



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE EN LA
F.O., U.N.A.M.

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

LIRIO LLUVIA SORIANO RODRÍGUEZ

DIRECTORA: C. D. LEONOR OCHOA GARCÍA.
ASESORES: MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ
C. D. Ma. ISABEL DE JESÚS HERRERA

Ciudad Universitaria. México. D.F.

Junio de 2002



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**Dedicado a:
Dios, a mi papá por darme la vida,
Mamá Fran's por su comprensión,
Y a mis hermanas Mary y Rosario
por quererme tanto y apoyarme siempre.**

AGRADECIMIENTOS:

A mi directora y asesores de tesina, C.D. LEONOR, MTRO. DE LA FUENTE, C.D. Ma. ISABEL, que me enseñaron y guiaron para lograr este avance en mi vida.

Al MTRO. Héctor Ortega, MTRA. Ma. Luisa Cervantes, C.D. Alfonso Bustamante, a todos ellos por su apoyo incondicional en este trabajo.

A la U.N.A.M. y la F.O. por haberme permitido estar en sus instalaciones, adquirir los conocimientos que ahora tengo y dejarme ser parte de la gran familia universitaria.

A mis amigos por el tiempo que han dedicado en mí.

ÍNDICE.

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Historia.....	5
2.2 Evaluación.....	13
2.3 Calidad.....	14
2.4 Evaluación de la atención.....	17
2.5 Calidad de la atención.....	18
2.6 Garantía de calidad en la atención de la salud.....	19
2.7 Evaluación de la calidad de atención en los servicios de salud.....	22
2.8 Eficiencia.....	24
2.9 Eficacia.....	25
2.10 Satisfacción del usuario.....	26
2.11 Relación costo-servicio.....	31
2.12 Sistemas de salud.....	32
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
4. JUSTIFICACIÓN.....	34
5. HIPÓTESIS.....	35
6. OBJETIVO GENERAL.....	35
6.1 Objetivos específicos.....	35

7. METODOLOGÍA	
7.1 Material y método.....	36
7.2 Tipo de estudio.....	37
7.3 Población de estudio.....	37
7.4 Muestra.....	37
7.5 Variables.....	37
7.6 Criterios de inclusión.....	38
7.7 Criterios de exclusión.....	38
7.8 Análisis de la información y tratamiento estadístico.....	39
8. RESULTADOS.....	39
9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	63
10. DISCUSIÓN.....	64
11. CONCLUSIONES.....	66
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
13. ANEXOS	
13.1 Carta de autorización para la Facultad de Odontología.....	71
13.2 Encuesta.....	72

1. INTRODUCCIÓN

La evaluación de la calidad de la atención a la salud, así como los diseños de mecanismos para asegurarla, se han convertido últimamente en un campo de estudio de gran interés. Uno de los aspectos prioritarios en la administración de los servicios de salud es ampliar la cobertura y por tanto analizar la productividad y eficiencia en la población más vulnerable, sin embargo no se alcanzarán las metas si no se toma en cuenta la necesidad de mejorar la calidad de las acciones de la atención.

Una medida no directa de la calidad de la atención se encuentra en los llamados aspectos psicológicos y mentales que involucra las percepciones de los pacientes quienes son los receptores del proceso. Estos factores se traducen en sentimientos de insatisfacción y satisfacción. La medición de ellos es posible a través de diferentes métodos como son los estudios de opinión que exploran diversos aspectos como: comunicación con los proveedores, efectividad percibida, resolución de un problema y calidad humana.

La calidad se vive cada día y en cada momento. Por lo tanto la calidad de la atención prestada a la sociedad es motivo de satisfacción tanto en los prestadores de servicio como en el de los usuarios.

Varias instituciones públicas y de seguridad social realizan encuestas periódicamente para monitorear la satisfacción de los usuarios.¹⁵

La calidad de un servicio de salud la evalúa un paciente ya que es la persona más indicada para describir la forma en que fue tratado, el tiempo que demoró el servicio, solución de sus problemas de salud bucal, información recibida y su nivel de satisfacción.

El presente trabajo pretende identificar el grado de satisfacción del paciente en relación con la atención y el tratamiento que recibieron en la Facultad de Odontología de la UNAM, lugar donde se realizó la investigación.

Así también se describen varios conceptos como calidad, evaluación y elementos para garantizarla, mismos que deben de tomarse en cuenta por el personal que labora en instituciones integradas a sistemas de salud e instruir a los pacientes para una correcta utilización de los servicios.

La intención de mi estudio es motivar al profesional y estudiantes de la salud a garantizar un servicio de calidad y no tomarlo sólo como una obligación social sino como un compromiso ético y de esta manera trascienda la atención a la salud con un mejoramiento continuo y exista una satisfacción tanto en el usuario como en el proveedor del servicio de salud.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 HISTORIA

Desde las más antiguas civilizaciones se ha reconocido a la salud como un bien humano, atributo que el Estado debe proteger. Al respecto, en el siglo IV a.C., Aristóteles señaló: *"Si creemos que los hombres como seres humanos, poseen derechos que le son propios, entonces tiene un derecho absoluto de gozar de buena salud en la medida en que la sociedad, y sólo ella, sea capaz de proporcionársela"*. Esta declaración es un precedente del reconocimiento que las sociedades contemporáneas le han otorgado a la salud; partiendo en base del derecho a la vida, se acepta el derecho a la protección de la salud, facultad que tiene dos vertientes: la individual y la social. Sin embargo debemos admitir que el derecho a la salud es un derecho absoluto, su ejercicio y disfrute dependen de las condiciones en que se encuentre la sociedad.²⁶

El derecho a la salud tiene como antecedente internacional la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en donde se establece que *"el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social"*.⁷ Dos años después, la Organización de las Naciones Unidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, lo establece en su artículo 25 como: *"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios..."*⁹

En México a pesar que en la Constitución de 1917 se consagran las garantías individuales, fue hasta 1983, que se incorporó en el artículo 4º el derecho a la protección de la salud. El párrafo tercero del artículo cuarto constitucional, dice a la letra: " *Toda persona tiene derecho a la protección a la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de la salud y establecerá la concurrencia de la Federación y de las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución*".¹

Además el Estado asumió un papel regulador con la expedición de la Ley General de Salud en 1984, en ella se asume que el derecho a la protección de la salud es fundamental para el desarrollo integral del ser humano y de la sociedad.⁶

La Ley General de Salud regula una serie de actividades que inciden directa e indirectamente sobre el ejercicio del derecho a la protección de la salud. Para ello define las materias de salubridad general, señala quienes son autoridades sanitarias (moderadores) y la distribución de competencias entre Federación y Estados, los actores del sistema nacional de salud (prestadores), y las formas de acceso de los usuarios (población), estableciendo tanto sus derechos como obligaciones.²⁶

La ley establece funciones generales y específicas para garantizar el derecho a la protección a la salud.

Funciones generales:

Ser el medio por el cual el gobierno adopta las medidas necesarias para responder al progreso de la ciencia y la tecnología; y garantizar la equidad en la prestación de servicios.

Funciones específicas:

Sancionar toda conducta perjudicial para la salud, ejecutar programas y servicios para fomentar la salud, regular la asignación de los recursos, sistematizar la participación de la sociedad, vigilar la calidad de la atención y de los productos para uso y consumo humano.²⁶

En la misma Ley se definen como servicios de salud *" todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad"*, y los clasifica en tres tipos: Atención Médica, Salud Pública y Asistencia Social.²⁶

El primer y tercer tipo de servicios, son definidos y señalan sus actividades en los artículos 32,33,167 y 168 de la Ley General de Salud.⁶

Y la salud pública la interpreta como las acciones en beneficio de la sociedad en general, dirigidas a proteger y promover la salud de la colectividad; es el compromiso de la sociedad con sus ideales de salud.⁶

En el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, producto del consenso social basado en la realidad nacional, resulta ser el instrumento para que el gobierno articule la acción de las instituciones de salud y la participación de la sociedad a fin de asegurar progresivamente el derecho a la protección de la salud. Se consideran como propósitos esenciales la mejora tanto de la calidad como de la eficiencia en la atención a la salud. Entendida la primera como la medida que los servicios efectivamente mejoran la salud tanto en su dimensión técnico-científica como humana, y la segunda alcanzar los mayores niveles posibles de salud con los recursos disponibles.⁶

Históricamente quienes han tenido la responsabilidad de la salud adoptan un compromiso de ética con su trabajo, los códigos de calidad se aplicaban ya en las culturas que nos anteceden. De hecho la primera referencia que en éste sentido existe es un papiro egipcio que data del año 2000 a. C. El cual formaba parte del estado de patrones médicos.²⁷

Los primeros trabajos sobre calidad de la atención se centraron en la descripción de variables de estructura y medición a través de indicadores de insumo.¹⁵

De las investigaciones realizadas por expertos en salud se cita a Henrik Blum, quien en la década de los sesenta ya señalaba las necesidades de evaluar la calidad con base en criterios flexibles, relacionados directamente con las circunstancias locales.³⁰

Avedis Donabedian en 1966 comunicó sus experiencias sobre la evaluación de la calidad de la atención médica, y consideró proponer algunas directrices para estudios futuros. Propuso una definición de calidad de la atención médica y consideró que los sistemas de evaluación, que tenían hasta 80 criterios para calificar no necesariamente daban la idea integral de los cuidados que se otorgaban a los pacientes.³⁰

En 1982, en la Universidad de Chicago, el mismo autor publicó un estudio en el que define la calidad en términos de resultados medidos de acuerdo al impacto que tiene la atención médica sobre el estado de desarrollo de la población.³⁰

De la escuela de Higiene y Salud de Johns Hopkins, Robert H. Brook en 1973, publicó para evaluar la calidad de atención cinco métodos de

evaluación: tres se consideraron métodos implícitos en relación con el proceso y los resultados de la atención médica, los dos restantes se basaban en criterios explícitos estipulados por un grupo de expertos externos, en los que disminuía la subjetividad.³⁰

Una década después Brook investigó las diferencias en los resultados de la atención a la salud entre la población que utilizaba los servicios gratuitos y aquellos que contaban con el sistema de prepago mediante sus aportaciones y concluyó que no existían diferencias en el impacto de la salud entre los servicios gratuitos y los de sistema de pago.³⁰

Milton I. Roemer, en la Universidad de California en la década de los ochenta realizó observaciones en Perú y Brasil, sobre la evaluación de los diferentes subsistemas de salud.³⁰

