



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE
SALUD PÚBLICA

TESIS DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD DE
LA SECRETARIA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES-
UNC.

AUTOR: OD. SERGIO AGUSTÍN ZAMAR
DIRECTOR: PROF. MGTER. RUBÉN CASTRO TOSCHI
CÓRDOBA- NOVIEMBRE DE 2015



TRIBUNAL DE TESIS

- ❖ Prof. Dr. Juan Carlos Estario
- ❖ Prof. Mgter. Julieta Sánchez
- ❖ Prof. Mgter. Andrea A. Aimino

Resolución 1142/15 del Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas.

DIRECTOR DE TESIS

- ❖ Prof. Mgter. Rubén Castro Toschi

Resolución 1350/14 del Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas.



Al Prof. Dr. Zamar Roberto, mi querido Abuelo.



AGRADECIMIENTOS

- *A la Escuela de Salud Pública y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba por todo el conocimiento impartido.*
- *A la Maestría en Salud Pública y los miembros de la comisión de becas, que me permitieron obtener una beca de estudios para poder realizar, cursar y finalizar esta Maestría, que sin la misma, me hubiera sido imposible. Agradecimiento especial al Dr. Estario y al Dr. Martínez.*
- *Al Prof. Mgter. Rubén Armando Castro Toschi quien acepto dirigirme en este viaje académico y que desinteresadamente guio e iluminó el camino para lograr desarrollar la siguiente tesis. Así también agradezco los aportes indispensables de la Dra. Susana Rivolta.*
- *A todo el personal de la Escuela de Salud Pública y de la Maestría que me ayudaron en todas mis inquietudes y tuvieron la paciencia necesaria para todas mis preguntas. Mi especial agradecimiento para Inés, Edith, Cecilia y Verónica.*
- *A la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la Universidad Nacional de Córdoba que me permitió desarrollar, analizar e investigar la siguiente tesis en los consultorios Odontológicos de la Dirección de Salud.*
- *A todo el personal del servicio Odontológico de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles que colaboro en la conformación y*



tabulación de las encuestas. Virginia, Alfredo, Adriana, Cristina, Josefina, Romina, Carina, Gimena, Enrique, Elena y Alejandra gracias por todo su apoyo y paciencia.

- *A Víctor Zanetta y Carla Carrizo por su constante ayuda, orientación, sostén y paciencia para llevar a cabo este trabajo, sin ustedes no habría podido finalizarlo.*

- *A todo el personal de mis cátedras, tanto Introducción a la Odontología como Odontología Legal, por fomentar el trabajo constante, la profesionalización y la búsqueda de la excelencia académica. En especial agradecimiento a mis Profesores Titulares Guadalupe Lissera y Luis Hernando como también a mis compañeros, Eugenia, Guillermo, María José, Ivana como así también Cecilia y Exequiel.*

- *A mis amigos German, Jorge, Mariano, Miguel, Cristian, Pablo y Mauricio que juntos soñamos y trabajamos por nuestros ideales y tratamos de aportar nuestro granito de arena para lograr una profesión mejor, con calidad humana y de excelencia.*

- *A mi familia que me incentivaron siempre y me enseñaron el camino del esfuerzo y del sacrificio donde la formación académica y la educación es un objetivo para toda la vida que siempre generará sus frutos.*

- *A mi novia Laura que me apoya constantemente en todos mis emprendimientos y que colaboró activamente en la realización de este trabajo, por tu paciencia, apoyo y amor muchas gracias.*



Art. 23. - Ord. Rectoral 3/77 “La facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor”



ÍNDICE

RESUMEN.....	9
SUMMARY	10
INTRODUCCIÓN.....	11
PROBLEMÁTICA- ANTECEDENTES- RELEVANCIA	15
MARCO TEÓRICO	24
La Odontología como Profesión.....	24
¿Que entendemos por Odontología?.....	26
Evolución epistemológica de la Odontología	27
Historia de la calidad.....	29
La Calidad de los Servicios de Salud en Argentina	36
Componentes del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.....	39
Autores Principales o Notables de la Calidad	41
Conceptos de Calidad.....	60
La calidad de los servicios de salud según Avedis Donabedian.....	64
OBJETIVOS	79
▪ Generales.....	79
▪ Específicos	79



DISEÑO METODOLÓGICO	80
Tipo de Estudio	80
Población	80
Muestra	80
Trabajo de campo	82
Variables del cuestionario auto-administrado	84
Instrumentos de recolección de datos	86
Tratamiento y análisis de datos cuantitativos.....	87
RESULTADOS	88
DISCUSIÓN.....	116
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	122
BIBLIOGRAFÍA.....	125
ANEXO	135
MODELO DE CUESTIONARIO	139
GUÍA DE PREGUNTAS.....	141



RESUMEN

Introducción: La salud bucal es muy importante en la calidad de vida de las personas siendo está factor principal a tener en cuenta dentro de las organizaciones prestadoras de servicios. Es indispensable disponer de la información adecuada acerca de las opiniones que tienen los pacientes de su atención y así contar con distintos instrumentos que permitan mejorar la calidad y la eficacia de los mismos. El presente estudio se realizó en la Dirección de Salud de la Secretaria de Asuntos Estudiantiles de la Universidad Nacional de Córdoba, y tuvo como finalidad evaluar la percepción que tuvieron los usuarios acerca de la calidad del servicio de odontología en el año 2014. Se evaluó tomando en cuenta las categorías que planteó Donabedian (1992) para lograr medir la calidad del servicio (Estructura, Procesos y Resultados). **Objetivos:** Reconocer la percepción que tuvieron los usuarios acerca de la calidad en la atención odontológica en la Dirección de Salud de la Secretaria de Asuntos Estudiantiles de la UNC. **Metodología:** Se trató de un estudio descriptivo del tipo mixto (cualitativo-cuantitativo) de corte transversal con una muestra estratificada por tipo de prestación más frecuente, de 154 casos, con un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 7,5%. Este se realizó a través de entrevistas en el cual se utilizaron distintas herramientas del tipo semi-estructurado y auto-administradas a los pacientes. **Conclusión:** La valoración que tuvieron los usuarios de la calidad fue positiva, en especial con el personal profesional, como así también con respecto a las instalaciones, espacios físicos, materiales y equipamiento. Dentro de los aspectos negativos pudimos observar que la organización de la administración, el trato del personal, la empatía con el usuario, como el tiempo de espera en la sala como al solicitar el turno, son los aspectos a mejorar en el futuro.



SUMMARY

Introduction: Oral health is very important in the quality of life of people is the main factor to be taken into account within service organizations. It is essential to have adequate information about the views that have patients in their care and thus have new tools to improve the quality and effectiveness of the same. This study was conducted at the Health Secretary of Student Affairs at the National University of Córdoba, and aimed to evaluate the perception that users had about the quality of dental service in 2014. We evaluated taking into account the categories raised Donabedian (1992) in order to measure service quality (structure, process and results). **Objectives:** To evaluate the perception that users had about the quality of dental care in the Health Directorate of the Department of Student Affairs at UNC. **Methodology:** This was a descriptive study of mixed type (qualitative and quantitative) cross-section with a stratified sample most common type of provision, of 154 cases, with a confidence level of 95% and a sampling error of 7.5 %. This was done through interviews in which various tools and semi-structured self-administered to patients type were used. **Conclusion:** The assessment had quality users was positive, especially with the professional staff, as well as with respect to facilities, physical spaces, materials and equipment. Among the negatives shoulder the organization of the administration, the treatment of staff, and empathy with the user, as the waiting time in the room as when applying the turn, are the aspects to be improved in the future.



“A fin de cuenta, el secreto de la calidad es el amor. Uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión; uno debe amar a su Dios. Si tienes amor, entonces puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema”. (Avedis Donabedian.)

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es fundamental en la vida de las personas, es un hecho obvio, si se piensa que una boca armónica y saludable les permite a los individuos concretar acciones tan básicas como es morder, hablar, sonreír, besar, tocar y degustar. Asimismo, las distintas alteraciones que puede sufrir la boca van a componer una influencia negativa en muchas de estas acciones, limitando y disminuyendo la eficacia del sistema estomatognático generando alteraciones en el desempeño escolar, laboral o perturbando la actividad social de las personas. También es posible que, en el hogar, pueda afectar negativamente la capacidad de comunicación entre los familiares por una baja en la estima de la propia imagen corporal, generando fácilmente cortocircuitos en las relaciones interpersonales como así también una disminución en la calidad de vida del individuo. La mengua en la autoestima implica un impacto psicosocial de importancia; en ocasiones desmedida.

Concretar el objetivo de una buena salud bucal conlleva, entre otras cuestiones valiosas, impedir la pérdida de elementos dentarios. También significa que facilitará el proceso de la masticación, dejará



disfrutar mejor del sabor de los alimentos, mejorará la apariencia personal y elevará la satisfacción y bienestar general del individuo.

La práctica odontológica es considerada de carácter social y, por tanto, tiene un insoslayable compromiso ético de ayudar al bienestar de las personas.

Las acciones correctas de los servicios odontológicos favorecen la salud bucal de las personas. Sin embargo, hay ocasiones concretas en donde el alto objetivo de promover, mantener o devolver el estado de buena salud bucal de los individuos, no se logra alcanzar. (Llinas Delgado Adalberto E., 2010)

Sin dudas, siempre tiene un gran valor analizar los distintos aspectos de la calidad en la atención odontológica. La sincera evaluación de las prestaciones, *la auditoría*, es un buen camino para mejorar los índices de calidad.

Por otra parte, los pacientes que acuden para su atención siempre deben saber efectivamente si van a conseguir el razonable nivel de satisfacción que pretenden.

La calidad de la atención debe ser un compromiso firme dentro de las organizaciones prestadoras de servicios odontológicos. La exigencia debe estar orientada a otorgar seguridad a todos los pacientes usuarios, llevando a los mínimos los riesgos en las distintas prestaciones.

Una característica dominante será el esfuerzo notable a realizar, en todos los servicios de salud, para lograr la calidad en sus prestaciones. Constituye un imperativo para cumplir con la exigencia creciente de los usuarios.



Seguramente, el esquema de la globalización contemporánea ha conducido a una revisión de la cultura de la calidad. Debido a que los países industrializados del mundo están abocados a los retos de mercados cada vez más demandantes, continuamente se generan servicios más atractivos, pretendidamente más confiables, para sus usuarios. (Istúriz, Oscar, 2003)

A nivel universal, la tendencia a la alta calidad ha adquirido una importancia esencial en las instituciones de salud. En nuestro país, la obtención personal de la salud está consagrada como un derecho constitucional. (Ampudia Marina, Bassa Ezequiel, Alonso María Ernestina, 1994)

El concepto de calidad en el área de salud, representa conocer cómo se está proporcionando el servicio sanitario a la población que concurre a los establecimientos de salud en sus variados niveles. (Donabedian Avedis, 1992)

El desarrollo alcanzado en los últimos tiempos por los servicios odontológicos tanto en la Argentina como en Latinoamérica ha sido de tal envergadura y velocidad que, forzaron a realizar cambios profundos en las estructuras, en la organización y en la atención.

Actualmente la calidad según Avedis Donabedian es utilizada como indicador para evaluar los servicios pues proporciona información vital y útil sobre los aspectos de estructura, procesos y resultados.

Las impresiones que los usuarios tienen sobre los servicios que se brindan constituyen el prestigio de la institución y eslabonan



claramente una lealtad con la misma. El resultado en la interacción con el usuario se transmitirá a otras personas, tanto si es positivo como negativo, siendo ésta última impresión comentada un número mayor de veces debido a nuestra condición humana.

Por lo tanto, si satisfacer las expectativas del paciente es tan importante como se ha dicho, (Donabedian Avedis, 1990) entonces se hace necesario disponer de la información adecuada a través de distintas herramientas de evaluación diagnósticas como pueden ser la auditoría, entrevistas, encuestas, etc. acerca de la percepción de calidad que tienen los pacientes en su atención y así poder desarrollar una Odontología de alta calidad.



“La falta de conocimiento...ese es el problema.” (W. Edward Deming)

PROBLEMÁTICA- ANTECEDENTES- RELEVANCIA

Teniendo en cuenta la importancia de conquistar un sistema estomatognático en equilibrio y saludable como así también lograr brindar servicios de atención odontológica de calidad, surge la inquietud y la necesidad de conocer la percepción que tuvieron los usuarios acerca de la calidad de los servicios brindados desde que ingresaron a los consultorios odontológicos de la Dirección de Salud de la Secretaria de Asuntos Estudiantiles- UNC hasta que abandonaron los mismos.

La problemática a desarrollar en este trabajo fue la de evaluar la percepción que los usuarios tenían acerca de la calidad que brindaron los servicios Odontológicos durante el año 2014, en donde se tomó en cuenta la opinión que los usuarios tienen sobre las distintas prácticas odontológicas. Las prestaciones estudiadas fueron: las extracciones dentales, las operatorias dentales y las limpiezas periodontales.

Este estudio permitió identificar las debilidades y fortalezas del servicio como así también facilito la gestión de propuestas de mejoras en caso de que estas sean requeridas. Para ello se partió desde el esquema de evaluación propuesto por Donabedian (1980) en donde a la calidad de la asistencia se la clasifica en tres categorías o enfoques: La estructura, entendiéndose por esta a la infraestructura edilicia, mobiliarios, recursos humanos y financieros,



etc., el proceso, que sería la atención propiamente dicha junto con los insumos y materiales utilizados y finalizando por los resultados obtenidos de las distintas prácticas odontológicas y cómo influyeron éstas en la salud del individuo.

Este estudio fue de suma importancia ya que los pacientes que ingresaron al mismo pertenecían al claustro estudiantil, en donde se atendieron solo a aquellas personas que no tenían acceso a una obra social ni los recursos necesarios para afrontar una atención privada, lográndose así, atender alrededor de siete mil estudiantes anuales, que pertenecen al Plan de Asistencia Social Solidario (PASOS) que la UNC brinda a sus discentes.

Este fue diseñado con el objeto de que los estudiantes de la UNC puedan poseer cobertura médica primaria y puedan acceder gratuitamente a los distintos servicios de salud que la universidad brinda con el objetivo de aumentar la cantidad y calidad de los servicios de salud, brindando asistencia, prevención y promoción en salud a todos aquellos que lo necesiten.

El servicio objeto de estudio, ha sido renovado, actualizado y reformado, por ello es importante resaltar la necesidad de tener datos fehacientes de lo que piensan los usuarios del servicio con respecto a la calidad brindada ya que a través de esta podremos identificar las fortalezas del mismo como también las debilidades, esta información es vital para identificar la real atención brindada y como es tenida en cuenta por quienes acuden a ella.

Debido a la cantidad de personas que acudieron al servicio, el aumento de la demanda y a las necesidades de los pacientes, como así también los cambios en infraestructura y del personal, es que las autoridades de la secretaría apoyaron y fomentaron este trabajo para



así poder brindar y mejorar la atención odontológica. Por lo tanto, el proyecto fue factible de llevarse a cabo en la institución y a la misma se le realizó una devolución de los resultados a los que se arribaron que le permitirá en el futuro tomar las decisiones pertinentes en pro de la mejora de la calidad del servicio.

Se encontraron diferentes estudios sobre evaluación de la calidad en distintos servicios odontológicos a lo largo de Latinoamérica y cada uno de ellos utilizó distintos métodos, teorías y herramientas para obtener los resultados propuestos. Sin embargo, no se encontraron estudios con esta misma metodología ni evaluaciones del servicio objeto de estudio.

Entre los estudios referenciados podemos encontrar los siguientes:

Squazzi y col. en 2005 en el estudio “Evaluación de calidad de los procesos de atención de salud bucal empleando el método basado en la semiótica de los enunciados” plantearon un abordaje útil para analizar la calidad de la atención de los servicios de salud desde la dimensión social-emocional centrada en las representaciones sociales que tienen las personas involucradas en ese proceso. Se basó en la interacción social entre los integrantes de salud y los usuarios tomando como datos a las conceptualizaciones y valoraciones de ambos grupos.

La investigación se desarrolló en dos servicios de Odontología insertos en dos unidades sanitarias de un municipio ubicado en la primera corona del Área Metropolitana del Gran Buenos Aires, en un barrio de bajo nivel socio-económico, instituciones que brindan servicios de atención de salud bucal gratuita a niños sin cobertura. El



estudio fue de tipo exploratorio. (Squassi Aldo, Mercer Hugo, Bordoni Noemí, 2005)

Burney Torres en el 2005 en su investigación “Calidad de la atención en la clínica central de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor San Marcos” destacó que la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos cuenta con una organización formal que la ubica dentro de la Administración de servicio de salud jugando un papel preponderante el monitoreo y control de la calidad del servicio. En la investigación se buscó determinar cuál es la calidad del servicio percibido, es decir, de la atención odontológica.

Par ello se utilizó el cuestionario Servqual. Este se basa en que la calidad, desde el punto de vista del paciente, determinada por la diferencia entre lo esperado por el paciente y lo efectivamente recibido. Se encontró que los pacientes manifestaron expectativas altas en todas las dimensiones especialmente en las dimensiones de Empatía y Proyección de Seguridad como así también se observaron gran insatisfacción por las dimensiones de confiabilidad y empatía. (Torres, 2005)

El Dr. Ricardo Rico en el año 2005 en su investigación doctoral “Administrando Calidad en la Odontología del Nuevo Milenio” plantea la importancia de la Calidad de un servicio odontológico ya que influye más las expectativas de los pacientes, que el contenido del servicio mismo; si bien están basadas en una necesidad real y concreta, la percepción de satisfacción, dependerá de quien requiera la atención dental; frente a iguales prestaciones odontológica, los pacientes tendrán percepciones diferentes de cada uno de ellas.



Esta forma de entender la Calidad de la atención odontológica concibe necesario dar pasos previos de control. No obstante, debe prestarse sumo cuidado a la atención, ya que atender es el inicio del servicio, por lo que, si éste no es bien percibido por el paciente, probablemente no logremos generar la calidad que el servicio debería brindar. En cualquier parte donde se desee un servicio, habrá necesidad de atender primero la intención del servicio, partiendo de que éste debe brindarse con Calidad. Es importante saber lo que se requiere para que el servicio odontológico del Nuevo Milenio sea brindado administrando técnicas de Control de Calidad y, de este modo ofrecerlo a nuestros pacientes. (Ricardo Cayetano Rico, Nazario Kuyumllian, 2005)

Carrillo Tarascio y col. en 2005 en el estudio “Evaluación de calidad de la atención odontológica de los servicios de salud adscritos a la Corporación Merideña de Salud en el Municipio Libertador del Estado Mérida, Venezuela” relataron que el Estado Venezolano realizó distintas acciones tendientes a disminuir los efectos de la crisis económica y social con el fin de lograr verdaderos cambios en el perfil de salud, siendo necesario mejorar la calidad de los servicios a partir de la participación de la comunidad.

En la investigación se propuso evaluar la calidad de la atención odontológica de los servicios de salud públicos a través de un estudio descriptivo, por objetivos, con un enfoque mixto y un diseño no experimental, transeccional. Los resultados obtenidos reflejaron una completa desvinculación entre el servicio odontológico y las organizaciones de la comunidad. La participación de la misma se limitó a acciones puntuales, sin que exista una vinculación orgánica con las organizaciones de base. El mejoramiento de la calidad de los servicios de salud requiere de la incorporación de un modelo de gestión que permita articular las necesidades de la



atención odontológica de la población con el desempeño del equipo de salud, la oferta del servicio y la evaluación continua. (Carrillo Tarascio Daphne Y, Romero Uzcátegui Yajaira C., 2005)

Mandozzi en su trabajo de tesis Doctoral “Valorar el grado de satisfacción de los usuarios (pacientes) asistidos en los Servicios Odontológicos de Atención Externa de la Facultad de Odontología de la U.N.C” permitió contribuir con propuestas de “Garantía de Calidad”.

El diseño fue de tipo cualitativo-cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y correlacionar. Se incluyeron los Servicios de la Clínica Odontológica, y a los Consultorios Externos de las Cátedras Clínicas de Cirugía II e Integral Niños y Adolescentes (Área Odontopediatría). La muestra se obtuvo a partir de la cantidad total de usuarios que asistieron a los Servicios. Los datos fueron recolectados por medio de instrumentos diseñados a tales fines utilizando las siguientes dimensiones “Tipo de Demanda”, “Estructura”, “Procesos” y “Resultados”, “Elementos tangibles”, “Fiabilidad”, “Capacidad de Repuesta”, “Empatía” y “Seguridad”.

El análisis de los mismos, se realizó por técnicas cuantitativas y cualitativas. La media para los tiempos de espera según la percepción de los encuestados fue razonable. Los encuestados mostraron satisfacción en cuanto al trato recibido. Las sugerencias propuestas por los usuarios en la modalidad de atención, hicieron referencia a la reorientación de los Servicios desde una perspectiva de integralidad de atención. (Mandozzi, Marisa; Gómez de Ferreris María Elsa, 2010)

Elizondo-Elizondo y col. en 2011 en el estudio “La satisfacción del paciente con la atención técnica del servicio



Odontológico” desarrollaron que la satisfacción del paciente es un elemento fundamental en la evaluación de los servicios de salud y se considera una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye, producto de su encuentro e interacción con el servicio. El objetivo del estudio fue confrontar la atención técnica del servicio odontológico con los niveles de satisfacción percibidos y los elementos de satisfacción del cliente. El diseño metodológico de investigación fue observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. (José Elizondo-Elizondo, Miguel Ángel Quiroga-García, Paula Isabel Palomares-Gorhan y Gustavo Israel Martínez-González, 2011)

Bucchi y col. en 2012 en el estudio “Descripción de la satisfacción usuaria de pacientes que reciben atención de urgencia dental en cinco establecimientos de atención primaria de salud” describieron que en países Latinoamericanos distintos estudios revelan que los niveles de satisfacción usuaria superan el 80% en el área dental general, sin embargo, en Chile no se realizaron estudios nacionales similares.

