odontología mediante cuestionarios de salud: adaptación al español del cuestionario “dental satisfaction questionnaire” Tesis doctoral. Departament de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia. España. Enero 2012.
27. Losada Otálora, Mauricio, Rodríguez Orejuela, Augusto. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Rev. Cuadernos de Administración [en línea] 2007, 20 (julio-diciembre): [Fecha de consulta: 26 de agosto de 2016] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20503411>> ISSN 0120-3592
28. Grönroos, C. A service quality model and its marketing implications. Rev. European Journal of Marketing, 1984. (18) págs.36-44.
29. Losada OM, Rodríguez OA. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Revista Cuadernos de Administración. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia vol. 20, núm. 34. Diciembre 2007, pág.. 237-258.. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20503411>

30. López Soto OP. Cerezo CMP. Paz DAL. Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 9 (18): 124-136, Enero-Junio de 2010.
31. Lynne Miller Franco, Diana R. Monografía de la garantía de la calidad. Center for human services. Junio 2004.
32. Vandamme, R. and Leunis, J. Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality. International Journal of Service Industry Management, 1993. 4 (3) págs.30-40.
33. Fajardo D G. Hernández TF. Aguilar RMT. Queja médica y calidad de la atención. 2009. Disponible en:
http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_00D.pdf
34. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Editorial La Prensa Médica Mexicana. págs..1984. 194.
35. Corella CJM, Tarragón SMA, Mas VT, Corella MJM, Corella ML. Control de calidad como referente de la cualidad asistencia. Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia. N°. 77, 2007, págs. 29-31.
36. Institute of Medicine America's Health in Transition. Protecting and improving quality. NAP. EUA.1994: 3.
37. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Mayo-junio 1993. Revista Salud Pública México. Vol. 5 (3) págs.238-247.
38. Álvarez Hernández, Fermin. fermin.alvarezh@incmnsz.mx. La relación calidad, productividad y costos en los servicios de salud. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán. México.
39. Castañeda Deroncelé, Carlos. Propuesta metodológica para la evaluación de la calidad de los servicios clínicos de prótesis estomatológica. Rev. MEDISAN. México 2013 17; (10) 7048.
40. Reyes, ZH. Calidad en la atención de la salud. Salud Pública México. 2013. Vol. 55 (2) págs.100-105
41. Donabedian A. Los siete pilares de la Calidad. Rev Calidad Asistencial 2001;17: págs.96-100.

42. Rioboo R. *Odontología Preventiva y Comunitaria*. Madrid: Avances; 2002.
43. Consejo de Salubridad General. *Estándares para la certificación de clínicas de atención primaria y consulta de especialidades*. México 2015. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/capce/Estandares_2015_CAPCE.pdf
44. Seclén Palacin, Juan, Darras Cristian. *Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores socio demográficos y de accesibilidad asociados*. Perú, 2000. ISSN 1025 5583 págs. 127-141.
45. Pascoe G. Patient satisfaction in primary care: a literature review and analysis. *evaluation and program planning*. 1983; (6) pág.185-210.
46. Slim Haddad, Louise Potvin, Danièle Roberge. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Family Practice*. Great Britain, London. 2000. 17: 21–29.
47. Donabedian, A. The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1998. 260 (12), págs.1743-1748.
48. Ruelas Barajas, Enrique, Zurita García Beatriz, *Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud*. *Rev. Salud Pública de México*. 1993. 35: pags. 235-237.
49. Donabedian et al. Quality, Cost and Health: an integrative model. *Rev. Med Care* 1982. 10: págs.975-992.
50. Ruelas Barajas Enrique, Reyes Zapata Hilda, Zurita Garcia Beatriz, et al. *Círculos de calidad como estrategia de un programa de la atención en el instituto nacional de perinatología*. *Rev. Salud Pública de México*. 1990. 32. Págs.270-220.
51. Donabedian, A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press. 1980.
52. Ruelas Barajas Enrique. *Calidad, productividad y costos*. México. *Salud Publica México*. 1998. 35. Pags.298-304.
53. Maciejewski Kane. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. 1997. *Med. Care*. 35;(7) pág.14-30.

54. Ramírez Sánchez Teresita, Nájera Aguilar Patricia, Nigenda López Gustavo. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Rev. Salud Pública México. 1998 40. Págs. 3-12.
55. Sarrazola Moncada, Ángela María; Castaño Tabares, Melissa Andrea y Colaboradores. Satisfacción de los pacientes atendidos en Clínica Odontológica de la Universidad Cooperativa de Colombia. Revista Nacional de Odontología, oct 2016, Vol. 12 Issue 23, p1-12, 12p. Publisher
56. Sánchez Jacas, Isolina, Bonne Galí, Thelma, Pérez Ferrer, Carina, Botín Díaz, Maximiliano. Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio Santiago de Cuba. Rev. Cubana Salud Pública. Cuba 2002. 28; 1(:) pags. 38-45.
57. Jacinto Núñez José Luis. Percepción de la calidad de atención del paciente que acude a la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM durante el año 2007. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología E.A.P. de Odontología. Lima, Perú. 2008.
58. Herrera Kiengelheri, Loredmy, Villamil Álvarez, Mirna. Relación del personal de salud con los pacientes en la ciudad de México. México 2009 Rev. Salud Pública México 43; (4) págs. 589-94
59. Gaceta Comunidad Zaragoza, Pp.29, 2005
60. Tesis Guillermo Gómez Jiménez. El docente a través de la historia de la universidad, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, carrera de psicología, Fes Zaragoza 2009.
61. José Martín, Juárez Sánchez. Historia de las instituciones de enseñanza de Química en la UNAM Revista Digital Universitaria1 de septiembre 2011 • Volumen 12 Número 9 • ISSN: 1067-6079FQ, FES Zaragoza E IQ. disponible: <http://www.revista.unam.mx/vol.12/num9/art82/art82.pdf>
62. Fes Zaragoza disponible: <https://www.zaragoza.unam.mx/>
63. Información del INEGI, Tabulados de la Encuesta Intercensal 2015, Fecha de elaboración: 24/10/2016