En 1985 Julio Frenk analizó el concepto de accesibilidad a los servicios médicos y la forma de medirlos como un factor importante para evaluar la calidad de la atención médica (retomó el concepto de Donabedian) para evaluar la accesibilidad, toma en cuenta los costos de los servicios, el tiempo de traslado entre el hogar del usuario a la unidad médica, así como el tiempo de espera para recibir la atención, agrega la "Deseabilidad" de los servicios que está determinada por la edad, sexo de los prestadores de servicios, la cortesía, tipo de comunicación y el confort que ofrezca la unidad médica.³⁰

La satisfacción de los usuarios cada día se toma más en cuenta en el ámbito de los servicios médicos y los esfuerzos por mejorar los procesos de atención se enfocaban a los aspectos técnicos. En las últimas décadas la

satisfacción cobra importancia como consecuencia de la difusión por los medios masivos de comunicación de algunos procedimientos médicos, nuevas tecnologías y la atención a las quejas de los pacientes.¹⁸

Stufflebeam y Webster, quienes propusieron una clasificación de los diversos estudios de evaluación de servicios, dieron una importancia especial a aquellos centrados en el punto de vista consumidor. Así mismo hacen hincapié en los valores y necesidades percibidas por los usuarios y tienen la ventaja de reportar una visión independiente de la que sustentan los proveedores.¹⁸

Para Scriven los estudios que toman la opinión de los consumidores tienen una alta credibilidad, puesto que no están involucrados en sus juicios los puntos de vista de los operadores del programa sino los de aquellos afectados por éste.¹⁸

La visión de los pacientes hacia los servicios de salud ha sido desde hace aproximadamente veinte años motivo de interés, por lo que se han realizado estudios sistemáticos al respecto.¹⁸

En el caso de la atención odontológica, se tienen pocos informes de lo realizado en 1977 por la Universidad de Londres, mediante un cuestionario aplicado a las personas que recibieron tratamiento, en un programa especial, en el lapso de ese año y en el cual se exploraba la satisfacción con la duración de las citas, el tiempo de espera, la confianza de los operadores, así como sus conocimientos y opiniones sobre cada cuando conviene visitar al dentista y porqué, además de indagar factores de riesgo odontológico percibidos por los mismos pacientes.¹⁶

En México la salud ocupa un lugar preponderante en la política social del gobierno. La reforma del Sector Salud pretende entre otras cosas mejorar la calidad de los servicios en 1999.²⁸

Durante la administración del Dr. De la Fuente en la SSA se refirió a la calidad de los servicios y su estrategia central la dirigió a la certificación de hospitales y el impulso al Programa de Estímulo para la superación profesional en beneficio a 17,200 enfermeras, 6,500 médicos y odontólogos, 320 investigadores y 7,500 trabajadoras de la salud que laboran en zonas rurales y remotas.²⁸

De acuerdo al artículo 51 de la Ley General de Salud los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.⁶

Ante los profundos cambios económicos, sociales y políticos que el país ha vivido, se pregunta si el sistema de salud, con los arreglos institucionales surgidos hace medio siglo, es capaz de responder a los nuevos retos.

El sistema de salud enfrenta siete obstáculos principales en su buen desempeño y son:

- Inequidad
- Insuficiencia
- Ineficiencia
- Inadecuada calidad
- Insatisfacción

- Inflación
- Inseguridad

Inequidad. Falta de adecuación entre las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales y la asignación de recursos a cada uno de ellos.

Insuficiencia. Falta de recursos disponibles para resolver los problemas prioritarios de salud.

Ineficiencia. Asignación de recursos a problemas no prioritarios o a tecnologías de alto costo y baja efectividad, desperdicio de recursos y generación de costos innecesarios.

Inadecuada calidad. Incapacidad de los servicios para alcanzar las mejoras esperadas en la salud de la población o de los pacientes debido a deficiencias en la estructura y en el proceso de la atención.

Insatisfacción. Incapacidad de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de la población, lo cual se refleja en la utilización de servicios fuera de la institución de adscripción y en una mala opinión sobre la atención.

Inflación. Incremento de los precios de los servicios de salud con relación a otros productos y a las remuneraciones de la población.

Inseguridad. Generación de daños emocionales, pérdida económica y desorganización por falta de protección y apoyo ante la enfermedad, la discapacidad y la muerte.³

En el mes de mayo de 1994 la Fundación Mexicana para la Salud llevó a cabo la encuesta de satisfacción en los servicios de salud en México.³

Este tipo de encuestas tienen la virtud que permiten dar voz a la población, contribuyendo así en el sistema de salud. En México el problema de la atención a la salud que se menciona con mayor frecuencia es la mala calidad

seguida de la falta de recursos. Los problemas de calidad no sólo se limitan a los aspectos técnicos de la atención sino que también al trato que reciben los usuarios.

El actual sistema de salud no funciona bien ni para los pobres ni para los de clase media.³

En la actualidad se subraya la importancia de un estilo de vida saludable y de la calidad de atención y gracias a la colaboración de la Federación Dental Internacional, se ha logrado la participación de todos los profesionales odontólogos en ésta amplia gama de iniciativas.⁸

2.2 EVALUACIÓN

La evaluación es importante ya que sirve a diferentes propósitos críticos. Las evaluaciones son utilizadas para tomar decisiones personales, identificar las necesidades de captación, para proporcionar retroalimentación a los empleados como a la organización y ver su rendimiento a menudo como base para los ajustes salariales.¹²

Los que más se evalúan son los resultados de las tareas individuales, los comportamientos y las cualidades, en éstas últimas se evalúa una buena actitud, ser confiable y mostrar seguridad, estas características son utilizadas como criterios para evaluar el nivel de desempeño de un empleado.

La evaluación la pueden realizar el superior inmediato, compañeros, o por medio de autoevaluaciones.

Las evaluaciones de los compañeros son una de las fuentes más confiables de datos para evaluación; porque los compañeros están cerca de la acción, además como calificadores producen varios juicios independientes. La desventaja es que la evaluación puede verse limitada a los prejuicios producidos por la amistad.

La autoevaluación dará altas calificaciones de los mismos empleados y tiende a disminuir la actitud defensiva; esta evaluación sirve para dirigir el desarrollo del empleado más que para propósito de evaluación.¹²

La técnica para la evaluación es por medio de un instrumento. Este instrumento es un cuestionario de preguntas cerradas y precodificadas y así obtener los datos, tabular los mismos e interpretarlos.¹²

Los principales métodos para evaluar el desempeño de un empleado incluye los ensayos escritos, los incidentes críticos, las escalas gráficas de clasificación, las escalas de clasificación ancladas en el comportamiento (BARS) y las comparaciones multipersonales.

El método más usado es el de escalas gráficas de calificación. En éste método se enumeran factores como la cantidad y la calidad del trabajo, profundidad de conocimientos, cooperación, lealtad, asistencia, honestidad y la iniciativa. El evaluador revisa la lista y califica cada uno en escalas incrementales; las escalas especifican 5 niveles siendo el número uno el valor mínimo y el cinco el valor máximo. Este método requiere menos tiempo para desarrollarse y administrarse además permite análisis cuantitativos y comparaciones.¹²

2.3 CALIDAD

Etimológicamente, el vocablo calidad proviene del latín (*qualitis-atlis*) que se refiere a la cualidad, esto es a las diferentes posibilidades de ser de las cosas y por esto se le aplica un valor como excelente o deficiente.

Se puede definir la calidad como las características, el tipo o la índole de un producto o servicio que se relaciona con su grado de excelencia.⁸

La calidad se ha definido como el grado de adecuación de un producto, al uso que desea darle el consumidor, lo cual implica dos cosas de fondo:

1.-La calidad es algo que responde a una necesidad, es responsabilidad de quien produce los bienes y servicios el adaptar atributos del producto a dicha necesidad.

2.-Su finalidad es la satisfacción del consumidor, por lo que el proceso de producción se organiza en torno a ella. Entonces la calidad se valora en función de la satisfacción que produce la adaptación de las características de un bien o servicio a las necesidades del usuario o consumidor.²⁴

La calidad se ha definido en el área de los servicios personales, donde es posible apreciar la relación entre su producción y la satisfacción de necesidades, sea esto en ámbito individual como en el social, y es susceptible de someterse al proceso administrativo al tratarse de algo objetivo y medible.

La calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles esperados de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes.²⁴

Calidad en los servicios es la producción del máximo mejoramiento posible en los niveles de salud, satisfaciendo las expectativas de los usuarios por una atención buena, oportuna, continua, cortés y respetuosa.³

La calidad de la atención incluye generalmente dos grandes aspectos: la satisfacción del paciente y sus familiares con el trato que reciben y la calidad con la que se aplica la tecnología médica evitando sus efectos colaterales indeseables. Por lo tanto los programas de calidad deben ser integrales ya que abarcan la dimensión técnica como la interpersonal es decir la CALIDEZ. Esta formulación implica la necesidad de preguntarse cuáles son las satisfacciones que los pacientes buscan y con ello rediseñar los servicios

para responder a las necesidades reales haciéndolos más sensibles a los demandantes de los servicios que en este caso son los pacientes.²⁴

La calidad viene del convencimiento de que todo puede hacerse mejor y de que la actividad que realizamos es necesaria y útil.²⁴

Según Phillipe Crosby, "calidad total es hacer que la gente haga todas las cosas importantes que de cualquier forma tiene que hacer."¹⁹

Las consecuencias de la mejora de la calidad tienen un efecto similar al que produce un bolo en los pines del boliche, repercute, transformándola en la red de situaciones e instituciones implicadas globalmente en el proceso.⁴

En la medida en que los requisitos de nuestros pacientes no sean satisfechos enfrentaremos problemas de calidad por nosotros o por el personal que trabaja en nuestro consultorio, el proceso de calidad comienza con la educación y termina con la educación, es un proceso constante de aprendizaje, y el concepto de educación en la calidad total comienza con nosotros mismos.¹⁹

Por esta razón la calidad de la educación médica, el proceso educativo, las condiciones institucionales bajo las cuales se realiza, y la forma en que se aplican los conocimientos adquiridos están íntimamente relacionados y reflejan la educación de la institución.⁴

Donabedian divide la calidad en dos categorías:

Técnica e interpersonal. La calidad de atención técnica es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera que rinda el máximo de beneficio para la salud.¹³

La relación interpersonal se mide por el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones.¹⁴

Kaoru Ishikawa dice que el control de calidad no es para cumplir con normas nacionales, sino para cumplir los requisitos de calidad de los consumidores.⁵ Ishikawa menciona que *"practicar el control de calidad es desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, más útil y siempre satisfactorio para el consumidor"*.¹⁹