Se planteó conocer el porcentaje de satisfacción usuaria de pacientes que reciben atención de urgencia dental en cinco establecimientos de Atención Primaria de Salud en la ciudad de Temuco. Para ello se realizó un estudio de corte transversal, en el cual se aplicó un formulario estandarizado a personas seleccionadas en forma aleatoria que acuden al servicio de atención de urgencias odontológicas. (Cristina Bucchi, Constanza Sepúlveda, María José Monsalves, Luis Bustos, 2012)

Carlos Araya Vallespir y col. en 2012 en el estudio “Determinación de la Calidad del Servicio Odontológico de un Centro de Salud Pública Basado en Intangibles. Talcahuano, Chile”



vertieron que las actividades humanas requieren un proceso de evaluación y lo frecuente es que esté basado cosas tangibles o materiales. Sin embargo, evaluar la calidad de la atención odontológica desde la perspectiva del usuario es cada vez más frecuente, siendo la satisfacción un buen predictor. La aplicación de cuestionarios es uno de los métodos más eficaces para la detección de los niveles de satisfacción del cliente/usuario, teniendo presente el respeto a las sensibilidades y emociones que pueden dejar oculto o sobredimensionado algún indicador.

El estudio utilizó la escala SERVPERF, validada en empresas privadas de servicio, para determinar la calidad de atención Odontológica Pública, basada en consideraciones intangibles de los usuarios registrados en Centros de Salud Familiar de Atención Primaria Urbana dando como premisa la importancia de explicar a las autoridades, que si bien los esfuerzos en equipamiento e infraestructura son útiles, debe haber un apoyo al crecimiento del capital humano ya que su valoración es un complemento importante en la satisfacción del usuario. (Araya Vallespir, Carlos, Bustos Leal, Alex, Castillo, Francisca, Oliva Belmar, Patricio, & Araya Gozalvo, Javier., 2012)

López- Portilla y col. en 2013 en el estudio “Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la clínica del adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Bogotá Colombia” narraron que los mayores desafíos que tiene el sector de salud, es el de alcanzar más y mejores niveles de calidad de los servicios, siendo este un factor de fundamental de posicionamiento y de competitividad. Las instituciones formadoras de recursos humanos en salud prestan servicios a la comunidad en condiciones diferentes a otros servicios de salud; la satisfacción al recibir dicha atención se relaciona con la



aceptación que experimenta el usuario y va a depender de variables internas y externas, siendo indispensable explorar los factores que influyen en la aceptación de la atención recibida. Para ello se realizó un estudio exploratorio, cuantitativo y cualitativo. (Jairo Esteban López-Portilla, 2013)



“En cada acto médico debe estar presente el respeto por el paciente y los conceptos éticos y morales; entonces la ciencia y la conciencia estarán siempre del mismo lado, del lado de la humanidad”. (Rene Favaloro.)

MARCO TEÓRICO

La Odontología como Profesión

La persona que va a ejercer una profesión que implica el trato con seres humanos, que además de ser organismos biológicos, son también seres sociales, debe adquirir una formación completa en todo sentido y ejercer las distintas competencias profesionales de la forma más eficientemente posible, con el objeto de desempeñarse adecuadamente y desarrollar todas sus posibilidades como ser humano y hombre culto.

El Odontólogo bien capacitado y formado es aquel que conoce las Ciencias Odontológicas en las que fundamenta su quehacer cotidiano, “cultiva las ciencias que enriquecen el espíritu”, es decir que está dotado de una cultura humanista. Comprende no solo los complejos fenómenos de la salud-enfermedad, sino que además debe ejercer una odontología del ser humano en comunidad, siendo el protagonista principal y sentido final de todos nuestros esfuerzos.



Como ciencia de las personas, la Odontología busca visiones integrales combinando conocimientos provenientes de las Ciencias Biológicas, Sociales, Humanísticas, de la Conducta, etc. observando variables personales, culturales, creencias, escala de valores, postura ante la vida en general y las relaciones con el contexto. Al reunir componentes científicos, técnicos, y humanísticos, nos acercamos más a una Odontología solidaria, propiciando la igualdad de oportunidades y el respeto a la dignidad de las personas. (Menéndez E., 1991)

El profesional deberá comprender que el hombre es una realidad integrada, singular e histórico, y que todos y cada uno de los aspectos que lo conforman puedan ser determinantes en los procesos de salud-enfermedad-atención. Para lograr un servicio de calidad es necesaria una formación que permita dar respuestas eficientes a las necesidades individuales y sociales del hombre, en el contexto y situación que éstas surjan.

De allí nuestro compromiso en la formación de seres humanos con claro sentido de preocupación por los demás, responsables consigo mismos, con la sociedad y con la naturaleza, conservando y protegiendo el medio ambiente.

En este marco, comenzamos el estudio de la Odontología como ciencia, y como tal, un conjunto racional y sistemático de conocimientos y técnicas que permitan al profesional operar con rigor, eficiencia y calidad en el análisis y solución de los problemas relacionados con la salud de los individuos y con la comunidad.

Por lo tanto, el objeto de estudio de esta ciencia es el proceso de salud-enfermedad-atención en el hombre, a partir de una concepción integral de la realidad humana. Esto es desde una



perspectiva filosófica, biológica, psicología, cultural y social, que considera al hombre como “un ser contextualizado”, determinado por su entorno, producto de una historia familiar, social, de relaciones, con una estructura mental y una personalidad determinada, con características propias de vivir los acontecimientos de su vida, de significarlos y de responder ante los mismos.

Esta ciencia de la salud valora la región bucal como parte inseparable del resto del organismo y considera a los procesos patológicos como trastornos de la salud general, por ende, ninguna persona puede considerarse sana si su cavidad bucal presenta alguna enfermedad en actividad. (Schapira, Marta V., 2003)

¿Que entendemos por Odontología?

Se define a la Odontología como “ciencia y el arte de fomentar y mantener la salud bucal, prevenir y curar las enfermedades de la cavidad bucal y su rehabilitación, con el objeto de que cumplan con eficiencia sus funciones específicas”.

Es ciencia porque está fundamentada en conocimientos producidos por la investigación científica que evolucionan y se perfeccionan. Pertenece a las ciencias fácticas naturales basadas en hechos experimentales y materiales que ocupan un espacio y tiempo, de los cuales necesitan de la observación.

Es arte en el sentido que requiere habilidad y experiencia para crear belleza, restaurando las estructuras dentales y maxilares que se han perdido, devolviéndoles la anatomía, función, forma y la estética.



Se debe destacar que es vocación de servicio por su interés en ayudar a las personas a lograr un óptimo estado de salud, bajo el principio de que la salud es uno de los derechos del hombre, generado desde el derecho fundamental a la vida.

Entonces podemos determinar que la odontología es la ciencia de la salud y de la enfermedad del hombre, desde el hombre y a través del hombre. (Dra. Lissera G., 2013)

Evolución epistemológica de la Odontología

La Odontología, como disciplina de la salud, ha tenido una evolución histórica importante en las últimas décadas.

En la Odontología, se advierte que su objeto de estudio-el proceso de salud-enfermedad en el individuo- ha sido considerado desde varios paradigmas y concepciones. Este se construyó a través del tiempo, como fruto de las preocupaciones sociales y de los avances particulares de los diferentes campos del conocimiento.

La Odontología a fines del siglo XIX, se incluye entre las denominadas “ramas menores” de la medicina. La inserción en la universidad y las transformaciones en relación con la medicina, en cuanto a conocimientos específicos científicamente legitimados de esta disciplina, fueron elementos claves en el proceso de su consolidación como profesión liberal.

Se reconoce la existencia de dos paradigmas: uno individual, centrado en lo biológico y otro social-expansivo.

El paradigma individual basado en el Informe Flexner institucionalizó “un paradigma de las ciencias de la salud que



incorpora el concepto de cuerpo humano constituido por una serie de partes no relacionadas” las relaciones de la medicina y la sociedad se ocultan y el modelo niega el origen social de la enfermedad. Bajo este paradigma biologicista y científicista se orienta la enseñanza de las Ciencias de la Salud. (Menéndez E., 1985)

La formación profesional comprende aprendizajes que privilegian las cuestiones biológicas, tratando a nivel anecdótico los procesos psicológicos y sociales.

El segundo paradigma (social expansivo) se halla acompañado por el aporte de las ciencias sociales, abriendo espacios hacia otras interpretaciones, cuyas bases abordan los determinantes sociales de la problemática Salud-Enfermedad, donde el objeto de estudio-la salud humana- debe ser analizada en sus dimensiones individuales y colectivas, tanto en la teoría como en la práctica, integrando lo biológico y lo social.

Por esta razón la formación de recursos humanos deberá orientarse a la producción de un profesional integral que posea conocimientos que equilibren las áreas biológicas, clínicas, sociales y humanísticas y con un perfil generalista que comprenda el proceso salud-enfermedad, comprenda al hombre como unidad bio-psicosocial y su relación con el medio, con mentalidad de cambio, con un alto nivel científico y técnico, integrado al medio, con compromiso en el desarrollo profesional a través de la investigación, desarrollando un espíritu crítico y reflexivo, con vocación de servicio, valores morales y éticos.

La educación en Ciencias de la Salud asume la responsabilidad y el liderazgo bajo el paradigma de la complejidad



para poder contribuir con respuestas adecuadas y de calidad a las demandas de la actual sociedad. (Payares González, Carlos, 1990)

Historia de la calidad

El concepto de Calidad surge hacia la mitad del siglo XX, aunque se observa desde las primeras civilizaciones la preocupación de los hombres por el trabajo bien hecho, por acabar bien las tareas y por la necesidad de atender normas y de asumir responsabilidades respecto a las actividades necesarias para producir dichas tareas (José Luis Penacho, 2000).

Desde siempre el hombre ha buscado satisfacer sus necesidades tanto económicas como sociales, culturales y de salud (Heredia, 2012). Muchas son las muestras de la humanidad en este proceso, por el cual lo podemos dividir en distintos periodos:

- **Periodo Primitivo:** En este periodo el hombre desarrollo sus propios productos para su consumo, se determinó las características de los alimentos para poder comer y la necesidad de contar y medir los tiempos de rotación de las cosechas, lo mismo hizo con la calidad de los instrumentos de defensa y ataque para cazar o defenderse, algo esencial para su supervivencia ya que a través de la introducción de la función de selección de las mismas, lograron mejorar la calidad y efectividad de éstas. Los instrumentos desarrollados, a pesar de poseer tecnología rudimentaria, respondían a sus necesidades y la calidad de estos las suplía.



- **Periodo Artesanal:** En este periodo surgen las agrupaciones de personas y con el tiempo la generación de ciudades en donde a través de los mercados se logra el trueque de productos. La calidad de estos se discutía ante la presencia del producto, el fabricante y el cliente, entonces si éste satisfacía las necesidades de cada uno de los actores, el producto era intercambiado. La comunicación entre el productor y el cliente era directa, si el producto se adaptaba y respondía exactamente a las necesidades de éste, la calidad era máxima y el coste de elaboración muy elevado (Heredia, 2012).

Existen varios ejemplos del interés de la humanidad para ofrecer elementos o productos de calidad.

El código de Hammurabi en el año 2150 a.C. estableció “Si un albañil ha construido una morada y si por efectos de la construcción, ésta se hunde y mata a sus ocupantes, el albañil deberá pagar con su vida y ser ejecutado” es decir respondía por la calidad del producto.

Los egipcios como los fenicios establecieron normas muy precisas sobre la calidad de las construcciones. Los griegos como Hipócrates y Galeno establecieron normas para realizar una correcta anamnesis de los pacientes y la rigurosidad del examen físico como fundamental para la comprensión del paciente.

Los árabes fueron maestros en el trueque, entregaban un producto y recibían otro diferente, pero que fueran semejantes en su valor; para lograrlo se necesitaba tener claros los conceptos de calidad y de las necesidades de los clientes a



los cuales habría que vender lo trocado. Esto impulso el desarrollo de los comerciantes que movilizaban las mercaderías de un lugar al otro y debían satisfacer las calidades y especificaciones logrando así con el tiempo la creación y el desarrollo de los sellos de calidad. (Pérez, 2001)

- **Periodo Industrial:** En este periodo surge la aparición de la industria y aun en la etapa preindustrial se favorecieron normas de calidad artesanal e industrial. Se conservó el secreto de la calidad de los productos fabricados por familias, casas, espacios catedrales, etc. que fueron adquiriendo preponderancia por el nombre del fabricante. En salud es frecuente que algunos instrumentos empleados para la práctica clínica lleven el nombre de su inventor y del cual fueron reconocidos como mejoras a la prestación del servicio de salud por permitir un mejor diagnóstico.

Con la producción industrial se diversificaron los productos, se expandió la manufactura y se incrementó el consumo, se redujeron los costos de la producción pero también la calidad de los productos. Esto condiciono la búsqueda de procedimientos de fabricación que permitieran mejorar la calidad y abaratar su producción. Como respuesta se introdujo un proceso que consiste en la estandarización de las piezas mediante ajustes manuales dando paso así al sistema productivo de cadena de producción. (Braulio Mejía García, 2009)

El obrero desconoce el destino final del producto y, en consecuencia, pierde el interés por el resultado final. Aparece la necesidad de que alguien, en una función posterior a la



cadena de fabricación compruebe que se cumplan las especificaciones que ya empezaban a existir.

En este periodo encontramos distintos trabajos que tratan de evaluar y conocer los resultados de atención sanitaria, cabe mencionar el tratado sobre “Política Aritmética” que en el Siglo XVII desarrollo Sir W. Petty, uno de los padres de la epidemiología moderna, donde comparando los hospitales de Londres con los de Paris llega a la conclusión sobre cuál es el mejor hospital en relación a los decesos producidos. También destacamos a Sir. W. Fahr y F. Nigtinghale a finales del siglo pasado sobre la mortalidad hospitalaria. Ellos observaron que aquellos pacientes atendidos en hospitales grandes tenían mayor probabilidad de morir que los que habían sido operados en hospitales pequeños, siendo la principal causa de muerte las infecciones intrahospitalarias. (Pérez, 2001)

- **Periodo Moderno:** Durante siglo XX se da inicio a la evaluación sistemática de la de la atención sanitaria.

Palmer denomina a esta etapa como “profesional” y se caracteriza básicamente por centrarse en la evaluación de las estructuras de los servicios y algo en los resultados. Es también el periodo del control activo de la calidad de los servicios sanitarios. A nivel industrial, se inicia el paso del control pasivo al control activo de la calidad de sus productos, del control del consumidor, al control realizado por el productor. Los consumidores cuando adquirirían un producto que resultaba ser deficiente exigían ser compensados por ello. Realizando un control pasivo de la calidad de dichos productos. Con el tiempo la industria fue asumiendo esta función de comprobar la calidad, tanto de la materia prima,



como de los procesos de producción y del producto final antes de que éste fuera lanzado al mercado.

En el sector de servicios y en especial en los servicios sanitarios, donde los errores son irreparables, esta iniciativa surge desde los profesionales de la Medicina.

Con el tiempo la evaluación de la asistencia sanitaria comienza a ser fundamental para los profesionales como así también para los gobiernos y financiadores dando a lugar al modelo burocrático, en el que las decisiones de los profesionales empiezan a estar marcadas por las reglas de la organización.

Durante estos años comienza a producirse cambios desde los análisis individuales de patrones de cuidados hacia los análisis estadísticos de los procesos. Se caracteriza este periodo por ciertos matices de inspección, la transición de la inspección al análisis estadístico se produce en pocos años. Esta transición desde la aproximación burocrática de los cuidados tuvo un escaso impacto en los profesionales de la medicina. Una estrecha definición de la calidad de los cuidados, que solo pretendía buscar la conformidad con unos estándares y el énfasis en la información clínica, dejando en parte de lado a los profesionales de la atención sanitaria.

Podemos encontrar distintos autores en este periodo, como lo es Flexner, que en 1919 evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.



En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales.

En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Acreditación of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad. (Ingrid Cruzado Herrera, 2012)

En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continúa desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.

Alrededor de los años sesenta nacen los auditores médicos como método de control interno de las instituciones con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporó a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro. (Ingrid Cruzado Herrera, 2012)

Ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de



mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en los hospitales amplió su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.

En el año 1991 el servicio nacional del Reino Unido adopta una política formal de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica. El PMC y la TQM se basan en los trabajos de W. Edwards Deming, Joseph Juran, Philip B. Crosby, Walter A. Shewhart y Kaoru Ishikawa.

En Chile en el año 1990 las instituciones de salud se fueron acreditando en Infecciones Intrahospitalarias (IIH) y ya entre los años 1996 a 2000 se empezaron a acreditar instituciones más complejas y de urgencias. El Programa de Evaluación de calidad de la atención hospitalaria (PECAH) empezó a desarrollarse entre los años 2000 a 2004, elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud. (Ingrid Cruzado Herrera, 2012)

En la República Argentina hubo diversas iniciativas del ámbito público y privado, desde la definición en su momento de niveles de complejidad hospitalaria, el sistema de acreditación de Residencias Médicas a través de la CONAREME, la certificación y recertificación de profesionales a través de Instituciones Científicas y Académicas, y algunas experiencias de acreditación de establecimientos voluntarios y privados.

En el marco de todos estos antecedentes y a fin de darle coherencia, persistencia en el tiempo y dimensión nacional, se



crea el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) en el año 1992.

La Calidad de los Servicios de Salud en Argentina

Cuando se planteó como objetivo final alcanzar la meta de Salud Para Todos en el menor tiempo posible, siguiendo los lineamientos que marcan las Políticas Sustantivas e Instrumentales de Salud aprobadas por Decreto N° 1269 del 20 de Julio de 1992 mediante la implementación y el desarrollo de un sistema basado en criterios de equidad, efectividad, eficacia y eficiencia fueron analizados los factores que se debían tener en cuenta.

Cuando las prestaciones de servicios se realizan con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud.

Esta multiplicidad de factores incide en el resultado final de la atención médica y, de ellos, la calidad de la atención que brindamos a la comunidad.

Asumiendo la responsabilidad indelegable del Estado de garantizar el nivel de calidad de los Servicios de Salud y en el marco de la transformación global de nuestros sistemas de salud se creó el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica mediante la Resolución Secretarial N° 432 del 27 de noviembre de 1992.



En dicho programa se agrupan todas las actividades que intervienen en el proceso global destinado a asegurar el mejor nivel de calidad posible, al menor costo económico y social, así como aquellas acciones destinadas a actualizar y adecuar la norma legal vigente.

El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica tiene como finalidad:

- a. Incorporar en forma inmediata recursos normativos, organizativos, instrumentales, de gestión y de fiscalización.
- b. Constituirse en un instrumento movilizador, coordinador y convocante de una tarea compleja a desarrollar por el sector salud en conjunto, al lado de la autoridad de aplicación.

Este programa se articula con otras actividades y tiene como objetivo:

- Maximizar la eficiencia y accesibilidad de los actuales sistemas de servicios de salud, mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población y la optimización de los recursos disponibles. Para ello se pone especial énfasis en la promoción, desarrollo y apoyo de la Estrategia de Atención Primaria de Salud como componente fundamental de estas acciones; la instrumentación de redes locales de complejidad creciente y la redefinición del Hospital Público dentro del sistema de atención.



- Adecuar el proceso de desarrollo del recurso humano para la atención de la salud a la realidad sanitaria de las diferentes regiones.

- Promover el desarrollo y utilización de tecnología apropiada e implementar mecanismos adecuados de autorización, registros, normativas, control epidemiológico y de vigilancia y fiscalización de drogas, medicamentos y alimentos con el fin de proteger la salud de la población.

- Disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, priorizando las acciones sanitarias sostenidas y concertadas de promoción y protección de la salud.

- Revalorizar el concepto de salud y el cambio de estilo de vida en la población a través de la acción de un programa sostenido de educación para la salud que llegue a toda la comunidad.

El Programa Nacional de Garantía de Calidad constituye así en el elemento de asesoramiento y cooperación técnica para las jurisdicciones y los demás elementos que integran el sector salud. (Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica., 1993-1999)



Componentes del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, está constituido por un conjunto de componentes, que se organizan en el marco de una actitud integradora, participativa y operativa inspirada fundamentalmente en la administración estratégica.

- El primer componente es el que está relacionado con los aspectos de habilitación y categorización de los establecimientos asistenciales.
- El segundo componente es el que hace referencia al ejercicio profesional de todos los integrantes del equipo de salud en el cual se incluyen la especialización, matriculación, certificación y recertificación profesional.
- El tercer componente es el de normatización de la atención médica en cuanto a su organización, funcionamiento, procedimientos, diagnóstico y tratamiento.
- El cuarto componente se vincula con la función de fiscalización y control sanitario indelegable del estado, que es el que tiene que asegurar el cumplimiento de las normas vigentes.
- Un quinto componente es el de evaluación de la calidad de la atención médica y de los servicios de salud sustentada en



una normativa clara y definida de los cuatro componentes anteriores.

- El sexto componente de este Programa consiste en brindar asesoramiento y cooperación técnica a las jurisdicciones para la implementación de las actividades antes señaladas. (Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica., 1993-1999)

La calidad en los Servicios de Salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes.

Un derecho por parte de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen. También un derecho de los trabajadores del Sector es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un adecuado servicio.

Un deber del Estado es ser garante de la salud y de su recuperación para toda la ciudadanía. Un deber de los usuarios es exigir y valorar la atención que se les brinda. Un deber de los Servicios de Salud es dar respuestas que se les requieren. Un deber de los trabajadores es optimizar todo su accionar.

Para poder hacer viable esto es necesario que cada instancia de este proceso asuma el rol que le corresponde, teniendo en cuenta el involucramiento de todos los actores. (COMCAM (Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica), 1992)



Autores Principales o Notables de la Calidad

Para entender a la calidad es importante conocer a los grandes maestros creadores de las diferentes filosofías y herramientas relacionadas, así como los entornos donde se desarrollaron. Analizaremos a algunos de los maestros de la calidad o también llamados notables que se dieron a conocer en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial.