64. Donabedian, Avedis (1995): Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la Calidad en: "Calidad de Atención a la Salud", Instituto Nacional de Salud Pública, México, Vol. 2, N° 3, Feb. Pág. 8.)
65. Fichas Técnicas para la Construcción de los Indicadores de Resultado. Secretaría de Salud. México. 2014. Disponible en:
http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/indicadores/FT_IR_v_final_oct_2014.pdf
66. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública Mex 1990;32:113-117.
67. Secretaría de salud. Dirección general de calidad y educación en salud. Programa sicalidad. 2015. Disponible en:
http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad2/dgces-pae_00.html
68. Squassi Ado, Mercer Hugo, Bordoni Noemi. Evaluación de calidad de los procesos de atención de salud bucal empelando el método basado en la semiótica de los enunciados. Revista Salud Pública México. 2005.

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA UNAM
ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DENTAL

Estimado usuario(a), con la intención de mejorar el servicio que se brinda a los pacientes solicitamos su colaboración para contestar el presente cuestionario, que pretende identificar si el servicio es accesible, el ambiente de la clínica es confortable, el trato al paciente es cordial y respetuoso y el tratamiento soluciona el problema bucal motivo de la consulta.

El cuestionario es anónimo y consta de datos generales que proporcionarán información para tener un contexto general de las características de los pacientes. En un segundo apartado la intención es evaluar las condiciones de calidad del servicio de odontología.

Fecha_____

Lugar de residencia:

Colonia _____ Delegación _____
o Municipio

Estado de convivencia: Solo En familia

Escolaridad: Primaria o menor Secundaria Nivel Técnico

Preparatoria Profesional

Ocupación: Profesional Empleo especializado

Obrero Calificado Empleado medio

Obrero Comercio en pequeño Subempleo

Nivel de ingreso familiar: Mayor a cinco salarios mínimos

Cuatro a cinco salarios mínimos

Dos a tres salarios mínimos Un salario mínimo

Agradecemos la atención que se brinde al presente.

INSTRUCCIONES

El cuestionario contiene una serie de enunciados, por favor lea cuidadosamente y marque con una "X" la casilla que corresponda a su elección, por ejemplo:

No.	ENUNCIADOS	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
	Le desagrada ir al dentista por temor a que le lastime.				x	

II- CONTENIDO

	ENUNCIADOS	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	El precio del tratamiento es adecuado a sus posibilidades.					
2	El tiempo en la sala de espera para ser atendido es aceptable.					
3	La clínica está cerca de su casa, de su trabajo o de la escuela de su hijo.					
4	En caso de urgencia, es posible conseguir una consulta dental de forma inmediata.					
5	El horario de la atención dental es adecuado.					
6	La clínica cuenta con sanitarios limpios.					
7	La sala de espera se mantiene limpia.					
8	El ambiente de la clínica dental es adecuado para mantener su privacidad.					
9	El consultorio dental tiene un ambiente confortable.					
10	El dentista le atiende aún cuando llegue tarde a la cita.					
11	Le desagrada ir al dentista por temor a que le lastime.					

12	El dentista es muy cuidadoso con el tratamiento que le realiza.					
13	Recibió instrucciones del cuidado que debe tener con su tratamiento.					
14	El dentista parece preparado y seguro cuando le atiende.					
15	El dentista trata a sus pacientes con respeto.					
16	El personal auxiliar es atento y amable con los pacientes.					
	ENUNCIADOS	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
17	El personal de la clínica le proporciona orientación y le motiva para que usted realice acciones en el cuidado de su salud como el cepillado dental.					
18	Cuando acude a consulta le recuerdan que tiene que cuidar su salud bucal.					
19	El dentista escucha con atención sus necesidades.					
20	Considera que su tratamiento dental podría mejorarse.					
21	Está satisfecho con el tratamiento dental que le hicieron.					
22	Está satisfecho con el trato recibido.					
23	La información que le dieron acerca de las medidas preventivas en salud fueron claras.					
24	Cuando le atienden el dentista usa guantes, cubrebocas y lentes.					
25	El ambiente de la clínica dental se observa limpio y ordenado.					

26	El ambiente de la clínica dental tiene buena iluminación y ventilación.					
27	El dentista permite que usted exprese sus preocupaciones y temores.					
28	El dentista responde claramente a sus preguntas.					
29	Le programan las citas con la oportunidad que usted necesita.					
30	El tiempo que le dedican a su tratamiento es el adecuado.					
31	En la clínica existen condiciones de acceso para las personas con discapacidad.					
32	¿Recomendaría el servicio a sus familiares y amigos?					
	Comentarios y sugerencias					