Lo más importante en la percepción de la calidad es la personalidad que refleja el dentista a sus pacientes, en el sentido de nuestro cuidado y protección, él sentirá que nos preocupamos por su estado de salud dental. La calidad también es la apariencia del doctor, su limpieza, pulcritud e imagen profesional, así como nuestra puntualidad ya que a los pacientes les molesta esperar.²⁰

Una alternativa para lograr la calidad en los servicios de salud es diseñar estrategias efectivas del momento y las condiciones específicas, con el fin de modificar y superar la atención que en estos momentos se ofrece.²⁷

Una actitud conformista y pasiva, orientada a dar sólo lo que se nos pide, es una actitud que ha definido el perfil de México en el concierto de los países del mundo, visto por los europeos, nuestro mercado ofrece poco interés en la calidad productiva.²⁷

2.4 EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN

La evaluación de la atención médica, se puede realizar en forma retrospectiva a través del estudio de historias clínicas, pero no se debe tomar como único elemento importante la actividad del médico, sino también la de la enfermera u otro trabajador de la salud. Actualmente se evalúa el proceso de atención a partir del individuo y de la población.¹⁷

La evaluación en salud se denomina como *"el proceso metodológico que permite el análisis y la medición sistemática de políticas, objetivos, estrategias, metas, programas, recursos y servicios de salud y hace posible valorar la coherencia de las acciones, la utilización de los recursos, el grado y forma de cumplimiento de resultados y los efectos producidos"*.¹⁷

El proceso se refiere a la atención, en esta parte se observan las actividades (como diagnóstico, manejo clínico, tratamiento clínico, prevención) realizadas durante la atención, se valora la dinámica entre el usuario y el prestador de servicio. En el resultado se consideran los cambios de la salud debido a la atención, esto es la resolución del problema. La evaluación es una forma de mejorar la atención.¹⁷

2.5 CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La calidad de la atención a la salud es cada día una mayor exigencia para los profesionales de la salud, mejorar la calidad no es una moda sino una verdadera necesidad.²¹

La calidad de la atención se refiere a aquella que se brinda al usuario conforme a las normas, conocimiento de la medicina y tecnología vigentes con accesibilidad a los servicios, oportunidad, trato personalizado y amable, comunicación, logrando la solución de sus necesidades de salud y expectativas de atención mejorando la calidad de vida.²²

Los pacientes esperan cortesía, ambiente agradable, tiempos de espera reducidos, información médica completa, diagnóstico y tratamientos eficientes.

La calidad de atención implica el conocimiento profundo, de las necesidades del paciente, así como la máxima eficiencia en su realización, también se determina por la accesibilidad y oportunidad de los servicios, y finalmente la satisfacción del usuario.

La calidad de la atención que imparte el médico es parte de su reputación fundamentada en la opinión de sus pacientes y familiares, en estas intervienen juicios subjetivos que no permiten una evaluación objetiva y exacta.²²

Diseñar instrumentos para la evaluación de la realidad favorece, la participación en la búsqueda de calidad.

2.6 GARANTÍA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

La garantía de calidad tienen diversas denominaciones tales como: calidad total, auditoría clínica, círculos de calidad o mejoramiento continuo de la calidad. Dentro del programa de garantía de calidad hay varios componentes como auditoría clínica, control de calidad de los servicios del laboratorio, fijación de estándares y encuestas de satisfacción del usuario.²⁵

Garantía de calidad es asegurar las condiciones y organización necesarias para cerrar la brecha entre lo alcanzado y lo alcanzable de manera continua en términos de los estándares deseados y factibles de la calidad de la atención médica.²⁹

En México ya se utiliza el término garantía de calidad GC de la atención médica que es un conjunto de acciones o situaciones que incrementa el mayor beneficio o que impida los riesgos de los pacientes, por medio de cinco elementos fundamentales de la organización: evaluación, monitoria, diseño, desarrollo y cambio.²⁹

Garantía de calidad se entiende como un método sistemático, planificado y continuo para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud con los recursos existentes.

Todo sistema de GC abarca tres perspectivas de calidad:

- Estándares clínicos
- Desempeño de la gerencia

- Satisfacción del usuario

Los cambios en la cultura de los servicios de salud son un pre-requisito para alcanzar las mejoras de la calidad.

Los sistemas de garantía de calidad deben de ser factibles a desarrollarse dependiendo de cada lugar.

Una estrategia de GC debe comenzar con la perspectiva del usuario e involucra la interacción personal-paciente.²⁵

De esta manera se obtendrán datos que se utilizarán para analizar como estamos trabajando y como se están prestando los servicios de salud.³²

La atención de salud y calidad es valorada mediante los estándares.

El colegio de terapeutas ocupacionales define un estándar como un nivel de desempeño esperado y alcanzable, comparable con el nivel de desempeño actual; un nivel de calidad relevante para la actividad valorada.

Razones que justifican la utilización de estándares:

- Prestar servicios de calidad a todos los usuarios
- Para evaluar la calidad de su trabajo
- Buscar la excelencia profesional
- Valorar y comparar el desempeño actual con uno deseado
- Entender las causas de un bajo o un buen desempeño

Los estándares deben ser medibles, aceptables, alcanzables, claros, congruentes con los objetivos institucionales y controlados con mediciones específicas.

Según el modelo de Donabedian se clasifican en tres tipos:

- Estructura: se refiere al personal, equipo, edificio, políticas y procedimientos
- Proceso: son las actividades
- Resultado: son los resultados de la atención ³¹

Existen diferentes estándares para medir la calidad de un servicio de salud, pero depende de la cultura de cada país; los más aceptados son los siguientes:

- Puntualidad
- Presentación del personal
- Prontitud de la atención
- Cortesía, amabilidad, respeto
- Trato humano
- Destreza para resolver el problema
- Comunicación con el usuario
- Ética
- Equidad
- Presentación adecuada del equipo (instrumental) ³¹

INDICADOR. Es un aspecto de un servicio seleccionado para la medición que tiene un significado en la efectividad del desempeño.

Se usa para medir variables complejas como calidad de servicio, accesibilidad, nivel socio-económico, etc.

Pueden usarse para describir una situación existente, medir cambios en un periodo de tiempo, entre otros.

Los indicadores cuantitativos son: tiempo de espera, limpieza del establecimiento, disponibilidad de medicamentos, etc.

Las características que debe tener un indicador son las siguientes: práctico, válido, consistente, sensible, cuantitativo y son necesarios para el diagnóstico de la calidad de los servicios de salud, evaluar el desempeño de los servicios, medir los cambios en la atención en forma continua.³²

2.7 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. Así obtenemos del usuario un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención que reciben, con la información obtenida se beneficia a la institución que otorga los servicios de salud, a los prestadores de servicio y los usuarios.²³

La evaluación de la calidad de la atención médica tiene una larga historia, su mayor desarrollo se ha dado en los Estados Unidos de América, donde las acciones se desarrollan en los hospitales.

El doctor Avedis Donabedian propuso una forma sistematizada para la evaluación de la calidad de la atención médica, analiza la calidad mediante enfoques de estructura proceso y resultado, a través de sus tres dimensiones: calidad técnica, interpersonal y comodidades.

El mejoramiento continuo de la calidad (MCC) se desarrolló a partir de las ideas de Shewart y Deming y se ha utilizado en industrias japonesas y estadounidenses.²³

El MCC es equivalente a la gestión de la calidad total y consiste en un proceso paso a paso por el mejoramiento de la calidad utilizado por el

personal, considerando a la organización en forma completa e integral para introducir en la misma cambios e implica planificar mejoras, ejecutarlas y vigilar los resultados.

Deben identificarse problemas y aplicar soluciones teniendo como meta principal, satisfacer las necesidades y expectativas del usuario y no culpar a los prestadores de servicio.²³

La evaluación de la atención puede ser compleja pero pretende obtener información que permita tomar decisiones prácticas y suficientes para proporcionar una atención de calidad para los usuarios de los sistemas de salud.

En la evaluación de la calidad en el campo de la Odontología se toman en cuenta los siguientes factores:

1. **Factor eficacia:** Establecer si los objetivos del servicio y los procedimientos usados son eficaces tanto en sí mismos como con las necesidades y demandas de la comunidad.
2. **Factor diseño:** Abarca los elementos que intervienen en la atención odontológica. Se adoptan decisiones antes de asistir al paciente. Las decisiones son: planificación previa de los procedimientos, utilización y manipulación adecuada de los materiales y empleo de personal idóneo.
3. **Factor de la prestación:** Es la forma en que se prestan los servicios a los pacientes y se relacionan estrechamente con la eficacia, que puede verse afectada por los métodos en la prestación de servicios.
4. **Factor del personal:** Este factor se traslapa con la prestación de servicios e incluye aspectos como la eficiencia y laboriosidad del personal de atención de salud bucodental. Se ejercen

periódicamente exámenes y procedimientos en el ejercicio de la práctica dental.

5. Factor del paciente: Son aspectos directos del paciente y comportamiento. Debe existir una relación adecuada entre el paciente y el odontólogo, indicar alternativas de tratamiento y el necesario cuidado personal de la salud en distintas intervenciones. Instruir a los pacientes acerca de su función en la conservación de la salud. Es preciso proporcionar a los pacientes detalles acerca de su estado de salud bucodental y del cuidado de su propia salud con cualquier medida de tratamiento que se tome.
6. Factor de la cantidad: Se refiere a la relación entre la capacidad de los servicios y las necesidades de la población.
7. Factor costo: Es el nivel de gastos en el servicio en relación con los recursos disponibles y las prioridades. ³⁰

Además en la evaluación de la calidad de la atención es importante tener en cuenta otros elementos como:

2.8 EFICIENCIA

En la eficiencia el sistema obtiene el mayor rendimiento posible de los recursos ya sean humanos, capitales o materiales, a base de reducir al mínimo el desperdicio y de invertir prioritariamente en los servicios que generan mayores ganancias de salud, este criterio se aplica en mayor grado en hospitales universitarios o gubernamentales. ³

Existen 2 tipos principales de eficiencia: la de asignación y la técnica.

La eficiencia de asignación prioriza las intervenciones con las mejores relaciones costo-efectividad.

La eficiencia técnica procura que las intervenciones se produzcan con el menor desperdicio.³

2.9 EFICACIA

Estudia la relación causal de las asociaciones existentes entre un diagnóstico o tratamiento y el resultado obtenido. Está íntimamente ligada al poder de la realización. Es el grado en que la atención para el paciente ha logrado el resultado esperado.¹⁸

EFECTIVIDAD

Se aplica en el sentido de evaluar el logro de los objetivos definidos frente a una población determinada; es el cambio que produce la atención médica en relación con el contexto social.