Estos conocimientos no solo quedaron enclaustrados en el ámbito comercial/empresarial, sino que, debido a las necesidades de los mercados, como de los usuarios y de los profesionales se fueron aplicando en los distintos servicios de salud generando así distintos resultados a la hora de buscar la calidad de los mismos.

Creemos importante hacer un recorrido por los conocimientos científicos brindados por cada uno de estos autores hasta llegar a uno en particular (Donabedian) que aplicó estos conocimientos en las distintas áreas de los servicios de salud logrando al fin una metodología de evaluación en forma auténtica.



Walter A. Shewhart (1881-1967)

Walter A. Shewhart combinó de manera exitosa las disciplinas de la estadística, la ingeniería y la economía, y puso a la teoría estadística a trabajar para resolver las necesidades de la industria. Algunos sostienen que la obra de este autor derivó en la revolución de la calidad durante la primera parte del siglo XX y dio inicio a la profesión.

El autor es famoso por haber desarrollado el diagrama de control, una herramienta simple, pero muy efectiva, que representó el primer paso hacia lo que Shewhart denominó “la formulación de una base científica para garantizar el control económico”. (Miranda González Francisco, Chamorro Mera Antonio, Rubio Lacoba Sergio., 2007)

En 1924 delimitó el problema en términos de variación de causas asignables y causas ocasionales e introdujo la gráfica de control como una herramienta para distinguir entre las dos. Este hizo hincapié en que, para llevar un proceso de producción a un estado de control estadístico, donde sólo existan variaciones de causas ocasionales, y mantenerlo en control, se requiere predecir los resultados futuros y administrarlo económicamente.

En 1939 analizó por primera vez un concepto para la resolución de problemas, el que, con el tiempo, se convertiría en la base del proceso de mejoras a la calidad de cuatro pasos conocido como “ciclo planificar-hacer-verificar-actuar”. Al concepto suele denominárselo el ciclo de Shewhart y también el ciclo de Deming, después de que W. Edwards Deming introdujera el concepto en Japón y popularizara su propia versión del modelo. (Shewhart, 1997)



William Edwards Deming (1900-1993)

Fue un pionero y profeta de la calidad total, TQM- Total Quality Management- que se destacó en el Japón de posguerra. Este fue posiblemente el pensador más influyente que ha existido sobre Management.

Formado como físico- matemático su carrera se extendió durante siete décadas durante las cuales fue un físico respetado, un renombrado estadístico y un experto en muestreo; fue un prominente experto mundial en calidad y un profundo pensador sobre Managment. Su precisión matemática y sus conocimientos sobre estadística y sobre el papel de la teoría en la ciencia, unidos con su profundo humanismo y su comprensión del papel de las personas en las organizaciones le permitieron entender como nadie a las organizaciones empresariales. (Walton, 1986)

Hoy la influencia de Deming impregna el pensamiento sobre el Managment de las empresas mejor gestionadas. El énfasis en la calidad, en el trabajo en equipo, en trabajar con los proveedores, en la selecciones de proveedores bajo la base de relaciones duraderas y de confianza, en oposición al mínimo coste inicial, en elevar al cliente al eslabón más importante del proceso de producción, la mejora continua del producto y del proceso, la confianza en los empleados o la eliminación de las barreras que impiden a los empleados sentir satisfacción por su trabajo, son ideas que proceden directamente de este autor.

Sus conceptos no solo fueron los de un estadista, sino que incorporo conceptos de pensamientos sistémicos y de la psicología humanística a lo que le añadió sus propias conclusiones.



Concentro todas sus ideas en un sistema de conocimiento cubriendo cuatro amplias áreas del conocimiento: la variabilidad, la teoría del conocimiento, la apreciación de las organizaciones como sistemas y conocimiento sobre las personas. Las cuatro áreas deben considerarse como un sistema en las que todas interactúan juntas. Con suficiente conocimiento de cada área derivan sus 14 puntos para la transformación del Management y los 7 pecados mortales de éste. (Deming W. E., 2000)

Estos son los catorce puntos:

- 1- Crear constancia en los propósitos.
- 2- Adoptar una nueva filosofía.
- 3- Terminar con la práctica de comprar a los más bajos precios.
- 4- Establecer liderazgo.
- 5- Eliminar eslóganes vacíos.
- 6- Eliminar cuotas numéricas.
- 7- Establecer entrenamiento dentro del trabajo.
- 8- Desechar temores.
- 9- Romper barreras entre departamentos.
- 10-Tomar acciones para lograr la transformación.
- 11-Mejorar constantemente y siempre el proceso de producción y servicio.
- 12-Desistir de la dependencia en la inspección en masa.
- 13-Remover barreras para apreciar la mano de obra.
- 14-Reeducar vigorosamente.



Estos son los siete pecados mortales:

- 1- Carencia de constancia en los propósitos.
- 2- Enfatizar ganancias a corto plazo y dividendos inmediatos.
- 3- Evaluación de rendimiento, calificación de mérito o revisión anual.
- 4- Movilidad de la administración principal.
- 5- Manejar una compañía basado solamente en las figuras visibles.
- 6- Costos médicos excesivos.
- 7- Costos de garantías excesivos.



Joseph Juran (1904- 2008)

Este autor, ampliamente acreditado por la adición de la dimensión humana de la gestión de la calidad, impulsó la educación y la formación de directivos. Para Juran, las relaciones humanas son los problemas para aislar. La resistencia al cambio junto a la resistencia cultural ha sido la causa fundamental de las cuestiones de calidad. (Juran J. M., 1967)

Juran considera que la calidad consiste en dos conceptos diferentes, pero relacionados entre sí:

- Una forma de calidad está orientada a los ingresos y consiste en aquellas características del producto que satisfacen necesidades del consumidor y como consecuencia de eso producen ingresos. En este sentido una mejor calidad generalmente cuesta más.
- Una segunda forma de calidad estaría orientada a los costes y consistiría en la ausencia de fallas y deficiencias. En este sentido, una mejor calidad generalmente cuesta menos.

El enfoque de Juran sobre la administración de calidad se basa en lo que él llamó trilogía de Juran, que divide el proceso de administración de calidad en tres etapas:

Planeación de la calidad: Independientemente del tipo de organización, producto o proceso, la planeación de la calidad se puede generalizar en una serie universal de pasos de entrada-salida, llamada **mapa de planeación de la calidad**, y son los siguientes:



- Identificar a los clientes.
- Determinar sus necesidades.
- Traducir las necesidades al lenguaje de la empresa.
- Desarrollar productos con características que respondan de manera óptima a las necesidades de los clientes.
- Desarrollar un proceso que sea capaz de producir las características del producto.
- Transferir el proceso de la operación.

Control de calidad: La alta administración debe utilizar un proceso universal a fin de controlar las operaciones. Para lograrlo se debe establecer un vínculo de retroalimentación en todos los niveles y para todos los procesos; asegurarse de que cada empleado se encuentre en estado de autocontrol; establecer objetivos de calidad y una unidad de medición para ellos; proporcionar a las fuerzas operativas medios para ajustar los procesos de conformidad con los objetivos.

Mejoramiento de la calidad: Esta etapa se basa en la realización de todas las mejoras “proyecto por proyecto”. Para ello es necesario establecer un consejo o comité de calidad que diseñe, coordine e institucionalice la mejora de calidad anual. Este deberá definir la forma de seleccionar cada proyecto, que deberá incluir nominación, selección, declaraciones de misión y publicación del proyecto. Conforme las prácticas de calidad evolucionan, las organizaciones encuentran diferentes formas de realizar el mejoramiento de la calidad.



El Diagrama de la Trilogía de Juran



(Figura 1: Diagrama de la trilogía de Juran- 1990)

La importancia del pensamiento de Juran radica en su creencia de que hay más factores que influyen en la calidad que las pruebas del producto a posteriori en busca de defectos, enfatizando en el lado humano.



Philip B. Crosby (1926 –2001)

Autor que contribuyó a la teoría gerencial y a las prácticas de la gestión de la calidad.

Para Crosby, la calidad es conformidad con los requerimientos, lo cual se mide por el coste de la no conformidad. Esto quiere decir que al utilizar este enfoque se llega a una meta de performance de “cero defectos”.

Este equipara la gestión de calidad con la prevención. En consecuencia, la inspección, la experimentación, la supervisión y otras técnicas no preventivas no tienen cabida en éste proceso. Los niveles estadísticos de conformidad con estándares específicos inducen al personal al fracaso. Crosby sostiene que no hay absolutamente ningún motivo para cometer errores o defectos en ningún producto o servicio.

Las compañías deberían adoptar una “vacuna” de calidad a fin de prevenir la no conformidad. Los tres ingredientes de esta vacuna son: **la determinación, la capacitación y la implementación**. El mejoramiento de la calidad es un proceso, no un programa; debería ser estable y permanente.

“Cero defectos” no es un eslogan. Constituye un estándar de performance. Además, desalentar al personal mediante una exhortación constante no es la respuesta adecuada.



Crosby definió 14 pasos para el mejoramiento de la calidad junto a cuatro fundamentos, estos son:

1. Asegúrese de que la dirección esté comprometida con la calidad.
2. Forme equipos para el mejoramiento de la calidad con representantes de cada departamento.
3. Determine como analizar dónde se presentan los problemas de calidades actuales y potenciales.
4. Evalúe el coste de la calidad y explique su utilización como una herramienta de administración.
5. Incremente la información acerca de la calidad y el interés personal de todos los empleados.
6. Tome medidas formales para corregir los problemas identificados a lo largo de los pasos previos.
7. Instituya una comisión para el programa “cero defectos”.
8. Instruya a todos los empleados para que cumplan con su parte en el programa de mejoramiento de la calidad.
9. Organice una “jornada de los cero defectos” para que todos los empleados se den cuenta de que ha habido un cambio.
10. Aliente a los individuos para que se fijen metas de mejoramiento para sí mismos y para sus grupos.
11. Aliente al personal para que comunique a la dirección los obstáculos que enfrenta en la persecución de sus metas de mejoramiento.
12. Reconozca y valore a aquellos que participan activamente en el programa.
13. Establezca consejos de calidad a fin de mantener informado al personal en forma regular.



14. Repita todo para enfatizar que el programa de mejoramiento de la calidad no finaliza jamás. (Crosby, 1984)

Siendo los absolutos de la administración de la calidad, los siguientes:

- Calidad significa conformidad con los requerimientos. Si usted pretende hacerlo bien la primera vez, todos deben saber de qué se trata.
- La calidad surge de la prevención. La “vacunación” es el método para prevenir la enfermedad empresarial. La prevención se logra a través de la capacitación, la disciplina, el ejemplo y el liderazgo, entre otras cosas.
- El estándar de calidad son los “cero defectos” (o sin defectos). Los errores no se deberían tolerar.
- La medición de la calidad es el precio de la no conformidad. (Atisha Castillo David, García Díaz Miguel, 1994)



Armand Vallin Feigenbaum (nació en 1922)

Diseño y desarrollo el concepto del Control Total de la Calidad, que luego sería conocido como Administración de Calidad Total.

El control de la calidad total considera la calidad como una herramienta de administración estratégica que requiere que todo el personal de una compañía esté informada, de la misma forma en que son herramientas estratégicas los costes y el plan en la mayor parte de las empresas actuales. La calidad va mucho más allá del control de las fallas a nivel de planta; es una filosofía y un compromiso con la excelencia.

La calidad es un estilo de vida empresarial, una forma de administración. El control de la calidad total (C.C.T.) afecta a toda una organización e incluye la implementación de actividades de calidad orientadas al consumidor. Esta es una responsabilidad fundamental de la dirección general, así como las principales operaciones de marketing, ingeniería, producción, relaciones industriales, finanzas y servicios, y la función de control de la calidad en sí misma en los niveles más económicos. La calidad total significa estar orientados hacia la excelencia, antes que hacia los defectos. (Atisha Castillo David, García Díaz Miguel, 1994)



Una visión general del enfoque de Feigenbaum está dada por los tres pasos hacia la calidad y los cuatro pecados capitales. Estas y otras ideas se analizan mejor y más detalladamente en las 19 pautas para el mejoramiento de la calidad, los cuales resultan de un resumen de los trabajos de este autor.

1. **Liderazgo en Calidad:** Se debe poner especial énfasis en la administración y el liderazgo en calidad. La calidad tiene que ser minuciosamente planeada en términos específicos. Esta propuesta está más orientada a la excelencia que el tradicional enfoque hacia las fallas o defectos. Lograr excelencia en calidad significa mantener una focalización constante en la conservación de la calidad. Este estilo de enfoque continuo es muy exigente con la dirección. La implementación de un programa de círculo de calidad o de un equipo de acción correctiva no es suficiente para el éxito continuo.
2. **Técnicas de calidad modernas:** Todos los miembros de la organización deben ser responsables de la calidad de su producto o servicio. Esto significa integrar en el proceso el personal de oficina, así como a los ingenieros y a los operarios de planta. La meta debería ser una performance libre de fallas o defectos. Las nuevas técnicas deben ser evaluadas e implementadas según resulte adecuado.
3. **Compromiso de la organización.** La motivación permanente es más que necesaria. La capacitación que está específicamente relacionada con la tarea es de capital importancia. Hay que considerar a la calidad como un elemento estratégico de planificación empresarial. (Atisha Castillo David, García Díaz Miguel, 1994)



Los cuatro pecados capitales, que según el autor estos son:

- a. **Calidad de invernadero:** La calidad llama la atención de los altos niveles directivos a la manera de una “exhibición de fuegos artificiales”. Estos programas se dejan de lado cuando es necesario aumentar la producción, u otra novedad despierta el interés de la dirección.
- b. **Actitud anhelante:** El gobierno nacional no puede agitar la varita mágica y desplazar a las importaciones; tampoco debería involucrarse en una actividad proteccionista. Esta complacencia más tarde resultará costosa.
- c. **La producción en el exterior:** Una ventaja competitiva no se puede obtener si es otro el que pelea nuestra “guerra por la calidad”. Una prueba de ello es lo que ha ocurrido con las industrias automotriz, de los televisores, el audio y los productos electrónicos norteamericanos.
- d. **Confinar la calidad a la fábrica:** El mejoramiento de la calidad corresponde a todos en cada sector de la compañía.



Las 19 Pautas para el mejoramiento de la Calidad son:

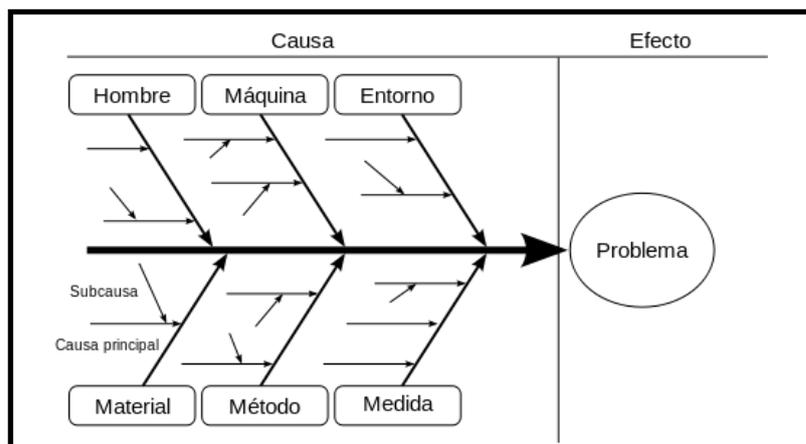
1. Definición del control de la calidad total.
 2. Calidad versus calidad.
 3. Control.
 4. Integración.
 5. La calidad incrementa las ganancias.
 6. Se espera calidad, no se la desea.
 7. Los seres humanos influyen en la calidad.
 8. El CCT se aplica a todos los productos y servicios.
 9. La calidad abarca todo el ciclo de vida del producto.
 10. El control del proceso.
 11. Un sistema de GCT puede ser definido
 12. Beneficios.
 13. El coste de la calidad.
 14. Organice para el control de la calidad.
 15. Facilitadores de la calidad, no policías de la calidad.
 16. Compromiso permanente.
 17. Use herramientas estadísticas.
 18. La automatización no es una panacea.
 19. El control de calidad en las fuentes.
- (Garza, 1996)



Kaoru Ishikawa (1915 -1989)

Ishikawa explicó el interés y el éxito de los japoneses en la calidad basándose en la filosofía del *kanji* (escritura de letras chinas), puesto que la dificultad de su aprendizaje favorece los hábitos de trabajo preciso. La base filosófica de sus ideas es de tipo roussoniano; el hombre es bueno por naturaleza y se implica positivamente con aquello que le afecta. Ishikawa intenta conseguir el compromiso de los obreros como personas: solamente así los trabajadores tendrían interés en mejorar la calidad y la producción.

Entre sus aportes sobre el control de calidad se destaca su conocido Diagrama causa-efecto (también llamado "Diagrama de espina de pescado" por su forma) como herramienta para el estudio de las causas de los problemas. Se fundamenta en la idea de que los problemas relacionados con la calidad raramente tienen causas únicas, sino que suele haber implicados en ellos un cúmulo de causas. Sólo hay que encontrar esta multiplicidad de causas y colocarlas en el diagrama, formando así grupos de causas a las que se aplicarán medidas preventivas. (Kondo, 1994)



(Figura 2: en esquema de pescado. Kaoru Ishikawa).

De acuerdo con Ishikawa, el control de calidad se caracteriza por la participación de todos, desde los altos directivos hasta los



empleados de más bajo rango, más que por los métodos estadísticos de estudio.

Agrego además la filosofía administrativa que se encuentra detrás de la calidad, los elementos de los sistemas de calidad y lo que él denomina, las "siete herramientas básicas de la administración de la calidad", donde se le considera una fuerte inclinación hacia las técnicas estadísticas. También fue el encargado de desarrollar el proceso de auditoría utilizado para determinar la solución de distintos problemas con base en equipos. (Watson, 2004)

Estas herramientas básicas son:

1. Hojas de control (implican la frecuencia utilizada en el proceso, así como las variables y los defectos que atribuyen).
2. Histogramas (visión gráfica de las variables).
3. Análisis Pareto (clasificación de problemas, identificación y resolución).
4. Análisis de causa y efecto o Diagrama de Ishikawa.
5. Diagramas de dispersión (definición de relaciones).
6. Gráficas de control (medición y control de la variación).
7. Análisis de Estratificación.



Shigeo Shingo (1909-1990)

Se distinguió por ser uno de los líderes en prácticas de manufactura en el Sistema de Producción de Toyota. Se le acredita haber creado y formalizado el Cero Control de Calidad, que resalta mucho la aplicación de los Poka Yoke (sistema a prueba de errores), un sistema de inspección en la fuente.

Sus contribuciones se caracterizan por el gran cambio de dirección que dio a la administración y diseño de los métodos de producción, ya que sus técnicas de manufactura van en sentido opuesto a las tradicionales. Tal es el caso del concepto de “jalar” la producción en vez de “empujarla” y sus premisas de parar toda la producción cuando aparece un defecto, hasta dar con la causas y eliminarla, a lo que se ha dado en llamar “cero control de calidad”, enunciado que desorienta a los que se queda en el puro título.

Su mayor aporte se lo conocen como el Sistema Justo a Tiempo, cuya filosofía es “cero inventarios en proceso”. No es solo un sistema a instalar, sino que una serie de sistemas que se van sumando y permiten llegar a tener una capacidad de producción que garantice la entrega justo a tiempo, es decir, en el momento en que su cliente va a incorporarla a su propio proceso productivo. Perfeccionar este proceso puede requerir de varios años. (Shingo, 1990)



Las ventajas de este sistema son:

- Los defectos de producción se reducen a cero, ya que al presentarse se detiene la producción, hasta eliminar sus causas.
- Al reducir a cero los defectos, los desperdicios de materias primas por productos rechazados se reducen a cero y los consumos en energéticos junto a otros materiales se reducen al mínimo.
- El sistema de producción se obliga a trabajar sin defectos, lo que lo hace predecible y, por lo tanto, confiable en cuanto a la entrega justo a tiempo.

El concepto de jalar contra empujar se refiere a que uno no debe producir una pieza para la línea siguiente, si ésta no la necesita.

Otro aporte es el concepto Poka-Yoke, que quiere decir a prueba de error, también conocido como “cero defectos”. La idea básica es detener el proceso donde ocurre un defecto, definir las causas y prevenir aquellas que son recurrentes. En este proceso no se utiliza el muestreo estadístico. Una parte clave del procedimiento es la inspección de todas las causas de defectos que se presentan durante la producción para identificar errores antes de que se conviertan en defectos. A diferencia del muestreo estadístico, Shingo utiliza el cien por ciento de inspección. En el proceso productivo, se comprueba pieza por pieza, que el producto esté libre de defectos. (Garza, 1996)



Conceptos de Calidad

De acuerdo a la Real Academia Española el concepto de calidad es: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Esta palabra proviene del latín Qualitas (qualis= cualidad y tas como sufijo) que va a describir que clase de objeto es y su equivalente al griego Poiotes que corresponde a lo cualitativo. (DRAE, 2001)

La calidad está relacionada con las percepciones de cada individuo para comparar una cosa con cualquier otra de su misma especie, y diversos factores como la cultura, el producto o servicio, las necesidades y las expectativas influyen directamente en esta definición. La calidad se refiere a la capacidad que posee un objeto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas, un cumplimiento de requisitos.

La calidad puede referirse a la calidad de vida de las personas de un país, la calidad del agua que bebemos o del aire que respiramos, la calidad del servicio, o la calidad de un producto en general. Como el término tiene muchos usos, su significado no es siempre una definición clara y objetiva.

Los notables definen a la calidad como:

- Según Deming (1989) la calidad es *“un grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo coste, adecuado a las necesidades del mercado”*.
- Para Juran (1993) la calidad se define como *“adecuación al uso”*, esta definición implica una



adecuación del diseño del producto o servicio (calidad de diseño) y la medición del grado en que el producto es conforme con dicho diseño (calidad de fabricación o conformidad). La calidad de diseño se refiere a las características que potencialmente debe tener un producto para satisfacer las necesidades de los clientes y la calidad de conformidad apunta a cómo el producto final adopta las especificaciones diseñadas.