Está ligada al resultado favorable que se obtiene en la mejoría del nivel de salud alcanzado en una población determinada con la mejor atención posible.

La efectividad de los sistemas no puede ser evaluada con facilidad debido a las dificultades que presenta para medir los resultados en términos de condiciones de salud y de acceso a los servicios por parte de la población.¹⁸

CONTINUIDAD

Se refiere a la aplicación en secuencia lógica de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención bajo la responsabilidad de un equipo de salud.³

OPTIMIZACIÓN

Es el balance entre los costos y beneficios de la atención de la salud.³

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EQUIDAD

Es la distribución del cuidado de la salud y beneficios entre todos los miembros de la población. El esfuerzo por la calidad es una parte integral de la lucha por la equidad.³

Todas las personas tienen la misma oportunidad de acceso a los servicios de salud.³

UNIVERSALIDAD

Toda la población queda protegida por un paquete universal de servicios efectivos y costeables.³

2. 10 SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Se define como el grado de concordancia entre las expectativas del usuario sobre la atención demandada y la percepción de la atención recibida.

Conocer la satisfacción implica la utilización de la metodología de la investigación por encuesta. En la que se usa generalmente las escalas de Guttman o las de Likert.

Para diseñar un cuestionario que permita evaluar la satisfacción de los usuarios el directivo médico se puede basar en los motivos de queja más frecuentes, en los puntos que considere críticos en el proceso o en aquellos que su organización considera como estratégicos. Otra manera de explorar es realizando preguntas abiertas que nos puedan orientar hacia los principales aspectos de satisfacción o de insatisfacción sobre los cuales dirigir la encuesta. Los expertos indican que las preguntas deben ser directas acerca de lo que parece bien o no, las esperas en minutos, y comparar con otros servicios.¹⁸

La percepción de los servicios no sólo influyen aspectos propios del proceso de atención de la salud, sino que se le agrega la influencia de patrones culturales y la personalidad del usuario.

La satisfacción del usuario obedece a múltiples factores, ente los que se encuentran los demográficos, socio-económicos, culturales, estilos de vida y el medio ambiente, así como costumbres, tradiciones y creencias religiosas.

La utilización de los servicios médicos está influida por los factores señalados además por las expectativas relacionadas con la tecnología, accesibilidad, las características organizacionales del servicio, el tipo de personal, resolución de un problema, calidad humana y sobre todo por la imagen proyectada.¹⁸

Con el fin de obtener un perfil de la opinión de la sociedad civil sobre los servicios de salud y de medir la satisfacción, utilización y acceso a los servicios de salud en México, la Fundación Mexicana para la Salud aplicó a nivel nacional la Encuesta de Satisfacción con los servicios de salud en mayo de 1994. La encuesta se llevó a cabo con la colaboración del programa de Opinión Pública y de Servicios de Salud de la Universidad de Harvard.

La mayoría de las encuestas de satisfacción de los servicios de salud que se han realizado en México han estudiado a los usuarios de los servicios.²

El usuario considera como características típicas de la atención médica a la eficacia, respeto al paciente, a sus familiares y el cuidado con el que se prestan los servicios.

Desde el punto de vista de la mercadotecnia se asume que un usuario satisfecho volverá hacer uso de los servicios cada vez que lo requiera y se convertirá en el mejor promotor, al recomendarlo con otros posibles clientes.

La evaluación de la satisfacción del usuario contiene un alto grado de subjetividad pero eso no le quita importancia.¹⁶

La satisfacción de los pacientes está basada en actitudes y sentimientos acerca del proveedor y la atención obtenida, éstas actitudes se forman como resultado de la interacción paciente-profesional.

Hornung y Massagli plantean que los pacientes tienen 2 objetivos cuando buscan la atención odontológica:

El primero es obtener un buen diagnóstico y un adecuado tratamiento y el segundo es tener confianza en el dentista respecto al manejo del miedo, la ansiedad que tanto el padecimiento como el tratamiento dental implican.¹⁶

Para los profesionales así como para los estudiantes en formación del campo odontológico, es muy importante el conocimiento de los diversos factores que intervienen en la calidad de la atención y que identifiquen las expectativas de los pacientes.¹⁶

De los usuarios se obtiene la información acerca del desempeño y la calidad para determinar en que medida los servicios satisfacen sus necesidades y expectativas.

En el Hospital Maastricht se ha diseñado un sistema para monitorear la percepción de calidad que tienen los pacientes. Es una combinación de cuestionarios, por medio de éstos conocen el grado de satisfacción, manejan las quejas de los pacientes y se realiza la retroalimentación al personal profesional y administrativo acerca de cómo los pacientes evalúan la calidad de sus servicios.¹⁴

La satisfacción no involucra solamente el momento en que es tratado el paciente, también los resultados de éste, ya que se obtendrán beneficios o

riesgos para mejorar o mantener la salud. En otras palabras el paciente puede estar satisfecho con la atención recibida aún cuando siempre podrá juzgar la verdadera efectividad e incluso la ética del tratamiento al que fue sometido.²⁹

En la evaluación sistemática de la satisfacción deben considerarse las expectativas del usuario, ya que éstas matizan el grado de satisfacción y por lo tanto pueden orientar los esfuerzos de mejoramiento continuo.³

Algunos estudios se enfocan a valorar más la relación humana con el profesional. La relación interpersonal también llamada "calidez" que es el respeto al paciente como ser humano y la búsqueda de su satisfacción plena.³

La relación interpersonal entre los usuarios y los prestadores de servicios es un punto importante donde se ubican el mayor porcentaje de insatisfacción, además de ser la causa en un 4% de las quejas formales presentadas a la CONAMED. Una parte de la relación interpersonal puede ser el apoyo psicológico que recibe un paciente y el interés que muestre el prestador de servicio.

Aunque la mayoría de las características de la relación interpersonal se encuentran en el proceso y en la encuesta para la evaluación de los resultados, es pertinente cuestionar sobre el trato amable y si el personal de salud propicia una relación cordial que redundará en la satisfacción del usuario.¹⁸

Como ya se mencionó que el concepto de la calidad está relacionada íntimamente con dos dimensiones a las que Donabedian denomina como técnica e interpersonal. La primera se refiere a la aplicación de los

conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente.

La segunda alude a la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el paciente, en esta puede incluirse la dimensión denominada comodidades; es decir las condiciones físicas en las cuales se otorga el servicio.²⁹

Las comodidades son un valor agregado de la atención, y generalmente no son motivo de queja. Entre las comodidades se encuentran la modernidad de las instalaciones, la apariencia exterior, la decoración, amplitud de las áreas físicas, acabados de las salas de espera que son elementos que contribuyen al confort del usuario.¹⁸

Esto tiene gran relevancia desde el punto de vista de la mercadotecnia. Es importante señalar que por lo general los proveedores de servicios de salud tienden a destacar la dimensión técnica en tanto que los usuarios lo hacen predominantemente con la dimensión interpersonal.²⁹

ACTITUD Y CONDUCTA

Los individuos suelen tener actitudes favorables hacia las cosas que resultan en la satisfacción de sus aspiraciones y actitudes desfavorables hacia aquellas cosas que impiden la satisfacción de sus necesidades. Las actitudes forman la estructura fundamental de la conducta. Las actitudes y las conductas tienen una relación estrecha con la calidad porque para que un servicio se otorgue con calidad se necesitan actitudes y conductas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad.²³

Actitud. Consiste en una disposición organizada a través de la experiencia, que ejerce una fuerza dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona.

Thurstone dice que es *"la suma total de las inclinaciones humanas, sentimientos, prejuicios, ideas preconcebidas, temores y amenazas"*.

Conducta. Es una acción realizada por el individuo ante una situación particular.

Shijiriev dice que *"es el sistema de acciones exteriormente observable, mediante el cual se expresa la actitud, por lo cual se posibilita evaluar su existencia"*. Este componente se puede conocer mediante el análisis de la conducta. ²³

2. 11 RELACIÓN COSTO SERVICIO

De la relación cantidad-calidad implica la relación costo-servicio, Donabedian ha analizado la relación costo-servicio, dice: cuando la atención es excesiva y dañina es más costosa y de menor calidad; cuando la atención es excesiva pero no produce daños es también más costosa, pero este costo no corresponde a los beneficios esperados de acuerdo con el costo de ello, significa desperdicio. ²⁹

En la relación beneficios-riesgos-costos en la que el hipotético valor neto de la calidad podría calcularse al restar a los beneficios la suma de los riesgos más los costos. A esta relación Donabedian la denominó modelo "unificado de la calidad ". ²⁹

Existe otra relación entre calidad y costos que se manifiesta no por el efecto de una pobre calidad en los costos sino a la inversa, el efecto de los costos en la calidad. Esta última relación es en la actualidad un tema que ha generado debate en virtud de los programas de control de costos en países desarrollados y de las graves crisis económicas en los subdesarrollados. ²⁹

Ullman señala que existe una percepción de que la calidad y el control de costos son incompatibles debido a que por una parte la calidad cuesta y por otra los controles de costos afectan la calidad. Pero agrega que los aspectos relacionados con la mano de obra intensiva, como la calidad de los profesionales de la salud o sus actitudes, mejoran la calidad de manera sustantiva sin afectar negativa o necesariamente los costos.

Neuhauser, Shortel y Becker indican que la reducción de costos no necesariamente afecta la calidad en todos los aspectos. Pero ello significa también que para que esto suceda, la organización debe ser eficiente para aprovechar los recursos de la mejor manera posible. En México se dió el fenómeno en seguridad social durante el periodo calificado como "eficientista" hacia el final de la década de los setenta y a principio de los ochenta.²⁹

2.12 SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de salud están sujetos a cambios constantes que se derivan de los factores políticos, sociales, económicos y del desarrollo de la tecnología que regulan la atención sanitaria de la salud.

En Canadá e Inglaterra la cobertura de los servicios de salud es universal.²²

En los países latinoamericanos la dimensión de las relaciones interpersonales prevalece sobre la dimensión técnica de la calidad, siendo menor el reto, dado que se emplea en sistemas de países industrializados, quienes se enfocan principalmente a la mejoría de los procesos técnicos por medio de la monitoria del servicio.²²

En México la prestación de servicios de salud en áreas urbano marginadas es un problema para las instituciones de salud, la escases de los recursos humanos, económicos y de infraestructura impiden que los servicios puedan satisfacer todas las necesidades de la población.²²

Para el acceso formal a la atención médica en México existen dos grupos de población. Los que están afiliados a la seguridad social y los no asegurados o población abierta. El primer grupo corresponde a la clase trabajadora del sector formal, el segundo grupo corresponde a la economía informal, este grupo puede hacer uso de los servicios públicos de la Secretaría de Salud o puede utilizar los servicios de medicina privada.²²

En México la población que solicita atención dental privada lo hace más por urgencia o por algún tratamiento que no cubre la seguridad social y no por tratamientos integrales.¹⁰

Ya que instituciones como el IMSS e ISSSTE realizan sólo actividades curativas o de emergencia y muy pocas clínicas dependientes de ellas tienen servicios de especialidades.

La Facultad de Odontología de la U. N. A. M., cuenta con 13 clínicas en el edificio central y nueve clínicas periféricas denominadas así por su localización en la ciudad, estas son: las Águilas localizada en la delegación Álvaro Obregón, Aragón en la delegación Gustavo A. Madero, Azcapotzalco (Dr. Díaz P.) en Azcapotzalco, Oriente (Dr. Evelson) en Iztapalapa, Milpa Alta al sur de la ciudad en la delegación del mismo nombre, Padierna en la delegación Tlalpan, Vallejo (Dr. Salazar Ilarregui) en Gustavo A. Madero, Venustiano Carranza en esa misma delegación, y Xochimilco en la delegación Xochimilco. También están instituciones como la FES Iztacala y la FES Zaragoza que están incorporadas a la U. N. A. M. y que al igual que las instituciones antes mencionadas brindan atención odontológica que puede ser de tipo preventivo, curativo, restaurativo y hasta de alguna especialidad para la población en general.

Así también existen universidades privadas como la ULA, UNITEC, UIC, que cuentan con clínicas odontológicas.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Considero que la evaluación de la atención en la Facultad de Odontología será útil para determinar la calidad de la atención y la responsabilidad en la prestación de la consulta odontológica en los usuarios, además de conocer la satisfacción de la población atendida.

En la Facultad de Odontología la prestación de los servicios odontológicos es colateral a la educación odontológica que se imparte en la misma por lo que es importante analizar el desempeño de los alumnos como prestadores de servicio de salud conociendo la satisfacción del usuario, con base a los principios de calidad de la atención a la salud para garantizar una educación de calidad y una calidad con educación.

4. JUSTIFICACIÓN.

El estudio tiene como finalidad detectar problemas en la prestación de los servicios odontológicos a través de la perspectiva del paciente. Para el cirujano dentista se presenta un estudio que fundamente la calidad de la atención odontológica que se da en la Facultad de Odontología.

En base a los resultados proponer soluciones y ofrecer a la comunidad una atención dental de calidad a través de un instrumento que evalúe el desempeño del alumno al prestar su servicio.

El estudio pretende conocer que porcentaje de la población que acude a consulta dental en las clínicas de la Facultad de Odontología está insatisfecho con el trato y los tratamientos que ahí se otorgan. El estudio es

factible llevarlo a cabo porque hay 35,000 pacientes en tratamiento dental. Se diseñará un instrumento que se aplicará a los usuarios para conocer su nivel de satisfacción. Es viable ya que se cuenta con el apoyo de las autoridades, maestros y pacientes de la Facultad de Odontología para realizar el estudio.

5. HIPÓTESIS.

Hi. Los pacientes que se encuentran en tratamiento dental o que terminaron su tratamiento en la Facultad de Odontología quedan satisfechos con la atención y los tratamientos que recibieron.

Ho. Los pacientes no quedan satisfechos con el tratamiento y la atención que recibieron.

6. OBJETIVOS.

GENERAL.

Evaluar la calidad de la atención en las clínicas de la Facultad de Odontología con base a la satisfacción de los pacientes atendidos.

6.1 ESPECÍFICOS.

- Identificar a la población por edad, género, nivel cultural y ocupación.
- Cuantificar el tiempo de espera.
- Valorar si se resolvió el motivo de la consulta.
- Conocer la repetición en número de veces de un tratamiento.

- Determinar si el alumno da instrucciones al paciente con respecto al tratamiento a realizar.
- Determinar la accesibilidad económica con respecto a los costos del tratamiento.
- Conocer el grado de satisfacción de los pacientes con respecto al tratamiento y la atención recibida.
- Determinar el trato brindado del personal médico y la percepción del paciente.
- Determinar si el alumno cumple con las medidas de protección e higiene. (Según la norma NOM-013- SSA2-1994.)
- Conocer que opinión se tiene de las comodidades de la sala de espera.

7. METODOLOGÍA.

7.1 MATERIAL Y MÉTODO.

Primero se solicitó la autorización para realizar la investigación con el Secretario General de la Facultad de Odontología y se realizó un oficio expedido por la coordinación del seminario de Odontología Comunitaria dirigido a la coordinadora de la clínica de Admisión y de la clínica de servicio social. Una vez obtenida la autorización se empezó a aplicar el cuestionario a los pacientes que se encontraban en la sala de espera de las clínicas, localizadas en el edificio central de la Facultad de Odontología informando previamente a los responsables de cada clínica. Las entrevistas se realizaron en las salas de espera de las clínicas de la Facultad de Odontología, U. N. A. M. del turno matutino, con una duración aproximada de cinco minutos cada una, por un lapso de siete días. Las preguntas las realizó la tesista directamente a los pacientes mayores de 13 años y a los

padres cuando los pacientes eran menores de 13 años de edad, este procedimiento se realizó en todos los pacientes de las salas de espera hasta completar el tamaño de la muestra.

El instrumento que se diseñó para conocer el grado de satisfacción del paciente, es un cuestionario de 19 preguntas cerradas.

En cuanto a los recursos humanos son: el tutor, los asesores, los pacientes y solo la tesista, para aplicar las encuestas.

Recursos materiales: las salas de espera de las clínicas de la F. O., 300 cuestionarios, computadora, lápices, para la captura y análisis de la información se usó el programa Word y SPSS.

7.2 TIPO DE ESTUDIO.

Este estudio es observacional, descriptivo y transversal.

7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Los pacientes que están en tratamiento dental en las clínicas localizadas en las instalaciones de la Facultad de Odontología de la U. N. A. M.

7.4 MUESTRA.

De un universo de 3,000 pacientes al mes que acuden a consulta en la Facultad de Odontología, se eligió una muestra de 300 pacientes, de género indistinto.

7.5 VARIABLES .

Es conveniente conocer la opinión de los usuarios sobre la atención recibida, el comportamiento del personal, lo adecuado de las instalaciones físicas y

de todas aquellas variables que incidan en su aceptación del servicio por el que ha pagado sea en honorario o por cuota periódica.

VARIABLES INDEPENDIENTES.

- Sexo
- Edad
- Grado máximo de estudios.
- Ocupación.

VARIABLES DEPENDIENTES.

- Grado de satisfacción del paciente.

7.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes que se encuentren en tratamiento dental en las clínicas de la Facultad de Odontología.

7.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes que acuden por primera vez a la Facultad de Odontología.

Pacientes de la clínica de Admisión.

Pacientes que no tengan carnet registrado en la Facultad de Odontología.

Pacientes que no hayan recibido ningún tratamiento.

Pacientes de la división de estudios de posgrado.

7.8 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

El análisis de datos se realizó utilizando un programa para computadora SPSS. Se usó para conocer la distribución de frecuencias, y se aplicó a cada una de las variables y se representaron los resultados en tablas y gráficas.

8. RESULTADOS.

A continuación se presentan los resultados de la encuesta realizada a los pacientes que estuvieron en tratamiento dental en las clínicas del edificio central de la Facultad de Odontología de la U. N. A. M.

Del estudio realizado se observa que la mayor parte de la población que acudió a consulta dental, pertenece a adultos jóvenes. Esto es el 16.7% pertenece a las personas entre 27-35 años(50 casos),le siguen los de 36-44 años (45 casos) con un 15%,después tenemos los de 18-26 años(43 casos) con el 14.3%, el 12% corresponde a la edad entre 54-62 años (36 casos), el 10.3% corresponde a la edad de 9-17 años (31 casos), con 8.3% es la población de niños entre 0-8 años(25 casos), el 5.7% lo ocupan los adultos mayores con edad de 63-71 años (17 casos), 2.7 % es para las personas entre 72-80 años(8casos) y el .7% (2casos) para personas entre 81-98 años. (Ver tabla no.1 y gráfica no.1)

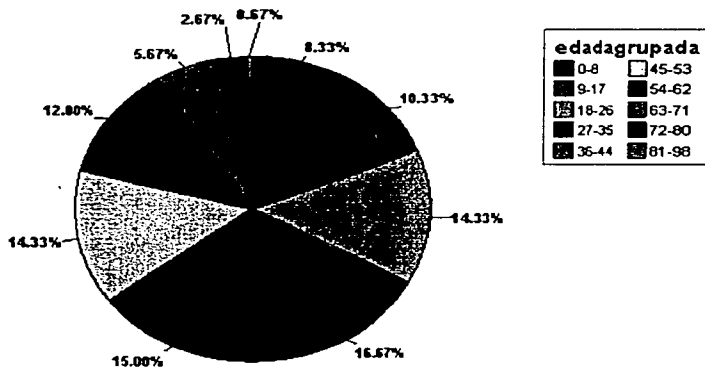
TABLA. 1 Distribución de la población por edad.

Edad	No. de casos	Porcentaje (%)
0-8	25	8.3
9-17	31	10.3
18-26	43	14.3
27-35	50	16.7
36-44	45	15
45-53	43	14.3
54-62	36	12
63-71	17	5.7
72-80	8	2.7
81-98	2	.7
Total	300	100

Fuente directa.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

GRÁFICA. 1



FUENTE DIRECTA

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Para identificar el tipo de población que solicita consulta dental en las clínicas de la Facultad de Odontología se iniciará con el género. Se observa que del total de la muestra (300) el 41% de la muestra pertenece al sexo masculino (123) y el 59% al sexo femenino(177). (Ver tabla 2 y gráfica 2)

TABLA. 2

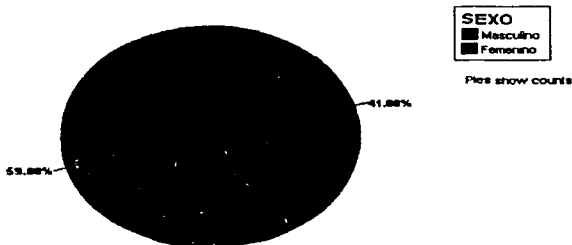
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
MASCULINO	123	41
FEMENINO	177	59
TOTAL	300	100

Fuente directa.