- Según Crosby (1987) *“la calidad no cuesta, lo que cuesta son las cosas que no tienen calidad”*. Crosby define calidad como *conformidad con las especificaciones o cumplimiento de los requisitos y entiende que la principal motivación de la empresa es el alcanzar la cifra de cero defectos.*
- Feigenbaum (1994) la define como: *“La composición total de las características de los productos y servicios de marketing, ingeniería, fabricación y mantenimiento, a través de los cuales los productos y los servicios cumplirán las expectativas de los clientes”*.

A lo largo de los años estos conceptos industriales y comerciales de calidad fueron evolucionando y expandiéndose a distintas instituciones, mercados y servicios, uno de ellos de vital importancia es el de las instituciones de salud que deben brindar un servicio de calidad a todos los usuarios que lo utilizan. En nuestro país uno de los principales rectores es la calidad de la atención de la salud como un derecho fundamental de la sociedad en donde el eje central es la satisfacción de los usuarios.



El avance tecnológico, junto con la evolución de los conocimientos y la velocidad de los cambios científicos en el área de la salud ha obligado a utilizar a la calidad como indicador para poder lograr evaluar los servicios e identificar la satisfacción de los usuarios a la hora de realizarse una prestación determinada.

Es por ello que para poder evaluar a los distintos servicios de salud es necesario en primera medida poder definir que entendemos por calidad en salud.

Donabedian (1993) plantea que la calidad de atención consiste *en obtener los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, 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. También destaca que "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"* (Donabedian, 1980).

La International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y el segundo que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define a éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del



centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

Luego la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud agregó en su evaluación del desempeño del equipo de salud, la definición de calidad *"como el resultado integral ligado a determinados procesos de trabajo, en el marco de la producción de servicios sociales"* (Deming 1994 OPS/OMS (1994)). Es decir, que la calidad es una condición compleja, en donde los diferentes componentes y agentes productores de servicios de salud brindan su aporte significativo a un resultado que se está por obtener y que se puede perfeccionar, para dar mayor calidad a los que necesitan de esos servicios.

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



La calidad de los servicios de salud según Avedis Donabedian.

Avedis Donabedian (1919-2000)

Este autor estuvo a la vanguardia de sus contemporáneos, descubriendo vastos panoramas intelectuales. Cada uno de sus escritos y libros cardinales establecieron los derroteros del pensamiento e investigaciones del futuro, y hasta el lenguaje futuro. Como resultados de estos trabajos, los sistemas de salud se han convertido en un campo para la investigación y en una excitante arena para la acción. Como parte de sus contribuciones al conocimiento general sobre sistemas de salud, este autor hizo énfasis en el tema específico de la evaluación de la calidad en la atención a la salud.

Definición de Calidad

El autor señala que el termino garantía de calidad puede ser engañoso, ya que no siempre es posible garantizar un nivel dado de calidad. En el mejor de los casos a lo más que podemos aspirar es a salvaguardar y mejorar la calidad de la atención. La conservación de la calidad o, más optimistamente, las mejorías de la calidad serian metas más realistas.

La garantía de calidad, en un sentido más amplio, está compuesta por dos elementos:

- a) El diseño del Sistema*
- b) La monitoria del desempeño*



El diseño del sistema incluye todas las características del sistema de atención a la salud que se considera que contribuyen a la calidad. Estas pueden ser: la disposición que rige el reclutamiento, la educación, el entrenamiento de posgrado, la expedición de licencias, la certificación de los médicos, etc. Los mecanismos de seguridad implícitos en estas actividades se refuerzan con las provisiones adoptadas por organizaciones de salud tanto estatal como privadas cumpliendo una función reguladora. (Donabedian Avedis, 1992)

Para realizar determinaciones del desempeño más precisas, es necesario adicionarle un componente más a la garantía de calidad: el componente de "monitoría". Por un error de terminología, cuando se utiliza el término garantía de calidad, casi siempre se está haciendo referencia a la monitoría de la calidad o a la revisión de la calidad. Más precisamente, lo que se quiere decir es garantía de calidad a través de la monitoría o la revisión. Esto se debe a que hay por lo menos dos actividades implícitas: una es la evaluación de la calidad del desempeño y la otra es el tomar las medidas para corregir las desviaciones en relación con los estándares de calidad.

Es importante señalar que el diseño del sistema y la monitoría del desempeño son dos componentes inseparables y de apoyo mutuo de la garantía de la calidad. (Donabedian Avedis, 1992)

Definición de Salud

Donabedian destaca que, para poder evaluar la calidad de la atención a la salud, es necesario especificar, desde un principio, los objetivos a seguir y los medios legítimos o más deseables para alcanzar dichos objetivos. *En la atención a la salud, el objetivo es mantener, restaurar y promover la salud, más precisamente alcanzar el grado de conservación, restauración y promoción de la salud que*



las ciencias de la salud permitan. Los medios son conjuntos de intervenciones: algunas técnicas, otras psicológicas y otras sociales. A estos medios se los juzgan por su efectividad, su costo y por el grado de aceptación que tenga de los pacientes individuales y de la sociedad.

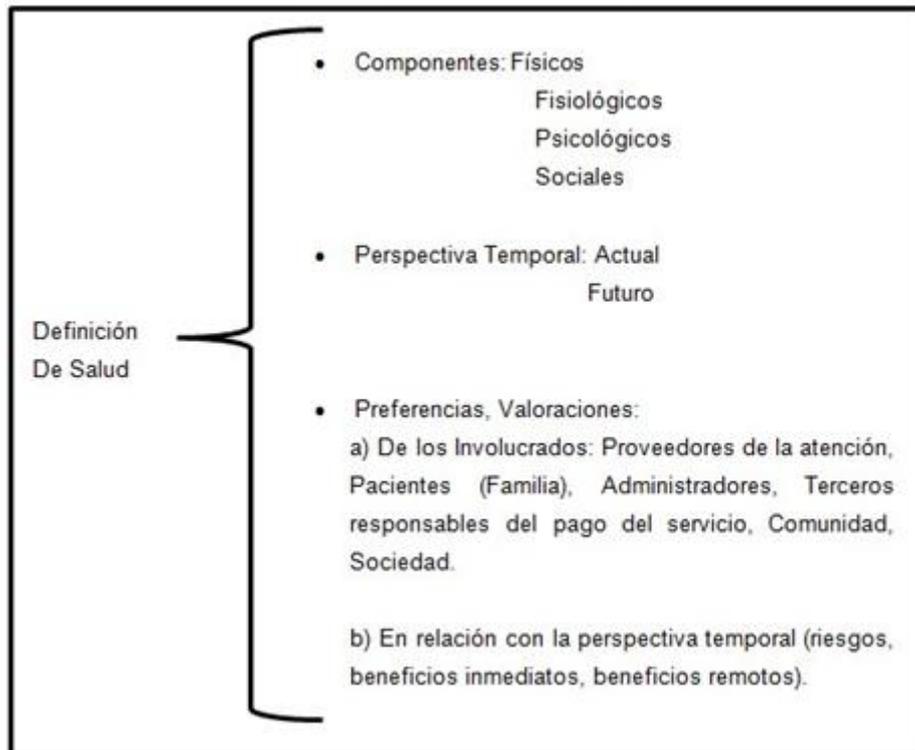
Por lo tanto, la calidad de la atención a la salud la define como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que se juzga son las expectativas del resultado que se podrían atribuir a la atención en el presente. (Donabedian Avedis, 1992)

A la hora de definir a la salud, Donabedian aclara que esa ocupa un lugar crítico en la definición de calidad, la manera en que aquella se conceptualiza y evalúa tiene una profunda influencia en los juicios sobre la calidad. Puede considerarse que la salud cuenta con aspectos físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales (componentes) pero también interactúa la perspectiva temporal, uno podría preocuparse únicamente por los cambios actuales o inmediatos de la salud o bien analizar cómo es que la atención a la salud en el momento actual ha alterado las perspectivas de salud en el futuro.

El valor y el significado dado a la salud en sus diversas manifestaciones van a depender de quien tenga en sus manos la valoración y de las consideraciones a las que está sujeta. Los médicos definirán y valorarán de una cierta manera a la salud, los pacientes de otra y la sociedad de otra más.



Con relación a las preferencias tiempo, existen evidencias que sugieren que algunas personas les preocupan los riesgos inmediatos y los tratan de evitar, mientras que otras están dispuestas a asumir riesgos en el presente con la intención de tener una mayor probabilidad de beneficios para su salud en el futuro. De acuerdo con estas consideraciones, se han hecho grandes esfuerzos para desarrollar medidas del estado de salud susceptibles de ser utilizados tanto en la evaluación de la atención como en la planeación y conducción de la práctica clínica en los servicios de salud. (Donabedian Avedis, 1992)



(Figura 3: Definición de salud según Avedis Donabedian, 1992)



Como Alcanzar los Objetivos

La atención a la salud en sí misma combina las contribuciones de los pacientes y de los prestadores de atención a la salud.

El prestador de la atención tiene la responsabilidad de tomar las decisiones técnicas apropiadas en el proceso de selección, de estrategias diagnósticas y terapéuticas, de ejecutar todos los procedimientos de la manera más hábil posible y de manejar las relaciones personales con el paciente en forma ética, humana y placentera, de tal manera que se tienda a garantizar el grado más efectivo de participación tanto del paciente como de sus familiares. En este caso se mide lo que los médicos hacen y pretenden alcanzar.

Cuando se restringe la atención al desempeño médico se evalúa exclusivamente los componentes técnicos de la atención o se incluye también el manejo del proceso interpersonal. (Donabedian Avedis, 1992)

Si se toma como criterio de calidad al comportamiento de los pacientes, es necesario interpretarlo en parte como responsabilidad del propio paciente, en parte como consecuencia de diversos factores ambientales y sociales, y también como responsabilidad del médico y de otras personas involucradas en la atención. Se juzga lo que de hecho se alcanzó o lo que se espera obtener.

Los cambios más aparentes que se producen en la salud del paciente se pueden producir durante el mismo o después de recibir la atención y se los utiliza como indicadores de calidad. Por desgracia hay cambios muy sutiles que no se toman en cuenta, o



que tardan en aparecer o posiblemente, aunque se detecten tempranamente, no tengan que ver con la atención recibida.

Relación Costo/ Calidad

Donabedian plantea distintas alternativas a la hora analizar la relación entre los costos y beneficios.

- *La primera de ellas plantea como objetivo proporcionar al paciente el mayor beneficio en términos de salud, independientemente del costo monetario. Si ésta resulta excesiva o dispendiosa, se puede pasar por alto cuando no haya elementos dañinos que interfieran con la salud de los pacientes. Este tipo de atención adopta una actitud derrochadora y se asocia con la baja calidad.*
- *La segunda alternativa proviene de la afirmación de que la calidad consiste en alcanzar los mayores beneficios posibles en salud al menor costo. Si se acepta esta definición la monitoría de la atención adquiere dos funciones. La primera es la verificación de la Efectividad y la segunda la verificación de la Eficiencia.*



<p>Efectividad: Se determina juzgando si la atención proporcionada va a producir (en promedio, en pacientes de un tipo especificado) los mayores beneficios posibles en la actualidad. La efectividad máxima se alcanza cuando se otorga la mejor de las atenciones útiles y se evita toda atención dañina.</p>	
<p>Eficiencia: Depende de la comparación entre los costos de la atención y sus beneficios esperados. Se divide en Eficiencia en la Producción y Eficiencia Clínica.</p>	<p>Eficiencia en la Producción: Se habla de la eficiencia con la que una institución produce los bienes y servicios que pone a disposición de los médicos.</p>
	<p>Eficiencia Clínica: Es un componente clave en la monitoría del desempeño médico y por lo general se juzga por el grado en que se prescribe y proporciona atención costosa innecesaria.</p>

(Figura 4: Relación costo-calidad. Donabedian A. 1992)

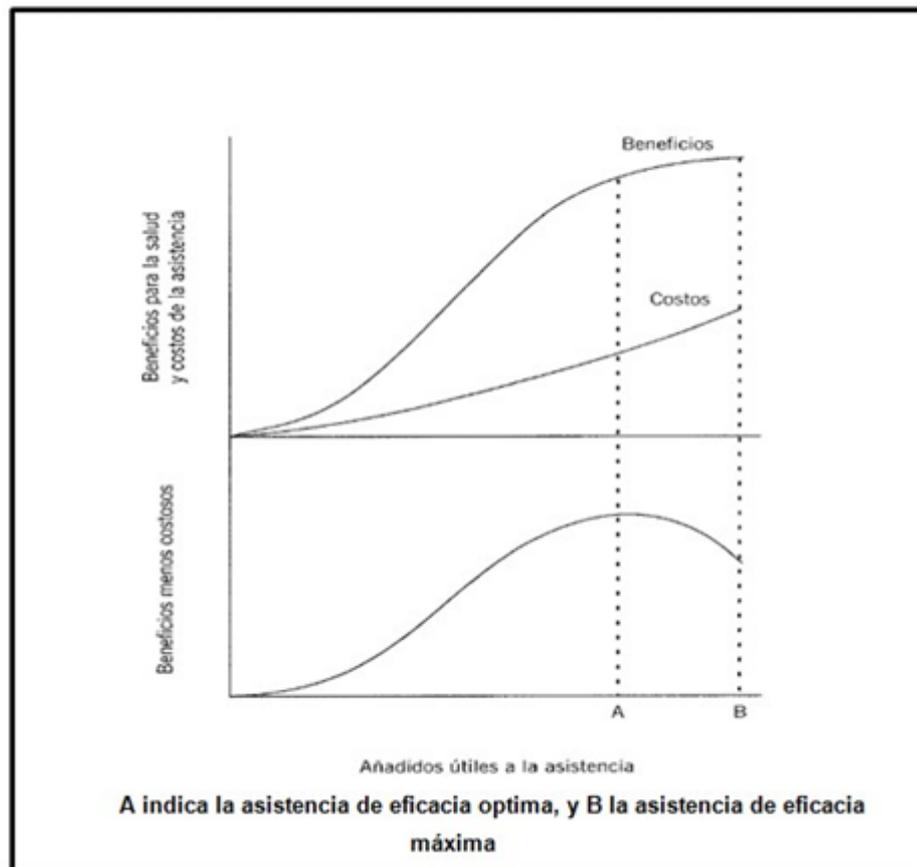


Es importante recordar que la monitoría en si misma puede resultar una empresa costosa. Es necesario que sus logros justifiquen su costo en tiempo, esfuerzo y posibles imposiciones sobre la libertad de práctica.

- *La tercera elección pertinente a la relación entre el costo y la calidad no es la búsqueda de la mayor mejoría posible en la salud (efectividad máxima) sino de aquella mejoría, que, bajo un criterio u otro, es “económicamente accesible”.*

Hay motivos para creer que cuando se incorpora intervenciones cada vez más complejas a la atención proporcionada a un paciente en las etapas iniciales del tratamiento, mayores serán las mejorías en la salud asociadas con cada adición a la atención. Más adelante, cada adición sigue teniendo un costo, pero cada mejoría correspondiente en la salud se vuelve progresivamente menor.

(Donabedian Avedis, 1992)



(Figura 5: Relación Hipotética entre los beneficios de la salud y los costos de la asistencia a medida que se realizan añadidos útiles a la asistencia. Donavedian A. 1993)

Eventualmente hay un punto después del cual se considera que los beneficios agregados ya no valen el costo adicional. La atención que corresponde a esta posición en la relación entre costos y beneficios tiene una efectividad óptima, por lo tanto, una calidad inmejorable.

Esta atención deberá ser también económicamente accesible para aquellos que le han asignado valores a los costos y los beneficios. Pero la atención que va más allá del punto de la efectividad óptima no podría considerarse económicamente



accesible. Esto significa que las esperanzas de pequeñas mejoras adicionales en salud (que representan mejoras en la calidad) serán ignoradas en favor de ahorros proporcionalmente mayores en los costos. Esto, en pocas palabras, es lo que se conoce como intercambio costo-calidad. (Donabedian Avedis, 1990)

El control de la calidad de la atención médica, formulada por Donabedian (1966; 1984; 1991) en función de los componentes de la asistencia sanitaria que él mismo identificó, analiza tres enfoques distintos que son **la estructura, el proceso y el resultado**.

Estructuras

Comprende las características relativamente estables de los proveedores de la atención sanitaria, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos donde trabajan. Incluye también a los recursos humanos y financieros, la distribución y cualificación profesional, así como el número, tamaño, equipos y localización geográfica de los hospitales y de otras clases de centros sanitarios, el origen de la financiación, la organización formal e informal de la prestación de los servicios, el proceso de producción, el sistema retributivo de los profesionales y la organización formal del personal médico y de enfermería.

Procesos

Son las interacciones entre los profesionales y sus clientes acerca de las cuales se puede emitir un juicio de su bondad, tanto con la observación directa como mediante el análisis de la información registrada. Contempla también aquello que el paciente hace para cuidarse a si mismo.



En el análisis del proceso cabe el estudio de dos campos diferentes, pero interrelacionados. De una parte, los aspectos científicos y técnicos y las consecuencias que de él se derivan, es el análisis de la función operacional. La otra parte, las relaciones establecidas entre los profesionales y los consumidores: es el análisis de la función relacional.

Las relaciones interpersonales pueden tener una influencia importante en la calidad técnica, debido al alto grado de contacto e interdependencias existentes en las actividades médicas. El control de la calidad del proceso tiene un carácter normativo.

En su vertiente operacional, las normas derivadas de la ciencia médica rigen las aplicaciones de las distintas técnicas diagnósticas y de tratamiento; en su vertiente relacional, las normas de servicio, sociales, legales y propias de cada hospital regulan las interrelaciones.

Resultados

Es el cambio, atribuible a la actuación médica, que se produce en el estado actual y futuro de la salud del paciente. Un resultado supone un cambio en el estado de salud –para bien o para mal- que puede atribuirse a la atención. Se incluyen en él la mejora de la función social y psicológica, las nuevas actitudes del paciente, el conocimiento adquirido sobre la salud y la modificación de los hábitos de la vida.



La satisfacción del paciente constituye un elemento particularmente importante, en primer lugar, es un “resultado” de un valor incuestionable ya que la satisfacción es un aspecto del bienestar que la atención a la salud intenta promover. En segundo lugar, la satisfacción del paciente contribuye a la atención porque es más probable que el paciente participe en la atención de una manera más efectiva. En tercer lugar, la satisfacción y el descontento constituyen los juicios del paciente sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados.

Entre los tres componentes de la atención médica-estructura, proceso y resultado- Donabedian establece una relación funcional: considera que una buena estructura aumenta las posibilidades de un buen proceso, y que un buen proceso aumenta las posibilidades de un buen resultado.

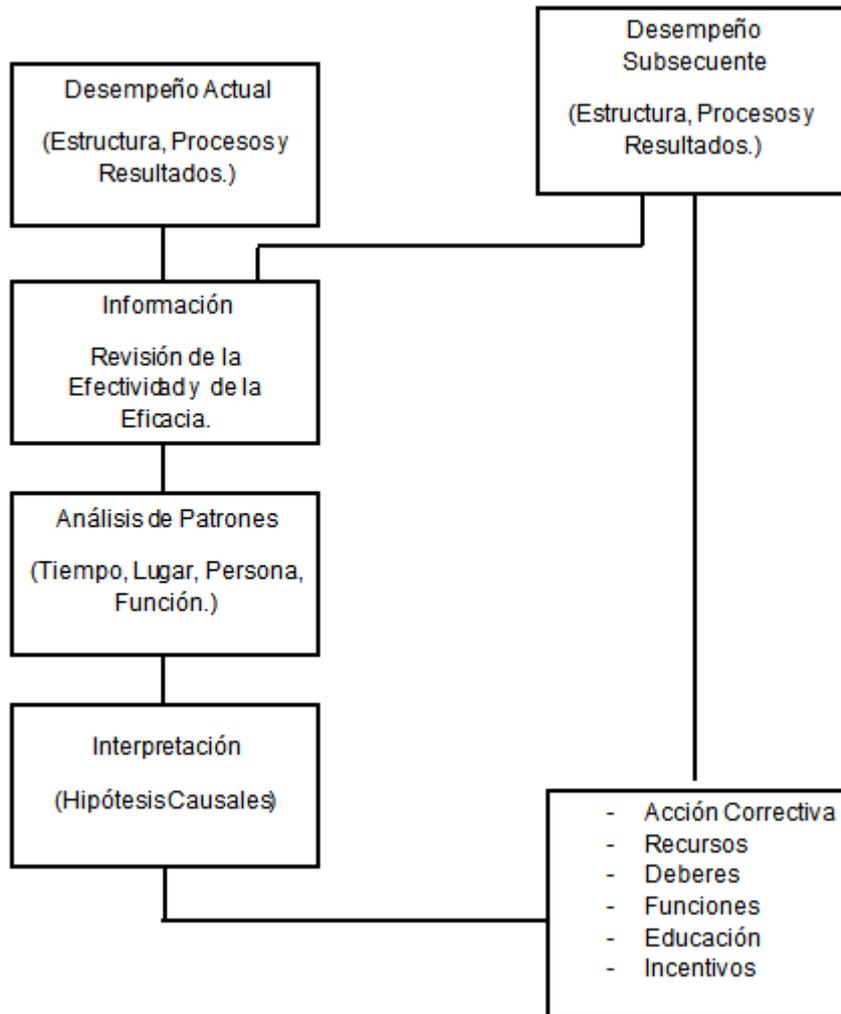
Para poder desarrollar una correcta evaluación Donabedian desarrolla algunos criterios a tener en cuenta a la hora de utilizar estos enfoques, siendo estos:



Validez Causal	Depende de la justificación científica para afirmar que un existe una verdadera interrelación entre la estructura, los procesos y sus resultados.
Pertinencia	En relación con los objetivos de la atención constituyendo un requisito obvio en la evaluación del desempeño.
Sensibilidad	Es la capacidad de una medida para detectar posibles deficiencias en la calidad.
Inclusividad	Es la capacidad de una medida para reflejar todos los componentes de la atención.
Oportunidad	A la hora de tomar los datos para lograr su evaluación.
Costo Relativo	Este presenta una importancia práctica evidente a la hora de realizar la evaluación.