GRÁFICA. 2

Porcentaje de la población por sexo.

Consultas otorgadas en 41% a sexo masculino y 59% al sexo femenino



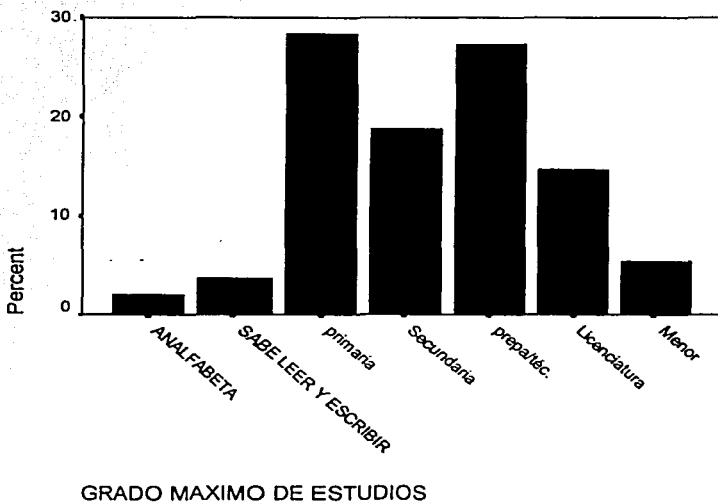
FUENTE DIRECTA

En cuanto al grado máximo de estudios de la población estudiada de una muestra de 300 pacientes, el 28.3% (85 casos) estudió primaria, éste porcentaje es seguido por los que cursaron preparatoria o carrera técnica con porcentaje de 27.3% (82 casos), después están los que estudiaron secundaria con 18.7% (56 casos) y encontramos que el 14.7% (44 casos) de los que acuden a consulta estudia o estudio licenciatura, el 5.3% (16 casos) son menores de 5 años por lo tanto no estudian, mientras que el 3.7% (11 casos) no fue a la escuela pero sabe leer y escribir y el 2% (6 casos) es analfabeta. (Tabla 3, gráfica 3.)

TABLA. 3 Escolaridad de la población atendida.

ESCOLARIDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE (%)
Analfabeta	6	2
Sabe leer y escribir	11	3.7
Primaria	85	28.3
Secundaria	56	18.7
Preparatoria/técnica	82	27.3
Licenciatura	44	14.7
Menor de 5 años	16	5.3
Total	300	100

GRÁFICA. 3



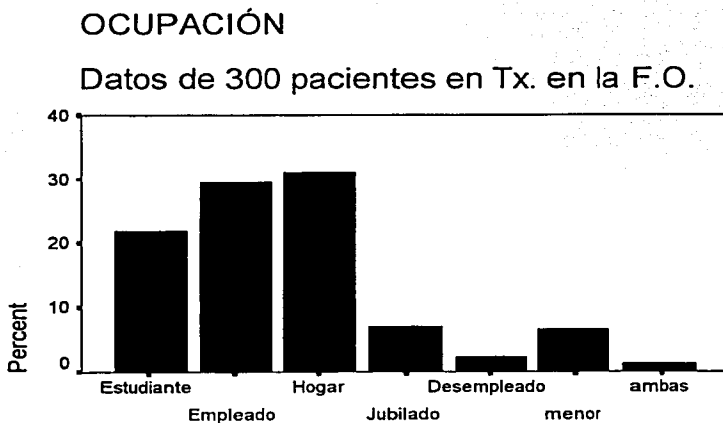
En cuanto a la ocupación encontramos que de 300 pacientes de la muestra la mayor parte son mujeres que se dedican al hogar y está representado por el 31% (93 casos), seguida de personas económicamente activas en 29.7% (89 casos) otra parte representativa es por estudiantes en proporción del 22% (66 casos) un 6.7% (20 casos) son menores de edad, el 7% son personas jubiladas (21 casos), el 2.3% (7 casos) son desempleados y el 1.3% (4 casos) trabaja y estudia. (Tabla 4, gráfica 4.)

TABLA. 4

OCUPACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Estudiante	66	22
Empleado	89	29.7
Hogar	93	31
Jubilado	21	7
Desempleado	7	2.3
Menor	20	6.7
Estudia y trabaja	4	1.3
TOTAL	300	100

Fuente directa.

GRÁFICA. 4



Ocupación

FUENTE DIRECTA.

De las 300 personas encuestadas el 91% (273) sí tenían cita y el 9% (27 casos) no. Sin embargo todas las personas recibieron atención dental. (Ver tabla 5, gráfica 5.)

TABLA. 5

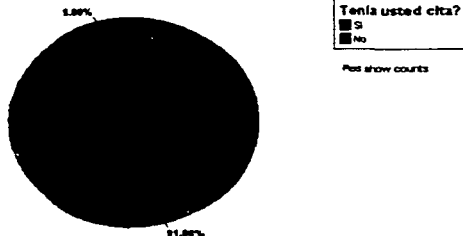
TENIAN CITA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
SI	273	91
NO	27	9
TOTAL	300	100

Fuente directa.

GRÁFICA. 5

¿TENÍA UD. CITA?

De 300 encuestas 273 personas si tenían cita y 27 no. Pero todas recibieron atención dental.



FUENTE DIRECTA

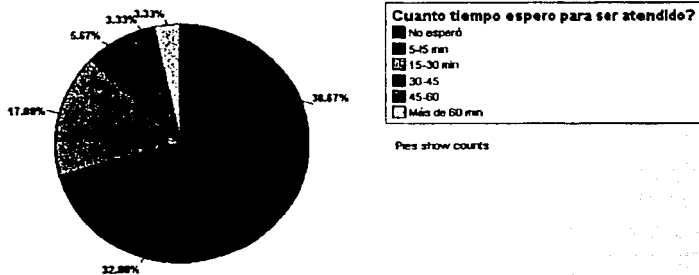
En las 300 encuestas realizadas el 38% (116 casos) no espera para ser atendido, el 32% (96 casos) espera de 5-15 min, el 17% (51 casos) espera de 15-30min, el 5.7%(17 casos) espera de 30-45min, el 3.3% (10 casos) espera de 45-60min, y en mismo porcentaje más de 60min. Por lo que el 70.7% de la población espera máximo 15 minutos para ser atendida. (Ver tabla 6, gráfica 6)

TABLA. 6

TIEMPO DE ESPERA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
No espera	116	38.7
5 - 15 min.	96	32
15-30	51	17
30-45	17	5.7
45-60	10	3.3
Más de 60	10	3.3
TOTAL	300	100

Fuente directa.

GRÁFICA 6
TIEMPO DE ESPERA



FUENTE DIRECTA

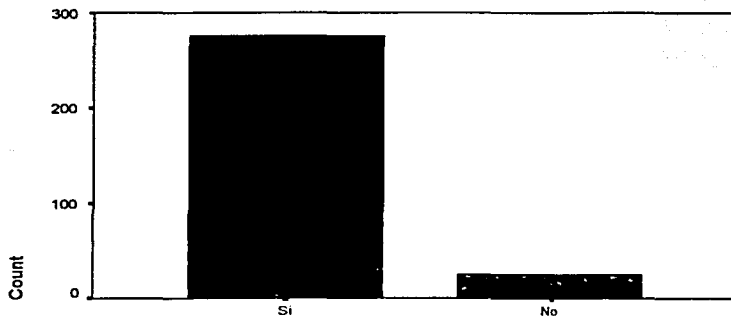
El 92% de la muestra afirmó que se le resolvió el problema por el cual solicitó el servicio, y al 8% no. (Ver tabla 7, gráfica 7)

TABLA. 7

SOLUCIÓN PROBLEMA	AL	No. DE CASOS	PORCENTAJE
SI		276	92
NO		24	8
TOTAL		300	100

Fuente directa.

GRÁFICA. 7



Le resolvieron el problema por el cual solicitó el servicio

FUENTE DIRECTA

De los 300 pacientes encuestados al 87.3% no le han repetido un tratamiento en un mismo diente en la institución, pero al 12.7% restante sí le han repetido el tratamiento de 1-5 veces, regularmente eran cementación de incrustaciones y mal ajuste de prótesis. (Tabla 8, gráfica 8).

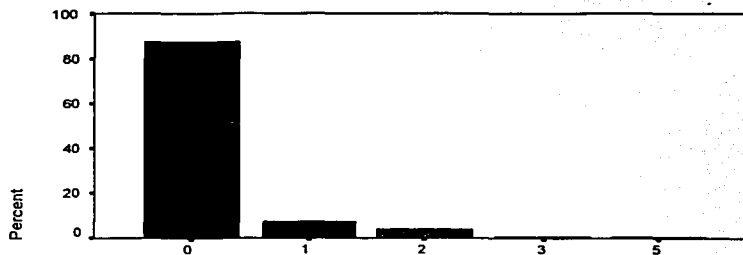
TABLA. 8 Repetición de tratamientos.

No. DE VECES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
0	262	87.3
1	22	7.3
2	12	4
3	2	.7
5	2	.7
TOTAL	300	100

Fuente directa.

GRÁFICA. 8

No. de veces



Le han repetido algún tratamiento en el mismo diente en esta institución

FUENTE DIRECTA

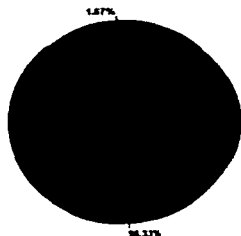
De la población estudiada el 98.3% contestó que los alumnos sí informan previamente, el tipo de tratamiento que les realizarán, mientras que el 1.7% indica, que no se les informa el tipo de tratamiento que recibirán. (Tabla 9, gráfica 9).

TABLA. 9 El alumno le informa que tipo de tratamiento le va a realizar.

RECIBE INFORMACIÓN	No DE CASOS	PORCENTAJE
SI	295	98.3
NO	5	1.7
TOTAL	300	100

Fuente directa.

GRÁFICA 9



El alumno le informe el tipo de tratamiento que le iba a realizar

- SI
- No

FUENTE DIRECTA

Evaluación de la atención odontológica desde la perspectiva del paciente en la F.O., U.N.A.M.