(Figura 6: Criterios a la hora de utilizar los enfoques. Donabedian, A. 1993)

La información sobre el desempeño de los distintos servicios que han sido evaluados, independientemente de que manera se obtuvo, pone en funcionamiento una cadena de actividades que tiene por objeto garantizar la calidad a través de la revisión constante de la efectividad y la eficiencia. Esta cadena se puede apreciar en el siguiente gráfico:



(Figura 7: Ciclo de Monitoria de la Calidad. Donabedian A., 1990)

El primer paso es llegar a un juicio sobre la calidad, en seguida es necesario investigar los patrones de desempeño siendo su objetivo descubrir la posible localización o concentración de un desempeño deficiente o pobre: en un momento determinado, en ciertos sitios, por parte de ciertas personas o en el desempeño de determinadas funciones. El patrón de deficiencias conduce a una búsqueda dirigida de las razones de las fallas observadas; y conocer las razones constituye un paso necesario para la acción correctiva.



Una vez realizadas las correcciones se vuelve a comenzar el ciclo y así sucesivamente hasta lograr la mejor calidad posible que se pueda obtener. (Donabedian Avedis, 1992)

Debido a que diversos autores, tanto anteriores como posteriores a Donabedian, han propuesto diferentes enfoques del control de la calidad de la asistencia sanitaria, pero como casi ninguna de las nuevas formulaciones ha modificado sustancialmente la suya es que creemos que a partir de este autor se hace indispensable empezar a realizar el presente trabajo de investigación y así poder lograr los objetivos planteados logrando identificar la calidad que el servicio Odontológico de la Dirección de Salud de la Secretaria de Asuntos Estudiantiles de la UNC, brinda a todos sus usuarios.



OBJETIVOS

▪ Generales

Reconocer la percepción de calidad en la atención odontológica en los pacientes del servicio odontológico de la Dirección de Salud de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la Universidad Nacional de Córdoba durante el año 2014

▪ Específicos

- Describir la percepción que tuvieron los usuarios de la calidad de las estructuras edilicias/administrativas del servicio Odontológico de la Dirección de Salud de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Analizar la percepción que tuvieron los usuarios acerca de la calidad del proceso de atención odontológica del servicio Odontológico de la Dirección de Salud de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Estudiar la percepción que tuvieron los usuarios acerca de la calidad de la atención del paciente con respecto a los resultados obtenidos luego de finalizada la prestación odontológica.



DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

Se trató de un estudio descriptivo, de corte transversal, el diseño fue mixto cualitativo y cuantitativo y se utilizaron dos instrumentos de recolección de información, ambos elaborados ad-hoc por el investigador: un cuestionario y una entrevista.

Población

La población objetivo quedó conformada por todos los pacientes de ambos sexos de 18 años o más de edad que concurrieron al Servicio Odontológico de la Dirección de Salud de la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2014. (N= 7000 estudiantes anuales aproximadamente).

Muestra

En esta investigación se decidió trabajar con una muestra representativa de pacientes que concurren al Servicio Odontológico de la UNC.

Dado que la cantidad de pacientes era de gran magnitud, se definieron previamente criterios para delimitar, a su vez, la población objeto de estudio.

Para la construcción del marco muestral se tomó como base la información suministrada por el Departamento de Bioestadística de la Dirección de Salud de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles



de la UNC, para los años 2010 a 2012; de dichas planillas que contenían la información acerca de las prestaciones asistenciales y examen preventivo, se observó que las prestaciones más frecuentes eran: Operatorias/arreglos, Cirugías y Periodoncia. Con este criterio, la población de pacientes con dichas prestaciones más frecuentes resultó de N= 1544 en el año 2012, dicha cantidad se tomó como estimación de la población (año 2014) para el presente trabajo.

El criterio de inclusión de las unidades de observación en la muestra fue: pacientes de ambos sexos, de 18 años en adelante que concurren al servicio de odontología a realizarse como prestaciones más frecuentes, operatorias/arreglos, cirugías y periodoncia.

En virtud que la población objeto de estudio quedó delimitada en función de las prestaciones más frecuentes por las que asisten los pacientes al servicio, es que el método de muestreo probabilístico considerado más apropiado, para este trabajo, resultó el muestreo estratificado, siendo la variable de estratificación, el tipo de prestación.

Del análisis de la distribución de pacientes en los años 2010 a 2012, en función del tipo de prestación, la distribución de los estratos fue la siguiente:

- Por Operatorias el 61%
- Por Cirugías el 16%
- Por Periodoncia el 23%

Estas participaciones (de cada estrato) eran similares en los tres años que se analizaron y para los que este trabajo contó con la información.



La determinación del tamaño muestral se hizo con los siguientes criterios:

- Nivel de confianza de las estimaciones del 0,95
- Error muestral del 0.075
- Parámetro poblacional: Proporción de pacientes según la apreciación del servicio odontológico de la UNC.

En base a lo anterior resultó un tamaño mínimo muestral de 154 casos.

Trabajo de campo

En el mes de julio de 2014 se realizó un estudio exploratorio a partir de la información con la que se contaba, las Plantillas de Turno del servicio, en las que se registran a los pacientes junto con la indicación del tipo de prestación.

De esta etapa exploratoria surgieron los tipos de prestaciones más frecuente, siendo esta segmentación la que finalmente se utilizó para estratificar la población en estudio y la muestra en el trabajo de campo.

De esta exploración surgió la participación del tipo de prestación más frecuente. Esta segmentación fue la que finalmente se utilizó para estratificar la muestra.

La etapa de relevo de datos se realizó en los consultorios del Servicio Odontológico de la Dirección de Salud de la UNC.



La recolección de datos a partir de la muestra de 159 sujetos (n=159), con los criterios de inclusión muestrales establecidos, se realizó durante Agosto – Setiembre de 2014.

Se realizó una prueba piloto con una muestra intencional de tamaño n=16, de pacientes, que se encuadraban dentro de las prestaciones más frecuentes, con la finalidad de probar el instrumento de recolección de datos, buscando obtener confiabilidad y validez metodológica. Este procedimiento permitió hacer los ajustes necesarios al instrumento para su aplicación en la muestra definitiva.

La misma quedó conformada, por tipo de prestación más frecuente de la siguiente manera:

- Limpieza (periodoncia): 41 casos (26%)
- Arreglo caries (operatorias): 85 casos (53%)
- Extracciones (Cirugía): 33 casos (21%)

La selección de los pacientes en cada estrato se realizó a través de un muestreo aleatorio simple, la inclusión de los mismos en la muestra en estudio se realizó con la firma del consentimiento informado para participantes de investigación.

A su vez para esta investigación se seleccionó una muestra de 20 pacientes, incluidos en la muestra general (n=159) a los que se les consultó (con otro instrumento de recolección) acerca de las dimensiones de estudio para evaluar la apreciación que los pacientes/asistentes hacen de la calidad del Servicio Odontológico.



Variables del cuestionario auto-administrado

Donabedian (1993), considera que la calidad puede interpretarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes las cuales son: La técnica, que se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda al máximo en beneficio de la salud sin generar riesgos y la Interpersonal que medirá el grado de apego a los valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes. Este autor plantea la calidad de la asistencia desde tres categorías: Estructura, Proceso y Resultado.

La Estructura implica las cualidades de los centros en los que la asistencia se produce, incluyendo las de los recursos materiales (facilidades, equipamiento y dinero), de los recursos humanos (número y cualificación del personal) y de la estructura organizativa (organización del equipo profesional, personal asistente, administrativo, etc.)

El proceso implica lo que en realidad se hace al dar y recibir la asistencia. Incluye las actividades del paciente al buscar y llevar a cabo la asistencia y las actividades del facultativo al hacer el diagnóstico y recomendar o ejecutar un tratamiento.

El resultado implica los efectos de la asistencia en el estado de salud del paciente y de la población, indica la calidad obtenida en la prestación que realizó el profesional.

Estas tres categorías planteadas por el autor, sirven de base para el esquema de variables propuesto en estudio del presente trabajo y que permitió describir la calidad del servicio.



La calidad del servicio resulta una variable compleja que se abordó a partir de tres dimensiones (variables en sí) y para cada una de estas dimensiones se establecieron los indicadores que, a criterio de esta investigación, permiten evaluar la calidad en las tres dimensiones.

Calidad del servicio	Dimensiones	Administración	*Atención al momento de pedir el turno
			*Tiempo de entrega del turno
			*Tiempo de espera en sala
		Instalaciones/ Espacio Físico	*Mobiliario
			*Pisos
			*Instrumental
			*Equipamiento
		Atención con el profesional	*Antes del tratamiento
			*Durante el tratamiento
			*Después del tratamiento
			*En la evolución del tratamiento

Figura 8: Variables de estudio utilizadas para el cuestionario auto-administrado.

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta modelo de cuestionario realizadas ad-hoc por el investigador)



Las dos primeras dimensiones propuestas se vinculan a las categorías “Estructuras” y la última a la categoría “Procesos/ Resultados”, planteadas por Donabedian.

Instrumentos de recolección de datos

Para el relevo de la información, se elaboraron los instrumentos de recolección, combinando técnicas cualitativas y cuantitativas.

Se empleó la técnica de encuesta a través de un cuestionario semi-estructurado y auto administrado a los pacientes que integraron la muestra (n=159) y que permitió relevar datos para describir a los sujetos atendidos bajo las prestaciones más frecuentes en el servicio de odontología. El cuestionario constó de dos bloques, el primero contenía lo relativo a los datos identificatorios del paciente y en el segundo bloque el paciente encuestado registró su percepción del servicio, a través de un puntaje asignado a cada dimensión de la calidad del servicio.

Se utilizó la técnica de entrevista al grupo (n=20) de pacientes, a través de una guía de preguntas organizada en tres bloques, Estructura, Instalaciones/Espacio Físico y Resultados. La misma se caracterizó por ser de respuestas cerradas lo que permitió poder trabajarla con bases de datos. La información relevada mediante este instrumento permitió al profesional tener un contacto directo con el paciente y que a su vez el mismo pueda expresarse al responder las preguntas que se vinculaban a la calidad del servicio.

Las entrevistas fueron realizadas por el autor de este trabajo de manera personal con cada paciente.



En el anexo se presenta el modelo de cuestionario y de la guía de preguntas.

Tratamiento y análisis de datos cuantitativos

Los datos relevados a través del cuestionario autoadministrado, fueron volcados en una base de datos para procesarlos estadísticamente. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v.17 y 19.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, presentando la información de las variables mediante tablas simples y de doble entrada con frecuencias absolutas y relativas; a través de gráficos (de barras simples, múltiples y porcentuales, de torta e histograma) en función del tipo de variable a presentar. También se calcularon y analizaron las medidas resumen (descriptivas o indicadores) para las variables cuantitativas.

Este análisis permitió describir a la muestra de pacientes en cuanto a las características de interés para este trabajo, tales como edad, sexo, carrera que estudia, situación laboral y cantidad de veces asistió al servicio para relacionarlas con la evaluación, desde la percepción de los sujetos, de la calidad del servicio de odontología.



RESULTADOS

En primer lugar, se realiza una descripción de los sujetos muestreados que asisten a los servicios odontológicos de la Dirección de Salud de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la Universidad Nacional de Córdoba, describiendo a los mismos en base a una serie de características.

El gráfico siguiente muestra la relación de los pacientes de acuerdo al sexo:

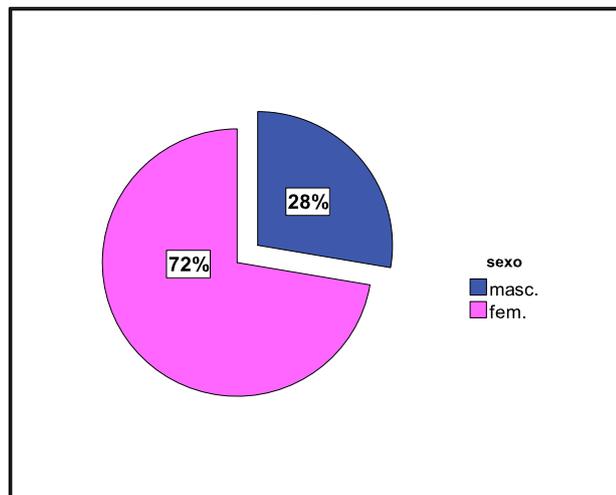


Figura 9: Proporción de pacientes por sexo

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta modelo de cuestionario realizadas ad-hoc por el investigador)

Se observó que la mayoría de los pacientes que asisten a los servicios odontológicos son mujeres, sólo el 28% son pacientes varones.



En relación a la edad, en las figuras siguientes se presentan las medidas descriptivas que caracterizan la distribución de la misma.

Estadístico	(en años)
Media	24,5
Mediana Moda	23,0
Desv. Típ.	21,0
Percentiles 25	5,9
50	21,0
75	23,0
	27,0

Figura 10: Medidas resumen de la variable edad

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta modelo de cuestionario realizado ad-hoc por el investigador)

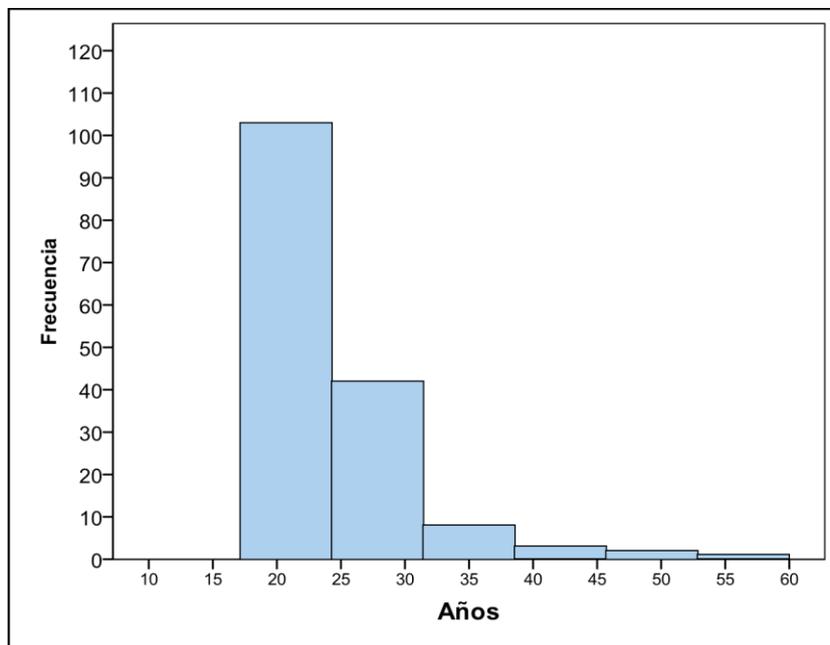


Figura Nº 11: Distribución de los pacientes según la edad

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta modelo de cuestionario realizado ad-hoc por el investigador)



En promedio, los pacientes registraron una edad media de 24,5 años. La edad que más se presentó en el grupo fue 21 años (25 pacientes). La distribución de las edades presenta una asimetría derecha, concentrándose los sujetos en las edades más bajas, por debajo de los 30 años, tal como se observa en el gráfico de superficie siguiente.

El 50% central de los pacientes se encuentra entre los 21 años y los 27 años (percentil 25 y 75, respectivamente).

En relación a si los pacientes que asisten a los servicios odontológicos, tienen hijos, se observo en la siguiente figura:

Hijos	Porc.
<i>Sí tiene</i>	8,2%
<i>No tiene</i>	91,8%
Total	100,0%

Figura N° 12: Distribución de los pacientes según los hijos

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta modelo de cuestionario realizado ad-hoc por el investigador)

Se puede concluir que es muy baja la proporción de asistentes que tienen hijos.



Se presenta en la siguiente tabla la carrera que cursan los estudiantes a fin de conocer cuál es el perfil educativo de los asistentes al servicio:

Facultad/carrera	Porc.
<i>Artes</i>	6,9%
<i>Odontología</i>	6,9%
<i>Psicología</i>	8,8%
<i>Filosofía</i>	8,2%
<i>Cs. Exactas, Físicas y Naturales</i>	8,8%
<i>Derecho y Cs. Sociales</i>	11,9%
<i>Cs. Médicas</i>	22,0%
<i>Arquitectura</i>	6,9%
<i>Cs. Económicas</i>	7,5%
<i>Lenguas</i>	4,4%
<i>FAMAF</i>	1,3%
<i>Cs. Químicas</i>	3,9%
<i>Cs. Agropecuarias</i>	2,5%
Total	100,0%

Figura Nº 13: Distribución de los pacientes según la carrera que estudian

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta modelo de cuestionario realizado ad-hoc por el investigador)

Es posible observar que aproximadamente un 38% de los asistentes a los servicios odontológicos de la UNC, corresponden a carreras relacionadas con la salud.

Del grupo en estudio, 35 pacientes provienen de Ciencias Médicas, en tanto que, las carreras menos representadas fueron, FAMAF, Ciencias Agropecuarias, Ciencias Químicas y Lenguas, con menos del 5% de participación en la muestra.



El grafico siguiente presenta la situación laboral de los estudiantes/pacientes analizados en este trabajo.

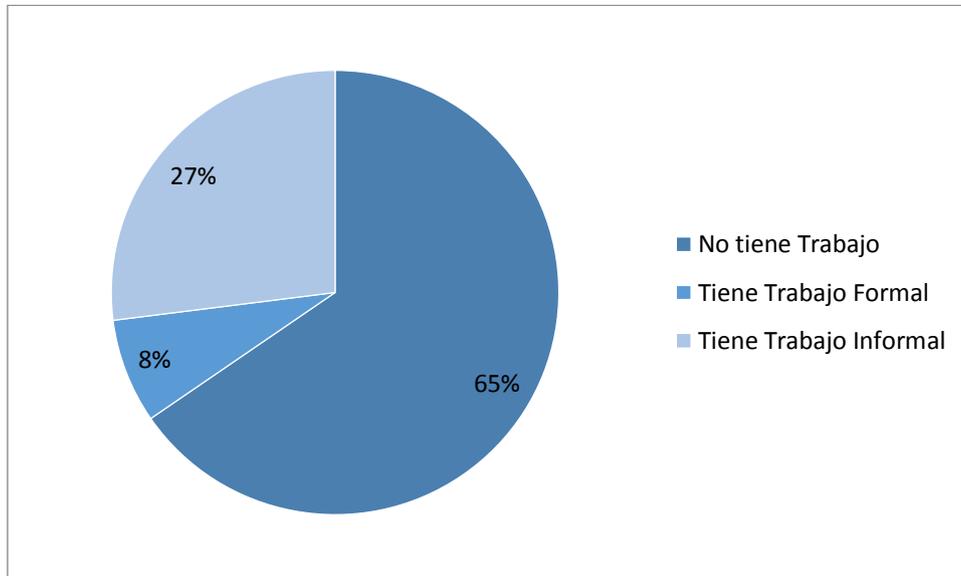


Figura N° 14: Distribución de los pacientes según la situación laboral

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta modelo de cuestionario realizado ad-hoc por el investigador)

Es para señalar que la mayoría de los asistentes a los servicios odontológicos no trabaja. De los 55 pacientes que indicaron trabajar, sólo un 8% de ellos (12 casos) manifestó tener un trabajo formal y los restantes (43 casos) lo hacen de manera informal, siendo un 27 % del total.



Las prestaciones por las que los pacientes asistieron con mayor frecuencia a los consultorios odontológicos de la UNC fueron, de acuerdo al grafico que se presenta a continuación, las siguientes:

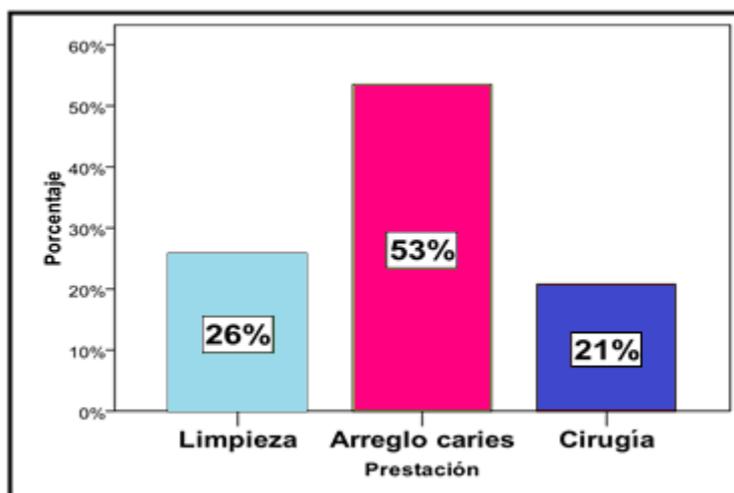


Figura N° 15: Proporción de pacientes según la prestación más frecuente

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta modelo de cuestionario realizado ad-hoc por el investigador)

Resultó que de los que acudieron al servicio más de la mitad de los sujetos (54%) indicó asistir por arreglo de caries, convirtiéndose ésta en la prestación más frecuente.

La limpieza y cirugía, tienen una representación de alrededor de la mitad de lo que es la primera prestación mencionada.

El promedio (media aritmética) de veces que los pacientes asistieron en el año 2013 a los servicios odontológicos fue de 2,6 veces, siendo para destacar que, el 36% de los pacientes de esta muestra no habían asistido con anterioridad a los consultorios odontológicos, es decir que por primera vez se atendían allí al momento de ser consultados en esta investigación. Alrededor de un



31% de los sujetos se habían atendido en los consultorios entre 1 y 2 veces en el año 2013.

A continuación, se presentan los resultados relacionados con la calidad del servicio prestado en los consultorios odontológicos de la UNC.