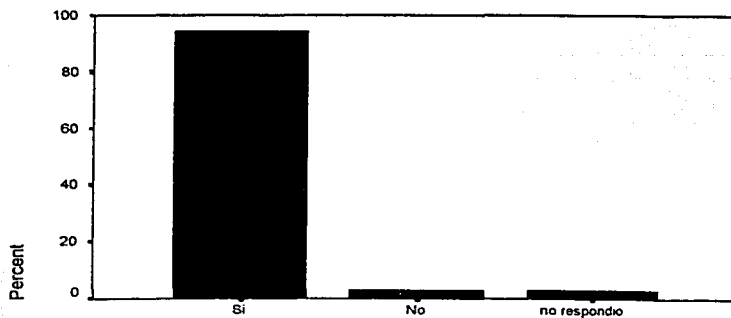
Del total de la población estudiada el 94.3% entiende las instrucciones que el alumno le da, el 3% no y el 2.7% de la muestra no contestó. (Tabla 10, gráfica 10)

TABLA. 10 Entendió las instrucciones que el alumno le dió.

ENTIENDE INSTRUCCIONES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
SI	283	94.3
NO	9	3
NO CONTESTÓ	8	2.7
TOTAL	300	100

Fuente directa.

GRÁFICA. 10



Entendió las instrucciones que el alumno le dió

FUENTE DIRECTA

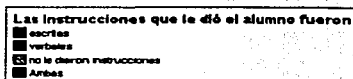
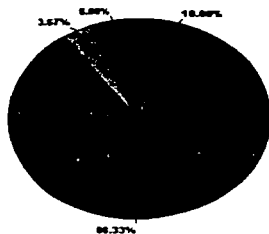
El 80.3% del total de la muestra refiere que recibe instrucciones verbales, en tanto el 10% son de manera escrita mientras que para el 6% son escritas y verbales y tan solo a un 3.7% no se le dieron indicaciones. (Tabla 11, gráfica 11)

TABLA. 11 ¿ Las instrucciones que le dio el alumno fueron?

TIPO DE INSTRUCCIONES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Escritas	30	10
Verbales	241	80.3
No recibió	11	3.7
Escritas y verbales	18	6
Total	300	100

Fuente directa.

GRÁFICA 11
Tipo de instrucciones



FUENTE DIRECTA

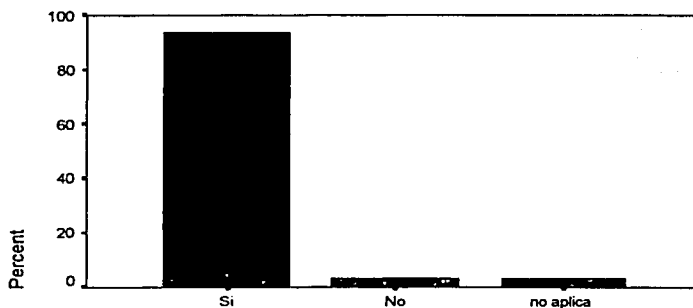
El 93.7% de los 300 casos estudiados respondieron que siguen las instrucciones que les da el alumno, el 3.3% contestó que no y el 3% no contestó. (Tabla 12, gráfica12).

TABLA. 12

SIGUE LAS INSTRUCCIONES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
SÍ	281	93.7
NO	10	3.3
NO CONTESTÓ	9	3
TOTAL	300	100

Fuente directa.

GRÁFICA. 12



Siguió las instrucciones que el alumno le dió

FUENTE DIRECTA

No aplica= no contestaron

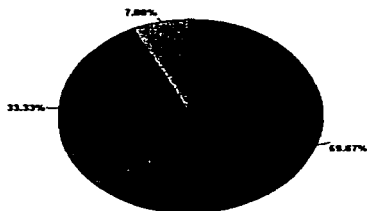
El 59.7% de los pacientes encuestados considera que los costos de los tratamientos son razonables, el 33.3% opina que es barato y el 7% que es caro. (Tabla 13, gráfica 13)

TABLA. 13 Cómo considera el costo de su tratamiento.

COSTOS DE TRATAMIENTOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Razonable	179	59.7
Barato	100	33.3
Caro	21	7
total	300	100

Fuente directa.

GRÁFICA. 13



considera que el costo de su tratamiento es

- razonable
- barato
- caro

Pie show counts

FUENTE DIRECTA

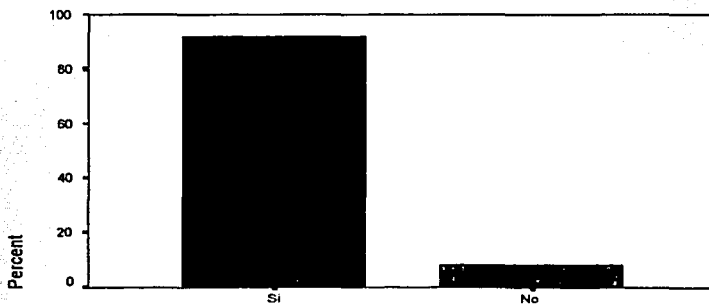
Entre los 300 pacientes estudiados el 92% quedó a gusto con el tratamiento que le realizaron y un 24% contestó que no. (Tabla 14, gráfica 14).

TABLA. 14 ¿Quedó a gusto con el tratamiento que le realizaron?

QUEDÓ A GUSTO CON EL Tx.	No. DE CASOS	PORCENTAJE
SI	276	92
NO	24	8
TOTAL	300	100

Fuente directa.

GRÁFICA. 14



Quedó agusto con el tratamiento que le realizarón

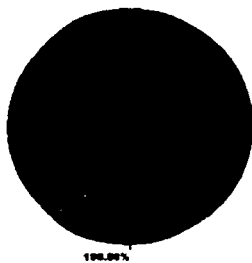
FUENTE DIRECTA

Se obtuvo como 100% el uso de guantes y cubrebocas por parte de los alumnos al atender a los pacientes encuestados. (Tabla 15, gráfica 15)

TABLA. 15

USO DE GUANTES Y CUBREBOCAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
SI	300	100

GRÁFICA. 15



SI alumno que lo atendió uso guantes y cubrebocas

Res show counts

FUENTE DIRECTA

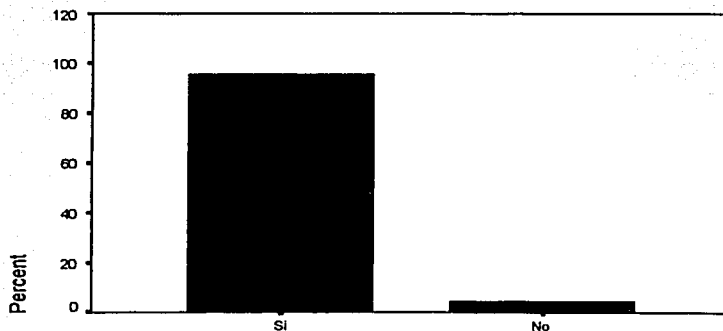
De los 300 pacientes encuestados el 95.7% indica que la unidad dental estaba limpia cuando recibió el servicio y el 4.3% refiere que no. (Tabla 16, gráfica 16)

TABLA. 16

UNIDAD DENTAL LIMPIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
SI	287	95.7
NO	13	4.3
TOTAL	300	100

Fuente directa.

GRÁFICA. 16



La unidad estaba limpia

FUENTE DIRECTA

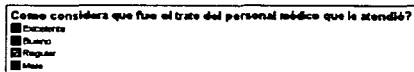
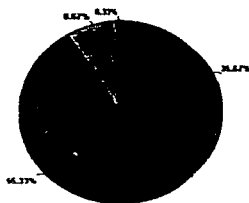
El trato que reciben, los pacientes encuestados contestaron el 55% como bueno, el 35.7% lo considera excelente, el 8.7% opina que es regular y el .3% opina que es malo. (Tabla 17, gráfica 17)

TABLA. 17 ¿Cómo considera que fue el trato del personal médico que lo atendió?

CALIFICA EL TRATO COMO:	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Excelente	107	35.7
Bueno	166	55.3
Regular	26	8.7
Malo	1	.3
TOTAL	300	100

Fuente directa.

GRÁFICA 17



Por show counts

FUENTE DIRECTA

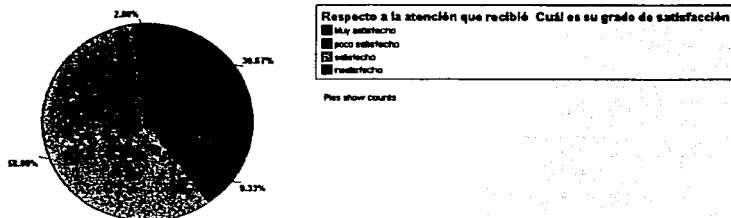
Con respecto al grado de satisfacción el 58% de la población atendida indica estar satisfecho con la atención, el 30.7% está muy satisfecho, el 9.3% poco satisfecho y el 2% insatisfecho. (Tabla 18, gráfica 18)

TABLA. 18 Grado de satisfacción con respecto a la atención.

GRADO DE SATISFACCIÓN	DE	No DE CASOS	PORCENTAJE
Muy satisfecho		92	30.7
Poco satisfecho		28	9.3
Satisfecho		174	58
Insatisfecho		6	2
TOTAL		300	100

Fuente directa.

GRÁFICA. 18



FUENTE DIRECTA

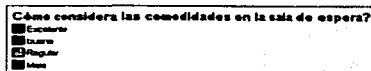
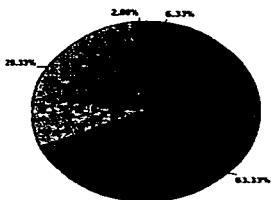
Las comodidades de la sala de espera la califica el 63.3% de los pacientes como buena, el 29.3% dice que es regular, el 5.3% la considera excelente y el 2% como mala. Varios pacientes hicieron la observación de que siempre están limpias las salas de espera, y los que la calificaron como mala se refieren a que no hay suficientes asientos para todos los pacientes. (Tabla 19, gráfica 19)

TABLA. 19 ¿Cómo considera las comodidades en la sala de espera?

La califica como:	No. DE CASOS	PORCENTAJE (%)
EXCELENTE	16	5.3
BUENA	190	63.3
REGULAR	88	29.3
MALA	6	2
TOTAL	300	100

Fuente directa

GRÁFICA 19



Plus show source

FUENTE DIRECTA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Revisión bibliográfica	4 febrero – 22 febrero
Elaboración de la entrevista	26 febrero – 1 marzo
Revisión de la entrevista	4 marzo – 6 marzo
Aplicación de la entrevista	12 marzo – 22 marzo
Selección de las entrevistas	25 marzo – 26 marzo
Captura de datos	1 abril – 2 abril
Interpretación de datos	3 abril – 4 abril
Revisión de la tesina	5 abril – 8 abril

10. DISCUSIÓN.

En la FES Iztacala en el año 2001 se realizó un estudio de la calidad en la atención, analizaron las clínicas, los jefes de las clínicas, los expedientes y a los pacientes y entre los resultados se encontró que el 60% de la población estudiada está satisfecha con la atención recibida y al 90% de la población se les resolvió el problema por el cual solicitó el servicio.