Los mismos son expuestos en función a las tres dimensiones que se consideraron en este trabajo, es decir en relación a la “Administración”, en relación a las “Instalaciones/Espacio Físico” y en relación a la “Atención del profesional”, siguiendo al autor Donabedian.

Para cada una de las dimensiones se consultaron a los pacientes por distintos aspectos, solicitándoles que ellos los evaluaran de acuerdo a su apreciación a través de una escala de 1 a 5, considerando la puntuación más baja (1) como la que refleja una apreciación muy mala y la puntuación más alta (5) como la que se corresponde con una apreciación muy buena.



Administración	Atención al momento de pedir el turno	Tiempo de entrega del turno	Tiempo de espera en sala
	Porc.	Porc.	Porc.
<i>Muy Bueno</i>	45%	37%	32%
<i>Bueno</i>	29%	42%	32%
<i>Regular</i>	14%	10%	16%
<i>Malo</i>	9%	7%	13%
<i>Muy Malo</i>	3%	4%	7%
Total	100%	100%	100%

Figura N° 16: Apreciación de los pacientes respecto a aspectos de la administración

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta modelo de cuestionario realizado ad-hoc por el investigador)

En relación a la Administración, los pacientes fueron consultados por los tres momentos relacionados con el turno para ser atendidos en los consultorios odontológicos, es decir, al momento del pedir el turno, al tiempo de entrega del turno (desde que se anunció hasta que lo atendieron) y al tiempo de espera en la sala.

Es posible observar en los datos presentados en la figura N° 16, que en general las apreciaciones en relación a esta dimensión fueron buenas a muy buenas, las apreciaciones más bajas se dieron en relación al tiempo de espera en la sala, un 20% de los pacientes, lo evaluaron como malo o muy malo.



Instalaciones/ Espacio Físico	Mobiliario	Pisos	Instrumental	Equipamiento
	Porc.	Porc.	Porc.	Porc.
<i>Muy Bueno</i>	64%	65%	68%	68%
<i>Bueno</i>	27%	28%	27%	28%
<i>Regular</i>	8%	6%	4%	3%
<i>Malo</i>	1%	1%	1%	1%
<i>Muy Malo</i>	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

Figura N° 17: Apreciación de los pacientes sobre los aspectos de las instalaciones/espacio físico

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta modelo de cuestionario realizado ad-hoc por el investigador)

En cuanto a la evaluación por parte de los pacientes de los aspectos relacionados con las instalaciones/espacio físico, ninguno de los aspectos por los que se los consultó fue evaluado como muy malo y sólo un 1% de los sujetos lo apreció como malo. Es para señalar que, en los aspectos vinculados a las instalaciones y espacio físico, los puntajes asignados fueron altos, correspondiéndose con apreciaciones buenas y muy buenas, más del 90% de los pacientes así lo indicaron, como se observó en la figura N° 17.



Atención con el profesional	Tratamiento			
	Antes	Durante	Después	Evolución
	Porc.	Porc.	Porc.	Porc.
Muy Bueno	81%	88%	85%	81%
Bueno	16%	10%	11%	15%
Regular	2%	1%	3%	4%
Malo	1%	1%	1%	0%
Muy Malo	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

Figura N° 18: Apreciación de los pacientes en relación a los aspectos de la atención profesional

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta modelo de cuestionario realizado ad-hoc por el investigador)

Las puntuaciones en relación a la atención del profesional, se muestran en la figura N° 18, es para resaltar aquí que, las apreciaciones en la categoría muy bueno, son las más elevadas y marcan una mejora en la evaluación en relación a los otros aspectos. Se observa que más del 80% de los sujetos calificaron como muy buena la atención del profesional en los distintos momentos (antes, durante, después y en la evolución del tratamiento) por los que se los consultó.

La figura siguiente, muestra la apreciación de los pacientes en relación al tiempo de espera en sala para ser atendidos en los consultorios odontológicos, en función del sexo del sujeto.

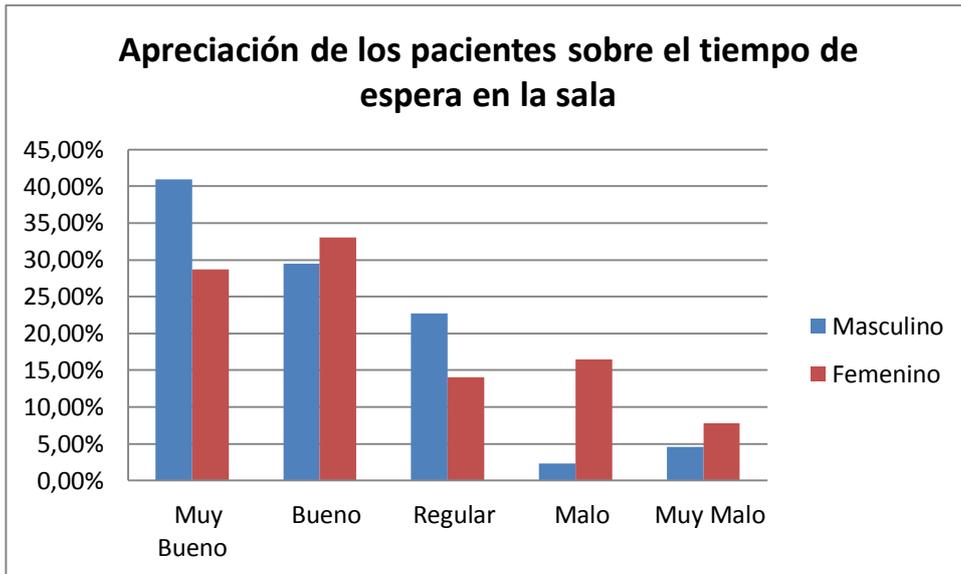


Figura N° 19: Apreciación de los pacientes sobre el tiempo de espera en la sala

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta modelo de cuestionario realizado ad-hoc por el investigador)

Se puede apreciar que los estudiantes a la hora de evaluar el tiempo que trascurrieron dentro de la sala de espera, los mismos de sexo masculino tienen una apreciación mayor de esta y la evaluaron como muy buena con respecto al sexo femenino, en donde la evaluación de estas fue menor, además se puede destacar que el sexo femenino evaluó el tiempo de la sala de espera como muy malo, siendo esta evaluación mas negativa con respecto a los demás estudiantes de sexo opuesto.

El gráfico de barras porcentuales, ilustra la información sobre la apreciación que tuvieron los estudiantes de distintos sexos a la hora de realizarse la atención con el profesional durante el tratamiento.

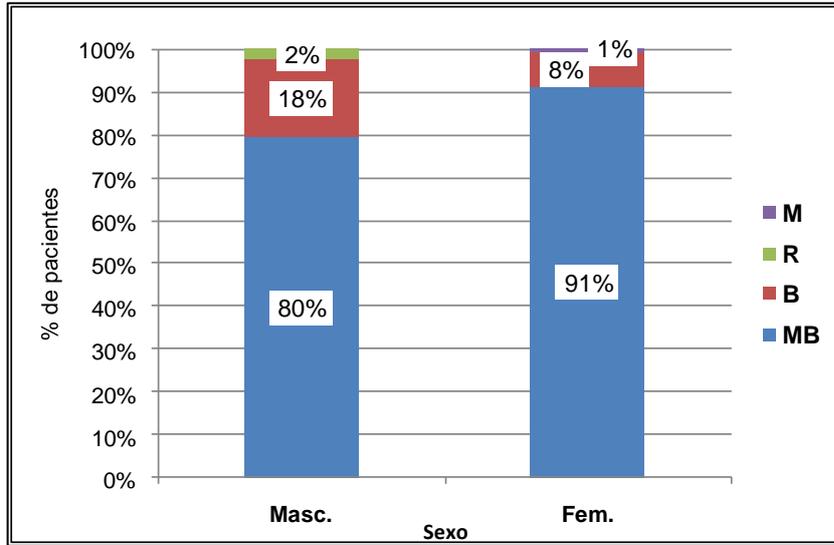


Figura N° 20: Proporción de pacientes según la apreciación de la atención profesional durante el tratamiento

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta modelo de cuestionario realizado ad-hoc por el investigador)

En la categoría más alta de apreciación (muy bueno), son las mujeres las que marcan una mayor evaluación favorable al profesional durante el tratamiento con respecto al sexo masculino.

En esta investigación se obtuvo también información a través de la aplicación de un cuestionario, bajo el formato de guía de preguntas, realizado a una muestra de 20 pacientes que asistieron a los consultorios odontológicos. Esta muestra fue seleccionada a fin de indagar de una manera cualitativa sobre aspectos vinculados a las tres dimensiones que permiten abordar la calidad en los servicios odontológicos objeto de estudio del presente trabajo.

Los resultados a los que se arribó con esta muestra, se presentan a continuación:



Las figuras siguientes resumen las respuestas dadas por los pacientes a las distintas preguntas realizadas, teniendo en cuenta tres ejes: Estructura, Proceso y Resultados.

En relación a la Estructura, las Tablas N° 21 a 28 muestran las respuestas dadas por los pacientes a los distintos aspectos consultados.

Con respecto al trato del personal se pudieron observar las siguientes respuestas:

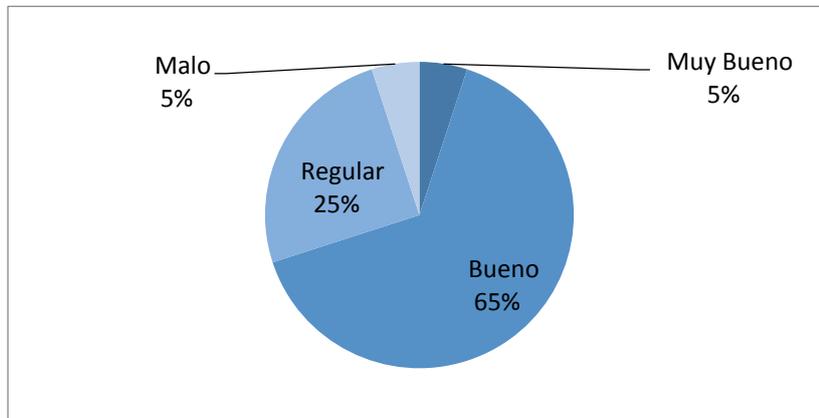


Figura N° 21: Respuestas de los pacientes sobre el trato del personal administrativo

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)



Con respecto al tiempo entre el turno y la prestación se pudieron observar las siguientes respuestas:

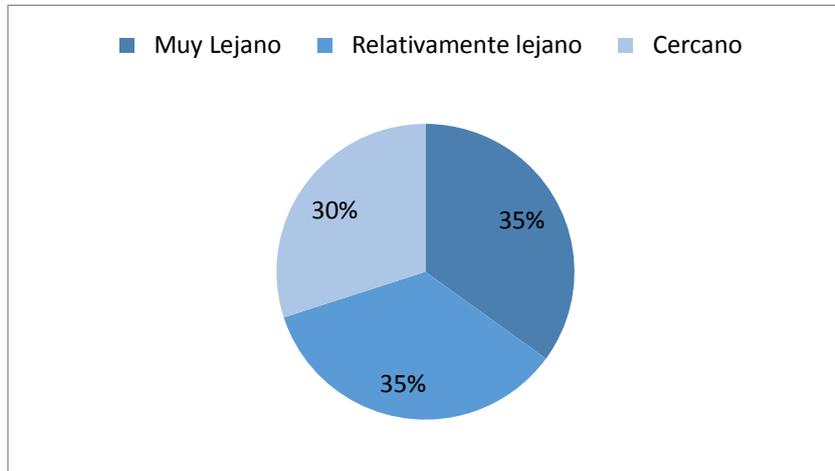


Figura N° 22: Respuestas de los pacientes sobre el tiempo de espera

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)

Con respecto a la dificultad en la solicitud del turno se pudieron observar las siguientes respuestas:

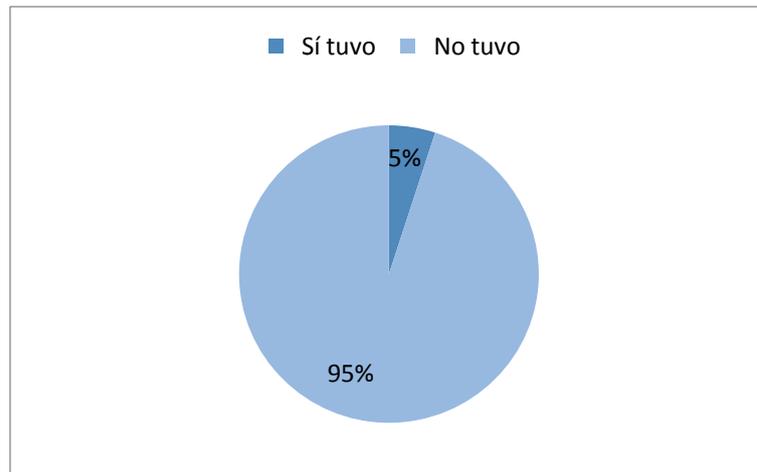


Figura N° 23: Respuestas de los pacientes sobre las dificultades al solicitar el turno

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)



Con respecto al tiempo que tardó el profesional en atender se pudieron observar las siguientes respuestas:

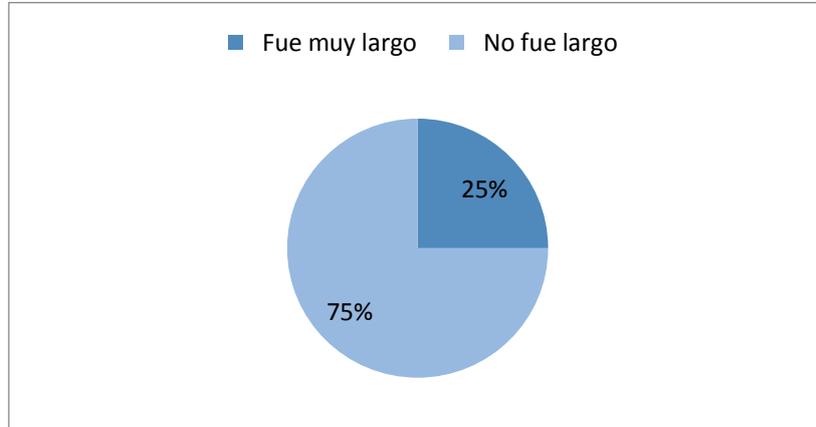


Figura N° 24: Respuestas de los pacientes sobre la tardanza para ser atendido

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)

Con respecto al trámite para llegar al consultorio y ser atendido se pudieron observar las siguientes respuestas:



Figura N° 25: Respuestas de los pacientes acerca de la organización del trámite administrativo

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)



Con respecto al tiempo de espera a la hora de hacerse atender se pudieron observar las siguientes respuestas:

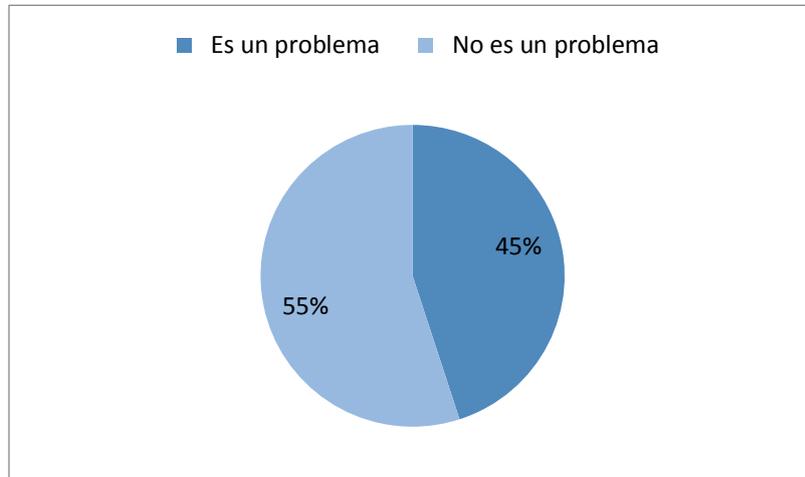


Figura N° 26: Respuestas de los pacientes sobre el tiempo de espera para la atención

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)

En la comparación de la atención administrativa con respecto a otras instituciones se pudieron observar las siguientes respuestas:

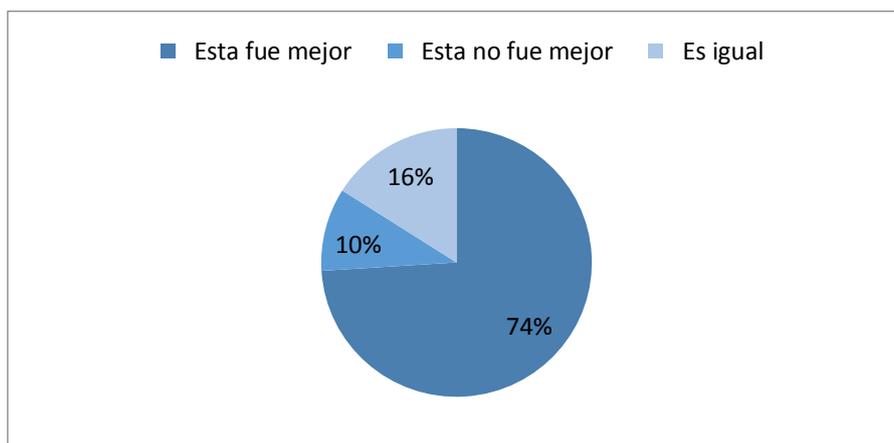


Figura N° 27: Respuestas de los pacientes comparando la atención en otras instituciones

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)



En la comparación sobre si el personal administrativo tiene un trato amable o empatía con el usuario se pudieron observar las siguientes respuestas:

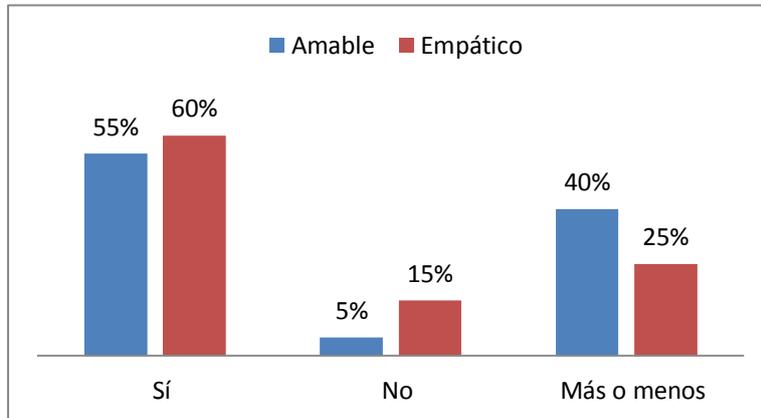


Figura N° 28: Respuestas de los pacientes sobre la atención por parte del personal administrativo

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)

De lo presentado más arriba, es para señalar que en general el trato del personal administrativo a la hora de pedir el turno, es considerado bueno por los pacientes en un 65% (Figura N° 21). Las respuestas se encuentran distribuidas más parejas en cuanto al tiempo que transcurrió desde que se le entregó el turno y el día en que fue a solicitarlo el paciente (Figura N° 22).

El 95% de los pacientes consultados no indicaron dificultad para solicitar el turno.

Sólo el 25% de los sujetos manifestaron que fue muy largo el tiempo entre que lo anunciaron y el tiempo en que efectivamente fue atendido por el profesional. La mayoría indicó que el trámite para la atención fue organizado.



Normalmente para estos pacientes no es un problema el tiempo de espera a la hora de hacerse atender en los consultorios odontológicos (Figura N° 26).

Al preguntarles a los pacientes si la atención administrativa recibida en los servicios odontológicos de la UNC, es mejor que la recibida en otras instituciones, de las 19 personas que respondieron, 14 indicaron que sí, es mejor que en otras instituciones públicas.

Finalmente, en relación al trato y empatía del personal administrativo, la mayoría de los pacientes consultados, lo consideró a dicho personal amable y empático (Figura N° 28).

Las respuestas dadas por los pacientes al bloque de preguntas sobre Proceso, se presentan a continuación.

Con respecto a la privacidad, comodidad y aspectos de los consultorios como así también si están bien organizados o si respetan las normas de bioseguridad se pudieron observar las siguientes respuestas:

Sobre los consultorios	¿Resguardan la privacidad?	¿Son cómodos para atender?	¿Presentan buen aspecto?
	Porc.	Porc.	Porc.
Sí	50%	80%	90%
No	30%	0%	5%
Más o menos	20%	20%	5%
Total	100%	100%	100%

Figura N° 29: Respuestas de los pacientes acerca de los consultorios

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad hoc por el investigador)



Sobre los consultorios	¿Respetan normas de bioseguridad?	¿Están bien organizados?
	Porc.	Porc.
Sí	85%	84%
No	5%	0%
Más o menos	10%	16%
Total	100%	100%

Figura N° 30: Respuestas de los pacientes acerca de los consultorios

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad hoc por el investigador)

En las preguntas relacionadas con el mobiliario (sillones) de los consultorios, los pacientes en su mayoría entre el 90% y el 100%, manifestaron que los sillones eran cómodos, funcionaban bien y estaban en buen estado. Con respecto a la limpieza de los consultorios, todos indicaron que la misma era buena.

El aspecto que presentó menos respuestas positivas, fue el de la privacidad de los consultorios, ya que el 50% indicó que sí resguardaban la misma y, el otro 50% consideró que no o más menos es resguardada la privacidad del paciente.

Los demás aspectos consultados obtuvieron una proporción de respuestas positivas del 80% o más.

En cuanto al estado de las paredes, de los pisos y techos de los consultorios, los pacientes consultados en su mayoría, indicaron que los mismos se encontraban en buen estado.



En relación a la organización de los consultorios, específicamente, ubicación física de los sillones, más del 80% consideró que estaban bien organizados.

Al consultarles sobre el instrumental utilizado, también, un alto porcentaje de los pacientes (entre el 85% y 94%) lo consideró de buena calidad y que merece su confianza.

En cuanto a las diferencias que se pueden encontrar con respecto a otros consultorios del tipo privado, los usuarios, manifestaron las siguientes respuestas:

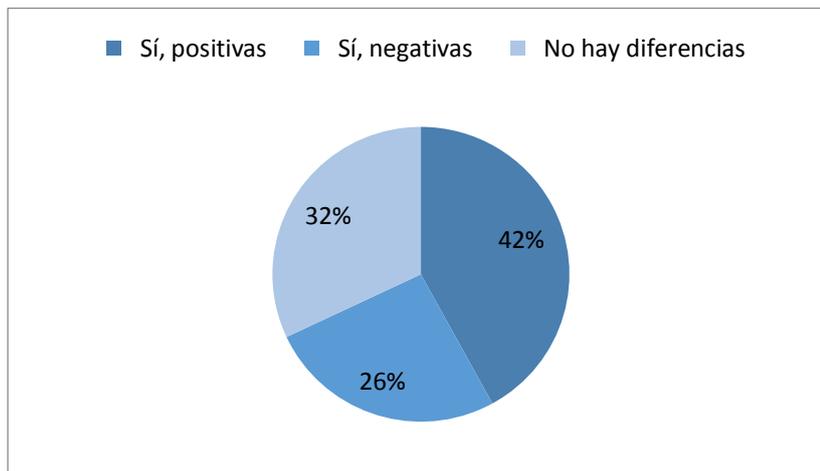


Figura N° 31: Respuestas de los pacientes sobre aspectos Positivos y negativos de los consultorios

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)

Al ser consultados acerca de si encontraban diferencias positivas o negativas con respecto a otros consultorios privados, de los 19 pacientes que respondieron, el 42% marcó diferencias en sentido positivo, en tanto que un 32% no indicó diferencias.



Con respecto a la atención del odontólogo como también de su ejercicio profesional, los pacientes manifestaron que el 100% de los profesionales:

- Escucha lo que el paciente le dice.
- Hace caso a lo que el paciente le dice y le indica.
- Está preocupado por el bienestar del paciente.
- Resuelve las dudas, contiene y está atento a las necesidades de los pacientes.

Finalmente, con respecto a las preguntas relativas a los Resultados se observo:



Figura N° 32: Respuestas de los pacientes acerca del seguimiento profesional

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)

Es para destacar, tal como se mostró en la tabla anterior, que al preguntarles a los pacientes respecto del seguimiento de la evolución del tratamiento por parte del profesional luego de la atención realizada, el 89% manifestó que el profesional hizo ese seguimiento.



Además, todos los consultados indicaron que no tuvieron inconvenientes luego de la atención odontológica.

El 95% de ellos manifestó que el profesional le solucionó el problema por el que había solicitado el turno.

Todos volverían a atenderse en el servicio.

Independientemente de los costos, el 95% de los pacientes dijo que elegiría nuevamente el servicio odontológico de la UNC.

Consultados acerca de si tuvieron que regresar al servicio a realizarse nuevamente el tratamiento por lo que habían solicitado el turno anterior, los 18 pacientes que respondieron, dijeron que no necesitaron volver.

Es para destacar que, los 20 pacientes consultados, todos dijeron que el tratamiento realizado en el servicio odontológico era de calidad.

Seguidamente se presentan los resultados a partir de la muestra de 159 pacientes, profundizando en algunos subgrupos de pacientes por considerarlos de interés a los fines de este trabajo de investigación, para la evaluación de la calidad del servicio odontológico.

A fin de comparar la evaluación al profesional que hacen los pacientes durante, después y en la evolución del tratamiento, teniendo en cuenta si son pacientes que trabajan o no, se cruzaron las respuestas (apreciaciones) con la situación laboral de los mismos.

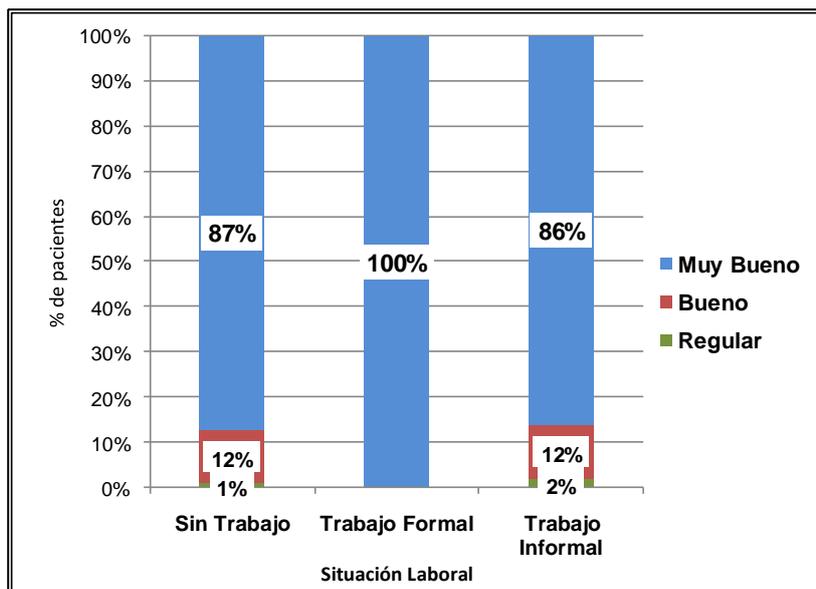


Figura N° 33: Proporción de pacientes según la apreciación de la atención profesional y la situación laboral

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)

Es posible observar que tanto los pacientes que trabajan como los que no lo hacen, apreciaron en la categoría, muy bien y bien, la atención del profesional durante el tratamiento. Siendo para destacar que el 100% de los que registran un trabajo formal, apreciaron muy alto el servicio.

Nuevamente los 12 pacientes que trabajan de manera formal, evaluaron muy bien la atención profesional después y en la evolución del tratamiento.

La apreciación regular la indicaron los pacientes sin trabajo y dentro del grupo que tiene un trabajo informal.



Apreciación	Sin trabajo	Trabajo	
		Formal	Informal
	Porc.	Porc.	Porc.
<i>Muy Buena</i>	81,7%	100%	88,4%
<i>Buena</i>	13,5%	0%	7,0%
<i>Regular</i>	4,8%	0%	2,3%
<i>Malo</i>	0,0%	0%	2,3%
Total	100,0%	100%	100,0%

Figura N° 34: Respuestas de los pacientes sobre la atención profesional después del tratamiento

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)

Apreciación	Sin trabajo	Trabajo	
		Formal	Informal
	Porc.	Porc.	Porc.
<i>Muy Buena</i>	77,9%	100%	81,4%
<i>Buena</i>	18,3%	0%	11,6%
<i>Regular</i>	3,8%	0%	7,0%
Total	100,0%	100%	100,0%

Figuro N° 35: Respuestas de los pacientes sobre la atención profesional en la evolución del tratamiento

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)

Del grupo que trabaja (26 casos) al analizar la prestación más frecuente que se les realizó a estos pacientes, el 46% se hizo arreglo de caries, el 35% cirugía y el 19% restante, limpieza.

Resultaba de interés en este trabajo el grupo de pacientes que se atendieron con más frecuencia en el servicio odontológico.



Se consideró para hacer el corte entre los pacientes que asistieron más frecuentemente al servicio y lo que no, el percentil 75 en la variable “cantidad de veces que asistió al servicio en el 2013”, ya que el 25% de los pacientes que más asistieron al servicio, lo hicieron tres o más veces. Este subgrupo quedó integrado por 52 pacientes que asistieron a los servicios odontológicos entre 3 a 20 veces, de ellos a su vez, el 73% (38 casos) asistieron entre 3 y 6 veces en el año 2013.

De acuerdo a la situación laboral pudimos observar:

Situación laboral	Porc.
<i>Trabaja</i>	50,0%
<i>No trabaja</i>	50,0%
Total	100,0%

Figura N° 36: Distribución de los pacientes que más se atendieron según la situación laboral

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)

En función de la situación laboral de ese grupo de 52 pacientes, la mitad de ellos trabaja y la otra mitad no (Figura N° 36). A su vez de los 26 pacientes que trabajan, el 77% lo hace de manera informal.

Del total de pacientes estudiados (159) este subgrupo que asistió más frecuentemente a los servicios odontológicos, aportó el 50% de los pacientes que trabajan formalmente. Es decir, de los 12 pacientes que tienen un trabajo formal, la mitad se corresponde con los que más veces asistieron a los servicios odontológicos de la UNC.



En relación al sexo de este grupo, el 81% son mujeres y el 19% varones.

La figura siguiente muestra cómo quedaron distribuidos los pacientes que más se atendieron en el año 2013, en función de la edad.

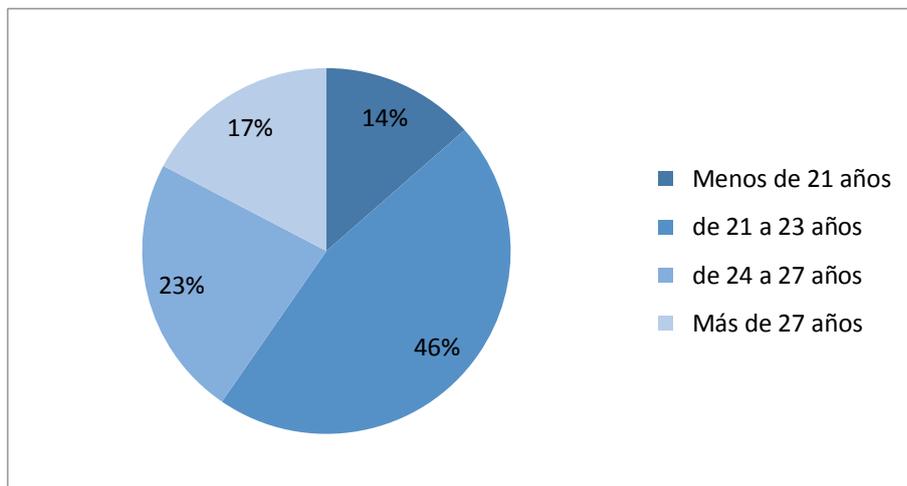


Figura N° 37: Distribución de los pacientes que más se atendieron según la edad

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)

La mayoría de los pacientes que más concurrieron a los servicios odontológicos tienen entre 21 años y 27 años, coincidente con la edad en que, en general, el alumnado está cursando las distintas carreras de grado.

Al analizar el subgrupo de pacientes que tienen hijos (13 casos), 7 de ellos asistían al servicio odontológico de la UNC por primera vez, en tanto que los restantes 6 pacientes asistieron entre 2 a 10 veces en el año 2013.

En este grupo de pacientes con hijos, las mujeres representan el 80%.



En cuanto al tipo de prestación que se realizan no se observaron diferencias al tener en cuenta el sexo del paciente en este subgrupo.

Retomando el subgrupo de pacientes que trabajan (formal o informalmente) al analizar las apreciaciones en cuanto a la Estructura, Procesos y Resultados, en general las apreciaciones son buenas, aunque las mejores las hacen en todos los aspectos considerados los que trabajan de manera formal.

En la figura N° 38 se presenta cómo quedaron distribuidos los pacientes que tienen trabajo, teniendo en cuenta las apreciaciones hechas en relación a la atención con el profesional, en los distintos momentos.

Trabajo			<i>Muy Bueno</i>	<i>Bueno</i>	<i>Regular</i>	<i>Malo</i>	Total
<i>Antes del Tratamiento</i>	<i>Formal</i>	Porc.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	<i>Informal</i>	Porc.	74,4%	18,6%	4,7%	2,3%	100,0%
<i>Durante el Tratamiento</i>	<i>Formal</i>	Porc.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	<i>Informal</i>	Porc.	86,0%	11,7%	0,0%	2,3%	100,0%
<i>Después del Tratamiento</i>	<i>Formal</i>	Porc.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	<i>Informal</i>	Porc.	88,4%	7,0%	2,3%	2,3%	100,0%
<i>Evolución del Tratamiento</i>	<i>Formal</i>	Porc.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	<i>Informal</i>	Porc.	81,4%	11,6%	7,0%	0,0%	100,0%

Figura N° 38: Apreciación de los pacientes que trabajan sobre la administración en los distintos momentos del tratamiento

(Fuente: elaboración propia en base a la encuesta guía de preguntas realizado ad-hoc por el investigador)



El subgrupo de pacientes que tiene un trabajo formal, apreció en la categoría más alta (muy bueno) la atención del profesional en todos los momentos del tratamiento.

El subgrupo que trabaja de manera informal, tuvo algunas respuestas en las categorías regular y malo. Aunque los porcentajes de respuestas favorables es elevado, tal como se observó en la figura anterior.



DISCUSIÓN

Se han evidenciado distintos métodos a la hora de evaluar la calidad de los servicios en salud, en donde la opinión de los usuarios es fundamental para lograr identificar la satisfacción de los mismos como así también el tipo de atención brindada. Las impresiones que se obtienen sobre los servicios que se brindan constituyen el prestigio de la institución y eslabonan claramente una lealtad con la misma.

Donabedian plantea que no es posible describir a la calidad de una manera correcta si no se toman en cuenta el factor personal, el factor individual y el punto de vista desde donde el usuario observa a los servicios, además hay que destacar que existen otros factores como las clases sociales, el acceso a la salud, la capacidad económica, etc. que van a interactuar con la concepción de la misma. A la hora de evaluar la calidad el autor cuenta tanto con el factor técnico como el interpersonal.

Luego de la revisión sistemática de la bibliografía, si bien se encontraron distintos y variados trabajos de investigación con la temática "Calidad" muchos de ellos se basan y hacen referencia a servicios de salud en el área de la Medicina o toman distintos enfoques o distintos autores. No se han encontrado trabajos de investigación siguiendo solamente la evaluación en calidad que plantea Donabedian.

Según Squazzi en su trabajo de investigación concluye que, a la hora de evaluar la calidad en los procesos de atención de salud bucal, el género de los actores sociales comprometidos en el estudio



guarda componentes importantes de resaltar. Esta relación se encuentra presente en el trabajo desarrollado y se observa en los resultados. (Squassi Aldo, Mercer Hugo, Bordoni Noemí, 2005)

Según Lozada Otálora en su revisión de la literatura desde la perspectiva del marketing señala que debido a la existencia de múltiples dimensiones y variables en los estudios referentes a la evaluación de la calidad es necesario destacar que no existe un instrumento único de medición. Debido a esto es que se planteó insertar en este trabajo distintas herramientas técnicas de investigación de carácter cuantitativas como cualitativas sin desviarse de lo que plantea Donabedian a la hora de evaluar la calidad. (Lozada Otálora Mauricio, Rodríguez Orejuela Augusto, 2007)

Según Burney Torres en su trabajo de “calidad de la atención en la clínica central de la Facultad de Odontología de la UNMSM” revela que a la hora de evaluar la misma se observó gran insatisfacción en las dimensiones de confiabilidad y empatía, debido a distintas causas como la necesidad de los estudiantes de aprobar la materia y el desinterés emocional hacia el paciente. La necesidad de cumplir con los requerimientos académicos mínimos generó la falta de empatía, interés y la realización de prestaciones veloces. Estos difieren ampliamente con los resultados obtenidos en nuestro trabajo en donde la evaluación de calidad es más que satisfecha, evaluada como muy buena, pudiéndose destacar que la atención que se lleva a cabo en nuestro estudio fue realizada por profesionales ya recibidos, sin presiones académicas y seleccionados a través de una convocatoria con entrevistas personales y revisión de antecedentes. Con respecto a la empatía en nuestro estudio se manifiesta una disminución de esta, cuando el usuario es atendido por el personal administrativo. En el estudio



mencionado la insatisfacción sede a la hora de evaluar la estructura edilicia, mobiliarios e infraestructura siendo esta de calidad.

Rico en su trabajo doctoral realizado en la Facultad de Odontología describe la importancia de la calidad en un servicio odontológico, una visión de calidad desde la percepción y expectativa que tienen los usuarios tomando como referencia a distintos autores con el fin de relacionar a esta con las distintas estrategias técnicas de control para llegar a ser un servicio eficiente en futuro. Su trabajo lo plantea más bien como una revisión bibliográfica y brinda las herramientas necesarias para lograr una odontología de calidad sin embargo no evalúa ningún servicio como se realizó en este estudio.

Mandozzi en su trabajo doctoral realizado en la Facultad de Odontología de la UNC evaluó los consultorios de Odontopediatria, Cirugía y los de la Clínica Odontológica donde encontró distintos resultados de los cuales podemos destacar algunos similares al nuestro como la caracterización de la demanda a partir del sexo donde el femenino se encuentra predominante 68,63% sobre el sexo masculino 31.37% y otros resultados distintos como lo son el grupo etario que consume a las distintos prestación siendo un campana bien equilibrada y no así asimétrica como lo demuestra nuestra investigación. También la Doctora demuestra que la mayoría de los usuarios que asistieron a los consultorios de Cirugía y de Odontopediatria lo realizan en forma espontánea y sin la necesidad de solicitar un turno previo logrando así que el tiempo de demora en la sala de espera fuera evaluado como largo en solo el 10% de los encuestados, en cambio los consultorios de la Clínica Odontológica la solicitud del turno es una condición sinequanon para la atención. Esto se asemeja a lo que ocurre en los consultorios Odontológicos analizados en nuestro estudio donde la solicitud de los turnos, el



tiempo de espera, tiempo entre turno y prestación, etc. fueron evaluados como de menor calidad ya que también debe cumplir con la misma condición que los últimos mencionados. Según Martínez, Rodríguez y Agudelo las oportunidades perdidas a la hora de la atención en salud son fundamentales para el usuario ya que estas generan un alto impacto negativo como así también frustración e insatisfacción, por ello destacan la importancia de generar un servicio de acuerdo al comportamiento de la demanda y al perfil de la población. (Martínez P., Rodríguez LA., Agudelo CA., 2001)

Mandozzi además en su investigación destaca que a través de lo citado por Álvarez Riesgo (1995) y Gutiérrez (2006) demostraron que, en los distintos campos de salud ante un mayor tiempo de espera para la atención, disminuye la satisfacción por parte de los pacientes. Si bien esto no fue directamente proporcional en nuestro trabajo de investigación si podemos observar que los aspectos señalados como negativos en relación a la calidad, la mayoría de los mismos correspondió a la demora de los turnos, la problemática de espera en la sala y el tiempo entre el turno y la prestación. (Mandozzi, Marisa; Gómez de Ferreris María Elsa, 2010)

Elizondo encontró resultados ampliamente satisfactorios con respecto a los pacientes que acuden a los servicios odontológicos de las clínicas de la Universidad Autónoma de Nuevo León en México, llegando incluso a obtener resultados superiores al 96%, muy similares a los encontrados en nuestra investigación, además los pacientes que acudieron a las clínicas anteriormente nombradas, pertenecían mayoritariamente al grupo etario de entre los 24 y 52 años en un 60% del total. Estos datos coinciden con los obtenidos en nuestra investigación, ya que nosotros encontramos una campana asimétrica con respecto a la edad de las personas que consumen nuestros servicios donde se destacan los pacientes que tienen entre



19 y 26 años. También el estudio relata que hay variaciones con respecto a los resultados de la evaluación de la calidad según el sexo de los encuestados sin encontrar diferencias significativas, sin embargo, eso no sucede en nuestro estudio en donde estas diferencias si se manifiestan y la probable causa de esto sea la amplia presencia del sexo femenino no solo en el servicio sino en todas las carreras de la Universidad Nacional de Córdoba. (Elizondo-Elizondo José, Quiroga-García Miguel Ángel, Palomares- Gorhan Paula Isabel, Martínez-González Gustavo Israel, 2011)

Bucchi en su estudio sobre la descripción de la satisfacción usuaria de los pacientes que reciben atención de urgencia dental manifestó que alrededor del 90% de los pacientes consideraron al servicio de calidad pero que al investigar factores como el tiempo de espera esta disminuía rotundamente y es de destacar que el 4.5% de los encuestados consideraron a este como excesivo. Los resultados no solo son similares con otros estudios analizados dentro de Latinoamérica, sino que guarda coincidencias con los resultados obtenidos en nuestra investigación, sin embargo, podemos apreciar que en la investigación realizada con respecto a estas variables de espera encontramos que el 45% de los encuestados la consideran como una problemática a la hora de la atención. (Bucchi Cristina, Sepúlveda Constanza, Monsalves María José, Bustos Luis, 2012)

Luego de analizar los distintos estudios se pone de manifiesto la importancia de evaluar la calidad de los servicios Odontológicos desde la opinión de los usuarios, pudiéndose tomar distintos métodos de evaluación y seguir distintas propuestas de cómo llevarlo a cabo. La mayoría de los resultados fueron similares en donde la atención propiamente dicha es considerada como satisfactoria como así también las distintas variables de



infraestructuras, materiales, empatía, personal administrativo, etc. y aquellos resultados que fueron considerados como insatisfactorios como lo son el tiempo de espera y el tiempo de asignación del turno, también han tenido las mismas similitudes con la mayoría de los distintos estudios.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A lo largo de la historia se ha demostrado el rol fundamental que cumple la calidad en la vida de las personas y su influencia en la sociedad, donde ésta evolucionó a la par del desarrollo del ser humano y fue abarcando e introduciéndose en los distintos productos y servicios como así también en los quehaceres diarios, desde la creación de flechas capaces de cazar a los animales más feroces pasando por la rotación de cultivos en tiempo y forma hasta finalmente lograr productos manufacturados.

Lograr satisfacer las demandas del hombre con respecto a la calidad no ha sido fácil y continúa siendo uno de los objetivos principales de la sociedad como generadora de productos y consumidora de servicios. Lograr satisfacer las expectativas, las necesidades de los usuarios y poder obtener los beneficios de la calidad de la forma más óptima y eficientemente posible no solo es la función actual de la calidad sino el desafío que tiene hacia el futuro.

En el mundo globalizado de hoy, la calidad cumple un rol fundamental en el mercado ya que a través de ésta se reducen los costos de producción, los errores, los re-procesos, además de generar mayor producción. Aporta también a la disminución de los precios de los productos como de los servicios.