En 1998 la FES Zaragoza a través de un estudio evaluó el servicio en el Hospital Regional 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el área de Cirugía Maxilofacial, una de las preguntas de la encuesta se refería al trato que recibió el paciente y el 82% de la población derechohabiente considera que el trato fue de su agrado y el 89 % de la población estudiada indica que el servicio fue excelente.

Del estudio realizado en la Facultad de Odontología en el año 2002 se encontró que al 92% de la población encuestada se le resolvió el problema por el cual solicitó el servicio, el 90% indica que el trato que recibió fue de su agrado, y el grado de satisfacción con respecto a la atención corresponde al 88% de la población estudiada.

Por lo antes mencionado se puede decir que en las instituciones de educación superior se forman profesionistas capacitados en el campo de la salud, en este caso cirujanos dentistas para atender problemas bucodentales de la población con la finalidad de satisfacer las necesidades de salud de la comunidad, y otorgar un servicio de salud con calidad.

Dado que la institución es responsable de promover, mantener y preservar la salud bucodental, es conveniente realizar ejercicios de evaluación,

supervisar la atención para conocer las inconformidades del usuario y dar solución a los problemas impulsando así una cultura de calidad en los servicios de salud.

11. CONCLUSIÓN.

Con este estudio se conoció de la muestra estudiada el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a consulta a la Facultad de Odontología con respecto a la atención y tratamientos que reciben, con resultados positivos.

Se observó que los pacientes atendidos en su mayor parte son adultos jóvenes y amas de casa. El estudio nos indica que la escolaridad de la muestra es de nivel básico e intermedio, y aún habiendo personas con escolaridad de licenciatura, este nivel no influye en la educación dental, ya que la mayoría de los pacientes asiste al dentista sólo cuando tiene problemas.

En cuanto al costo del tratamiento la mayoría de los pacientes entrevistados lo considera razonable en relación con la consulta Odontológica privada.

A la mayor parte de la muestra estudiada se les resolvió el problema por el cual acudieron a consulta y opinan estar satisfechos con el trato, atención y tratamientos que recibieron. Además de que en las clínicas de la Facultad de Odontología se ofrece mayores opciones en los tratamientos.

En lo que respecta a la relación interpersonal en la mayoría de los casos hubo información del alumno al paciente en cuanto al tratamiento que le va a realizar, le dio instrucciones y el paciente las entendió y las siguió. Pero lo que más interesa al paciente, es la solución inmediata del problema.

Se debe poner mayor interés en el tiempo de espera para la atención y limpieza de la unidad dental, así como verificar que el paciente entienda y siga las instrucciones, por lo que se sugiere que éstas sean por escrito y no sólo verbales.

Ya que el éxito o fracaso de un tratamiento depende en parte de ello, y por que no siempre la calidad aumenta el costo del servicio, sino que puede ser que los errores cuesten más por falta de calidad.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

LIBROS.

1. CPEUM. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México, 1917.
2. Frenk J. Observatorio de la Salud. FUNSALUD, México, 1997.
3. Frenk J, Lozano R. et al. Economía y Salud: Propuesta para el avance del sistema de Salud en México. FUNSALUD, México, 1994.
4. Hernández-Zinzun G. La calidad de la educación Médica en México. Plaza y Valdés editores, México, 1997.
5. Ishikawa K. ¿Qué es el control de la calidad?, Editorial Norma, Colombia, 1998.
6. L.G.S. Ley General de Salud, México, 1984.
7. O.M.S. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946.
8. O.M.S. Vigilancia y evaluación de la salud bucodental, Ginebra, 1989.
9. O.N.U. Declaración universal de Derechos Humanos, 1948.
10. Polit H. Investigación científica en ciencias de la Salud. 6ª. Edición, Mc Graw Hill Interamericana editores, México, 2000.
11. P.R.S.S. Programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000). México, 1996.
12. Robbins, Stephen P. La administración en el mundo de hoy. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana, México, 1997.

REVISTAS.

13. Donabedian A. Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. Salud Pública de México, 1993.

14. Frank W.S.M, Verheggen M.H, La calidad de servicio en la atención a la salud: aplicación de resultados de la investigación mercadotécnica. Salud Pública de México, vol.1, no.1,1994.

15. Frenk J. Bases para la evaluación de la tecnología y la calidad de la atención a la salud. Salud Pública de México, vol.30, no.3, 1988.

16. Lara F.N. Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tláhuac, Distrito Federal. ADM, vol.57,no.5, 2000.

17. Nigenda G. Recursos humanos para la salud-cambios y tendencias recientes. FUNSALUD.

18. Ochoa-Quintana J, La satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Directivo médico, vol.7 no.2.

19. Quiroz L. Nuestro consultorio dental y la calidad total. P.O. vol.15.no.4.

20. Quiroz L, Nuestros pacientes y su percepción de calidad. P.O. vol.15 no.6

21.Ruelas-Barajas E, La necesidad de la calidad. FUNSALUD, vol.1 no.1.

22. Salinas O.C, Laguna C.J, La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. Salud Pública de México,vol.36, no.1.

23. Saucedo-Valenzuela A.M. Evaluación de un programa de monitoria de la calidad de los servicios otorgados por una organización no gubernamental. Salud Pública de México, vol.42, no.5.

ARTÍCULOS DE INTERNET. (Direcciones electrónicas.)

24. Camarena O.M.L. El proceso de calidad en los servicios de Salud.
<http://www4.nach.mx/difusion/synthesis/alv1n1/calidad.hatm#salud>

25. Doyle V, ¿Porqué es importante la garantía de calidad?
<http://www.liv.ac.uk/istm/hsrhome.html>

26. Fernández U.M.H. Los derechos humanos y la salud pública. <http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/revista/nuevas.html>
27. Landa C.Y. Sobre calidad en los servicios de salud. yadihera@yahoo.com
28. Narro R.J, Las nuevas prioridades de los servicios de salud. <http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/revista/nuevas.html>
29. Ruelas B. E. La garantía de calidad en las instituciones de seguridad social.
30. Calidad personal. <http://sites.netscape.net/directivomedico/index.html>
31. Fijación de estándares de calidad. <http://www.icas.net/publicaciones.htm>
32. La calidad de los servicios de salud y la ética profesional. <http://www.icas.net/publicaciones.htm>

ANEXOS.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE SEMINARIO DE
TITULACIÓN DE ODONTOLOGÍA
COMUNITARIA.

MTRA. MARÍA LUISA CERVANTES ESPINOSA

Coordinadora de la Clínica de Admisión

Presente

Por medio de la presente me permito solicitar atentamente su apoyo para la aplicación de un formulario a los pacientes en la clínica que tan acertadamente coordina, para la realización de la tesina "evaluación de la Atención Odontológica desde la perspectiva del paciente en la F. O., UNAM" trabajo que desarrollará la alumna C. SORIANO RODRÍGUEZ LIRIO LLUVIA misma que servirá para obtener el título de Cirujano Dentista.

Sin más por el momento y esperando contar con su apoyo, quedo de usted

Atentamente

" POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Cd. Universitaria, D. F. A 20 de marzo de 2002

LA COORDINADORA

DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

FOLIO _____

PROYECTO. "Evaluación de la atención odontológica desde la perspectiva del paciente en la F. O., U.N.A.M."

CUESTIONARIO.

INSTRUCCIONES: Por favor seleccione una de las respuestas y coloque el número en el paréntesis, los resultados son confidenciales y se utilizarán sólo con fines estadísticos.

1. EDAD. _____

2. SEXO

1 M 2F ()

3. ¿CUÁL ES SU GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS?

1analfabeta 2sabe leer y escribir 3primaria 4secundaria

5preparatoria/técnico 6 licenciatura especifique _____ ()

4. ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?

1estudiante 2empleado 3hogar 4jubilado 5desempleado 6otra _____ ()

5. ¿TENÍA UD. CITA?

1sí 2no ()

6. ¿CUÁNTO TIEMPO ESPERÓ PARA SER ATENDIDO?

1no esperó 2.-5-15min 3.-15-30min 4.-30-45min 5.-45-60min 6.-más de 60min. ()

7. ¿LE RESOLVIERON EL PROBLEMA POR EL CUAL SOLICITÓ EL SERVICIO?

1sí 2no ()

8. ¿LE HAN REPETIDO ALGÚN TRATAMIENTO EN EL MISMO DIENTE(S) EN ESTA INSTITUCIÓN?

No. de veces _____

9. EL ALUMNO LE INFORMÓ ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO LE IBA A REALIZAR?

1sí 2no ()

10. LAS INSTRUCCIONES QUE LE DIERON FUERON

1escritas 2verbales 3no le dieron instrucciones ()

11. ¿ENTENDIÓ LAS INSTRUCCIONES QUE EL ALUMNO LE DIO?

1sí 2no ()

12. ¿SIGUIÓ LAS INSTRUCCIONES QUE EL ALUMNO LE DIO?

1sí 2no ()

13. CONSIDERA QUE EL COSTO DE SU TRATAMIENTO ES:

1razonable 2barato 3caro ()

14. ¿QUEDÓ A GUSTO CON EL TRATAMIENTO QUE LE REALIZARON?

1sí 2no ()

Si su respuesta es NO explique ¿por qué?

15. ¿EL ALUMNO QUE LO ATENDIÓ USO GUANTES Y CUBREBOCAS?

1sí 2no ()

16. ¿LA UNIDAD DENTAL ESTABA LIMPIA?

1sí 2no ()

17. ¿CÓMO CONSIDERA QUE FUE EL TRATO DEL PERSONAL MÉDICO QUE LO ATENDIÓ?

1excelente 2buena 3regular 4mala ()

18. RESPECTO A LA ATENCIÓN QUE RECIBIÓ ¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN?

1muy satisfecho 2poco satisfecho 3satisfecho 4insatisfecho ()

19. ¿CÓMO CALIFICA LAS COMODIDADES EN LA SALA DE ESPERA?

1excelente 2buena 3regular 4mala ()

Si la respuesta es mala diga ¿por qué?

GRACIAS POR SU ATENCIÓN Y TIEMPO.