La calidad de los servicios de salud genera un verdadero reto donde la planificación no alcanza por sí misma, sino que el personal de salud debe estar convencido del rol fundamental que ella cumple y por ende ser capaz de llevarla a todos los aspectos y niveles



dentro de la salud donde el profesional tenga vocación, ética y compromiso por sus actos y que ellos se vean reflejados en la satisfacción de los usuarios que consumen dicho servicio.

Este estudio destaca que la valoración en calidad que tienen los usuarios que acuden a los servicios Odontológicos, es apreciada de manera positiva en donde el personal profesional que se desempeña en los consultorios antes, durante y después de tratamiento como el seguimiento de la evolución de la misma superó las expectativas de la investigación, así mismo las apreciaciones con respecto a las instalaciones, espacios físico, materiales y equipamiento también obtuvieron un porcentaje similar de evaluación. Se destaca además que del total de las personas que acudieron a los servicios, se encuentran un gran número de personas que trabajan, dentro de las cuales las que lo hacen de manera formal lo consideraron con el máximo puntaje de calidad, siendo este un verdadero índice de confianza ya que estos tienen otras opciones donde poder satisfacer sus necesidades Odontológicas a través de las obras sociales.

Dentro de los pocos aspectos negativos analizados en la investigación podemos resaltar que tanto la organización de la administración, el trato del personal, la empatía con el usuario, como el tiempo de espera en la sala como al solicitar el turno, son los aspectos a mejorar en el futuro. Otros aspectos que pueden mejorar la calidad sin tener que hacer grandes gasto ni alteraciones edilicias son las de reasentar, ordenar y/o corregir la ubicación de los sillones para mejorar la privacidad, el aspecto de los consultorios y la organización de los mismos para brindar la máxima calidad posible a los pacientes.



Esta investigación se realizó con la intención de realizar un aporte tanto para la Dirección de Salud de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la UNC como a todos los servicios que brindan atención Odontológica con el fin de poder evaluar la calidad de los mismos a través de la mirada que los usuarios tienen de estos, pudiendo lograr identificar las fortalezas como las debilidades, para así poder gestionar las distintas políticas necesaria para poder ratificar como rectificar los rumbos, objetivos y misiones de los distintos servicios a fin de garantizar los derechos en salud que nuestra constitución pregona como universales e inalienables de la dignidad humana.

Creo que es importante y necesario seguir evaluando los distintos servicios de salud odontológicos, para ello recomiendo seguir avanzando, indagando y complementando este estudio, ya sea investigando los distintos servicios públicos como universitarios, municipales, provinciales y nacionales en donde se observará la percepción que tienen cada uno de los usuarios y se los comparara describiendo las distintas debilidades y fortalezas o bien se podrá seguir evaluando el servicio que estudiamos pero complementando la evaluación de la calidad desde los estándares que nos piden las leyes de regulación y habilitación como así también de los requisitos mínimos y fundamentales que nos piden las distintas instituciones odontológicas de la República Argentina a la hora de habilitar e instalar un servicio de salud odontológico de calidad.



BIBLIOGRAFÍA

1. Ampudia Marina, Bassa Ezequiel, Alonso María Ernestina. (1994). *Constitución Nacional Argentina*. Santa Fe- Paraná: Juris.
2. Aranaz J. (1994). *La Calidad Asistencial: Una Necesidad en la Practica Clínica*. Barcelona: JR Prous Ediciones.
3. Araya Vallespir Carlos, Bustos Leal Alex, Castillo Francisca, Oliva Belmar Patricio, Araya Gozalvo Javier. (2012). Determinación de la Calidad del Servicio Odontológico de un Centro de Salud Pública Basado en Intangibles: Talcahuano, Chile. *International journal of odontostomatology*, 349-354.
4. ArRejaie AS, N. A.-M. (2014). Patients' perception toward various dental treatments provided in the internship program. *Saudi Medical Journal*.
5. Atisha Castillo David, García Díaz Miguel. (1994). *El lenguaje de la Calidad Total*. San Luis- Potosí: Editorial Universitaria Potosina.
6. Atkinson SJ, Haran D. (2005). Individual and District Scale Determinants of Users Satisfaction With Primary Health Care in Developing Countries. *Social Science and Medecine*, 501513.
7. Batista MJ, L. H. (2014). Impact of tooth loss related to number and position on oral health quality of life among adults. *Meath and Quality of life Outcomes.*, 165.



8. Bordoni, Escobar Rojas, Castillo Mercado. (2010). *Odontología Pediátrica (La Salud Bucal del Niño y el Adolescente en el Mundo Actual)*. Buenos Aires: Panamericana.
9. Bucchi Cristina, Sepúlveda Constanza, Monsalves María José, Bustos Luis. (2012). Descripción de la Satisfacción Usaria de Pacientes que Reciben Atención de Urgencia Dental en Cinco Establecimientos de Atención Primaria de Salud. *International journal of odontostomatology*, 275-280.
10. Campbell S., Roland M., Buetow S. (2000). *Defening Quality of Care*. New york: Social Science and Medicine.
11. Carrillo Tarascio Daphne Y, Romero Uzcátegui Yajaira C. (2005). 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. Venezuela 2005. *Acta Odontológica Venezuela*. V.45 N.2, 198-203.
12. ChowMak L. (2005). *La Calidad Total como Estrategia de Competitividad para las Empresas Mexicanas*. Instituto Tecnológico de Baja California.
13. COMCAM (Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Medica). (1992). *Manual de Acreditación de Establecimientos Asistenciales en la República Argentina*. Buenos Aires: COMCAM.
14. Crosby, P. B. (1984). *Quality whit out tears, the art of hassle-free management*. New York- USA: McGraw-Hill.
15. Cruzado Herrera Ingrid. (2012). *Modelo de un Sistema de Gestión de Calidad en Salud*. Bogotá: Ecoe Ediciones.



16. Deming. (1994). *Análisis del Desempeño del Equipo Local de Salud*. OPS/OMS.
17. Deming, W. E. (2000). *Out of the Crisis*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press Edition.
18. Dionne S. Kringos, R. S. (2015). The influence of context on the effectiveness of hospital quality improvement strategies: a review of systematic reviews. *BMC Health Services Research* 15:227.
19. Donabedian. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Michigan: Health Administration Press.
20. Donabedian A. (1966). *Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Memorial Fund Quarterly*.
21. Donabedian A. (1988). *The Quality of Medical Care: How Can It Be Assessed?* JAMA.
22. Donabedian A. (1990). *Exploración de la Calidad: Asesoramiento y Monitoreo con Respecto a la Calidad de los Servicios*. México DF: Serie Perspectivas en Salud Pública.
23. Donabedian Avedis. (1990). *Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica: Un texto Introductorio*. Cuernavaca- México: Perspectivas en Salud Pública.
24. Donabedian Avedis. (1992). *Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica*. Cuernavaca- México: Instituto Nacional de Salud Pública.
25. Dra. Lissera G. (2013). *Odontología para la Salud*. Córdoba: Seis C.
26. DRAE. (2001). *Diccionario*. Madrid: RAE.



27. Elizondo-Elizondo José, Quiroga-García Miguel Ángel, Palomares-Gorhan Paula Isabel, Martínez-González Gustavo Israel. (2011). La Satisfacción del Paciente con la Atención Técnica del Servicio Odontológico. *Salud Pública y Nutrición*, 45-49.
28. Gardner G, G. A. (2014). Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation. *Journal of Clinical Nursing*, 145-155.
29. Garman AN, M. A. (2011). High-performance work systems in health care management, part 1: development of an evidence informed model. *Health Care Management Review*, 201-213.
30. Garza, E. G. (1996). *Administración de la Calidad Total: Conceptos y Enseñanzas de los Grandes Maestros de la Calidad*. México DF: Editorial Pax México.
31. Hammer A, A. O. (2013). The relationship between social capital and quality management systems in European hospitals: a quantitative study. *Plos One*, 08-12. Heredia, F. A. (2012). *Calidad y Auditoría en Salud*. Bogotá: ECOE Ediciones.
32. Hogg W. (2007). Framework for Primary Care Organizations: the Importance of a Structural Domain. *International Journal for Quality in Health Care*, 308-313.
33. Hyder JA, R. N. (2014). Performance measurement in surgery through the National Quality Forum. *Journal of the American College of Surgeons*, 1037-1046.
34. Iaconi AI, C. J. (2011). Toward Continuous Primary Care in the United States: Differences in Patient Satisfaction Between First and Return Visits to Primary Care Physicians/Analysis of



DrScore--The National e-Survey Data. *Journal of Primary Care & Community Health*, 127-132.

35. Istúriz, Oscar. (2003). Reflexiones sobre la Globalización y su Impacto sobre la Salud de los Trabajadores y el Ambiente. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 887-896.
36. Juran, J. (1990). *Juran y la Planificación para la Calidad*. Madrid: Díaz de Santos S.A.
37. Juran, J. M. (1967). *Management of Quality Control*. New York: New York.
38. Kondo, Y. (1994). Kaoru Ishikawa: What He Thought and Achieved, A Basis for Further Research. *Quality Management Journal*, 86-91.
39. Kristensen S, Hammer A, Bartels P, Suñol R, Groene O, Thompson CA, Arah OA, Kutaj-Wasikowska H, Michel P, Wagner C. (2015). Quality management and perceptions of teamwork and safety climate in European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care: Journey of International Society for Quality in Health Care/ ISQua.* , 79-86.
40. Llinas Delgado Adalberto E. (2010). Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud, un primer pasó para la Reforma del Sistema. *Salud Uninorte*, 143-154.
41. López-Portilla Jairo Esteban, P.-S. S.-E.-B.-D.-S. (2013). Determinantes de la Satisfacción de la Atención Odontológica en un Grupo de Pacientes Atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. *Gerencia Política Salud*, 209-225.



42. Lozada Otálora Mauricio, Rodríguez Orejuela Augusto. (2007). *Calidad del Servicio de Salud: Una Revisión a la Literatura desde la Perspectiva del Marketing*. Bogotá, Colombia: Universidad del Valle.
43. Macinko J. (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas: a Position Paper of the Pan American Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO)*. Pan American Health Organization.
44. Mandozzi, Marisa; Gómez de Ferreris María Elsa. (2010). *Valorar el Grado de Satisfacción de los Usuarios (pacientes) Asistidos en los Servicios Odontológicos de Atención Externa de la Facultad de Odontología de la UNC*.
45. Martínez P., Rodríguez LA., Agudelo CA. (2001) *¿Equidad?: El Problema de la Equidad Financiera en la Salud*. Bogotá: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.
46. Mazuet, Alberto Mario., Borsotti, María. (2010). *La calidad de la atención médica ambulatoria en el Hospital pediátrico del Niño Jesús, de la ciudad de Córdoba*. Maestría en Salud Pública - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Salud Pública, 2010.
47. Mears A, V. J. (2011). *Classifying indicators of quality: a collaboration between Dutch and English regulators*. *International Journal for Quality in Health Care: Journey of International Society for Quality in Health Care/ ISQua.*, 637644.
48. Mejía García Braulio. (2009). *Auditoria Medica para la Garantía de la Calidad en Salud*. Bogotá: Ecoe Ediciones.



49. Menéndez E. (1985). Modelo Hegemónico, Crisis socioeconómica y Estrategias de Acción en el Sector Salud. *Cuaderno Médicos Sociales*.
50. Menéndez E. (1991). *Salud y Políticas Sociales en América Latina*. Rosario: Cuad Med Soc.
51. Miranda González Francisco, Chamorro Mera Antonio, Rubio Lacoba Sergio. (2007). *Introducción a la Gestión de la Calidad*. Madrid: Delta Publicaciones.
52. Nancarrow SA. (2013). Barriers to the routine collection of health outcome data in an Australian community care organization. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 1-16.
53. Oliver Groene, O. A. (2015). Patient Experience Shows Little Relationship with Hospital Quality Management Strategies. *PLoS One*, 1-15 10.1371/journal.pone.0131805.
54. Payares González, Carlos. (1990). *Modelo Biologista y Preventivista en la Práctica Odontológica*. Medellín.
55. Penacho, José Luis. (2000). Evolución Histórica de la Calidad en el Contexto del Mundo de la Empresa y del Trabajo. *Forum Calidad*, 116.
56. Pérez, P. R. (2001). Perspectiva Histórica sobre la Calidad de la Atención Sanitaria: evolución, tendencias y métodos. *Arbor*, 371, 372, 373.
57. Pillay M, D. S. (2014). Quality of care measures in multimorbidity. *Aust Fam Physician*, 132-136.
58. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. (1993-1999). *Normas del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.



59. Ramírez T., Najera P., Nigenda G. (1998). *Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud en México: Perspectiva de los Usuarios*. México DF.
60. Ramírez Teresita, Najera Patricia, Nigenda Gustavo. (1998). Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud en México: Perspectiva de los Usuarios. *Salud Pública México*, 1-9.
61. Ramos Domínguez B.N. (1990). *Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria*. La Habana: ISCM-H.
62. Rees Lewis J. (1994). Patient Views on Quality Care in General Practice: Literature Review. *Social Science and Medicine*, 655-670.
63. Ricardo Cayetano Rico, Nazario Kuyumllian. (2005). Administrando Calidad en la Odontología del Nuevo Milenio. *Tesis Doctoral*.
64. Rioboo R. (2000). *Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria*. Madrid: Avances Medico-Dentales.
65. Roldán P. (2001). *Evaluación de la Calidad en la Atención en Salud*. CM.
66. Sardasht FG, Shourab NJ, Jafarnejad F, Esmaily H. (5 de Junio de 2015). Comparing the quality of preconception care provided in healthcare centers in Mashhad in 2012. Mashhad, Irán.
67. Saturno P.I. (1991). *Método de Evaluación de la Calidad en la Atención Primaria*. Madrid- España.



68. Saura RM, M. P. (2014). Design, implementation and evaluation of a management model of patient safety in hospitals in Catalonia, Spain. *Medicina Clínica*, 48-54.
69. Schapira, Marta V. (2003). *La Odontología Argentina: Historia de una Profesión Subordinada*. Rosario: Consejo de Investigaciones de la Facultad de Odontología de Rosario.
70. Shewhart, W. A. (1997). *Control Económico de la Calidad de Productos Manufacturados*. Madrid: Díaz de Santoz.
71. Shingo, S. (1990). *Una Revolución en la Producción: el Sistema SMED*. Nueva York: Productivity Press.
72. Silva AL, M. A. (2014). Evaluation of maternal and neonatal hospital care: quality index of completeness. *Rev Saude Publica.*, 682-691.
73. Squassi Aldo, Mercer Hugo, Bordoni Noemí. (2005). Evaluación de Calidad de los Procesos de Atención de Salud Bucal empleando un Método Basado en la Semiótica de los Enunciados. *Revista de la Maestría en Salud Pública*, 1-18.
74. Torres, B. L. (2005). *Calidad de la Atención en la Clínica Central de Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*.
75. Vitale, L. R., Berra, S. *Asociación entre el rendimiento académico y la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes escolarizados de la ciudad de Córdoba 2010-2011*. Córdoba, RA. 2013.
76. Vuori H.V. (1989). *El control de la Calidad en los Servicios Sanitarios, Conceptos y Metodología*. Barcelona: Masson.
77. Walton, M. (1986). *The Deming Management Method*. Nueva York: Perigee Book.



78. Watson, G. (2004). The Legacy of Ishikawa. *Quality Progress*, 54-57.



ANEXO

Consideraciones Éticas

Para poder llevar a cabo este estudio y lograr los objetivos planteados, a la hora de recolectar la información necesaria, las encuestas que se realizarán constarán con un consentimiento informado. Éste es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

El sujeto participante expresará su consentimiento por escrito o, en su defecto, de forma oral ante un testigo independiente del equipo de investigadores, que lo declarará por escrito bajo su responsabilidad.

En el caso de las personas menores de edad o incapaces de dar el consentimiento, éste será otorgado por su representante legal, siempre de manera escrita, y tras haber recibido y comprendido la información mencionada. Sin embargo, cuando las condiciones del sujeto lo permitan, éstos, también pueden dar su asentimiento también o negarse a participar en el estudio, después de haber recibido la información pertinente y adaptada a su tipo de entendimiento.

El sujeto participante o su representante, podrá revocar el consentimiento brindado en cualquier momento, sin expresión de



causas, y sin que por ello se derive para él responsabilidad ni perjuicio alguno.

El consentimiento informado será firmado por cada persona incluida en la investigación. En el anexo se presenta **un** modelo del mismo que se entregará anexado al cuestionario que contestará el sujeto.

Modelo de Consentimiento Informado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por _____, de la Universidad _____

La meta de este estudio es la siguiente:

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para



ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación,
conducida
por _____

He sido informado (a) acerca de la meta de esta investigación
es

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____



Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha:

Toda la información recabada será reguardada por la Ley Nacional de Protección de Datos personales N° 25326, dejando constancia que sus respuestas no serán divulgadas, sino que estos datos se analizarán junto con las del resto de los encuestados que participan en el estudio.



MODELO DE CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



Cuestionario Nro.:.....

El presente cuestionario pretende recoger información confiable para evaluar calidad en la atención odontológica en la Dirección de Salud de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles - UNC.

La encuesta es anónima. Por favor, responda con libertad, responsabilidad y objetividad.

Datos de clasificación

Sexo: 1. Masculino 2. Femenino

Edad:años

Hijos: 1. Sí tiene 2. No tiene

Facultad / **Carrera:**

.....

Situación Laboral: 1. Trabaja 2. No Trabaja

Tipo de trabajo: 1. Formal 2. Informal

Frecuencia (cantidad de veces que asistió al servicio en el año 2013).....

Tipo de prestación más frecuente por la que acude al servicio de odontología:

1. Limpieza 2. Arreglo caries 3. Cirugía



Sobre la calidad del servicio

En los siguientes ítems que a continuación se presentan se le solicita que asigne un puntaje en una escala de 1 a 5 de acuerdo con su apreciación en cada caso. Marque el puntaje, en el casillero correspondiente, teniendo presente que **1 es el puntaje más bajo y 5 el más alto.**

A) En relación a la Administración

Aspecto a considerar	Puntaje
a.1.) Atención al momento de pedir el turno.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
a.2.) Tiempo de entrega del turno (desde que se anunció hasta que lo atendieron)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
a.3.) Tiempo de espera en sala.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

B) En relación a las Instalaciones/Espacio físico

Aspecto a considerar	Puntaje
b.1.) Mobiliario.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
b.2.) Pisos.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
b.3.) Instrumental.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
b.4.) Equipamiento.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

C) En relación a la Atención con el profesional

Aspecto a considerar	Puntaje
c.1.) Atención antes del tratamiento.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
c.2.) Atención durante el tratamiento.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
c.3.) Atención después del tratamiento.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
c.4.) Atención en la evolución del tratamiento.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

Comentarios:.....

¡Gracias por su colaboración!



GUÍA DE PREGUNTAS

➤ ESTRUCTURA

- ¿Cómo fue el trato del personal administrativo a la hora de pedir su turno?
- ¿El día que se le entregó el turno para que usted se realice la prestación es muy lejano con respecto al día que fue a solicitarlo?
- ¿Para solicitar su turno, usted tuvo alguna dificultad?
- ¿Desde el momento en que usted se anunció en la administración, el tiempo que tardó el profesional en atenderlo, fue muy largo?
- ¿Lograr que usted llegue al consultorio para su atención cuando el profesional lo llamó fue un trámite organizado?
- ¿Es normalmente el tiempo de espera una problemática a la hora de hacerse atender?
- ¿Si usted comparara la atención administrativa recibida en la institución con otras instituciones públicas diría que ésta fue mejor?
- ¿Es el personal administrativo amable en su trato?
- ¿Tiene el personal administrativo empatía a la hora de atenderlo?

➤ PROCESO

- ¿Son los sillones cómodos?
- ¿Según su opinión los sillones funcionan bien?
- ¿Según su opinión los sillones están en buen estado?
- ¿Los consultorios odontológicos están en buenas condiciones de limpieza?



- ¿Los consultorios odontológicos resguardan su privacidad?
- ¿Se siente cómodo atendándose ahí?
- ¿Presentan buen aspecto los consultorios odontológicos?
- ¿A su entender cree que se respetan las normas de bioseguridad?
- ¿Los consultorios odontológicos tienen aspecto de respetar la salud?
- ¿Siente rechazo de atenderse en los consultorios odontológicos?
- ¿Se encuentran los consultorios bien organizados (ubicación física de los sillones)?
- ¿El instrumental que utiliza el odontólogo amerita su confianza?
- ¿A su entender el instrumental utilizado es de buena calidad?
- ¿Encuentra diferencias positivas o negativas con respecto a otros consultorios privados?
- ¿Se encuentran en buen estado las paredes del consultorio odontológico?
- ¿Se encuentran en buen estado los techos y pisos del consultorio odontológico?
- ¿El profesional cuenta con los materiales adecuados para la atención en el servicio?
- ¿El profesional escucha lo que usted dice?
- ¿El profesional hace caso a lo que usted le dice?
- ¿El profesional hace caso a lo que usted le indica?
- ¿El profesional está preocupado por su bienestar?
- ¿El profesional resuelve todas sus dudas antes de empezar a atenderlo?
- ¿El profesional está atento a resolver todas sus necesidades al momento de la prestación?
- ¿El profesional lo contiene al momento de atenderlo?



➤ **RESULTADOS**

- ¿Presento algún inconveniente clínico luego de la atención odontológica?
- ¿El profesional solucionó el problema por el cual usted solicitó el turno?
- ¿El profesional siguió la evolución de su tratamiento luego de la atención realizada?
- ¿Volvería a atenderse en el servicio?
- ¿Si usted pudiera elegir cualquier servicio independientemente de los costos, volvería a atenderse en este servicio?
- ¿Tuvo alguna vez, que volver al servicio para realizarse nuevamente el tratamiento por el cual había solicitado el turno anterior?
- ¿El tratamiento realizado, usted lo consideraría de calidad?