



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DESDE LA
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 67 DEL IMSS, CD. JUÁREZ, CHIHUAHUA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

PRESENTA

C. D. FERNANDO ROGELIO GRANADOS FLORES

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. MARÍA ISABEL DE JESÚS HERRERA

ASESORA DE TESIS

MTRA. MARÍA REBECA ROMO PINALES

CIUDAD DE MÉXICO, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

A mi familia, especialmente a mis hijos Azael y Gadiel, y a mi esposa, que me tuvieron paciencia y me dieron su apoyo para seguir adelante en la especialidad.

A mis maestros quienes siempre estuvieron ahí, aun y cuando las circunstancias no permitieron estar presente;

A los sinodales quienes revisaron mi tesis y la aprobaron;

A todos los que me apoyaron para escribir y concluir esta tesis.

Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues con su tiempo, dedicación y su esfuerzo se logró el objetivo.

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEÓRICO.....	5
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	39
JUSTIFICACIÓN	40
HIPÓTESIS	41
OBJETIVO GENERAL	41
Objetivos específicos	41
METODOLOGÍA.....	42
TIPO DE ESTUDIO.....	42
POBLACIÓN DE ESTUDIO	42
Muestra	50
Muestreo	50
Unidad de observación, medición y análisis	50
Criterios de Inclusión.....	50
Criterios de exclusión.....	51
VARIABLES	51
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.....	52
DISEÑO ESTADÍSTICO	55
RECURSOS.....	56
Recursos Humanos	56
Recursos Materiales	56
CRONOGRAMA.....	57
RESULTADOS.....	58
DISCUSIÓN	77
CONCLUSIONES.....	84
Recomendaciones.....	86
BIBLIOGRAFÍA	88
Anexo 1	96

INTRODUCCIÓN

La sociedad a través de la historia ha buscado mantener un estado de salud íntegro mediante los medios que crea necesarios, sean estos en atención privada o pública, teniendo en cuenta la salud como un estado de completo bienestar bio-psico-social y la cual se puede presentarse como una serie de complejas interacciones entre el individuo y su entorno; y su atención a la salud implica una respuesta a esta compleja situación. Debido a esta situación, emana la necesidad de que se efectúe el contacto entre el individuo y los servicios sanitarios como medio de abordaje a la demanda, donde deba existir un balance entre las necesidades individuales, las aspiraciones profesionales y los recursos disponibles.

Los cuidados a la salud los cuales ha buscado el hombre (como especie), han presentado numerosos cambios en tecnología, biología, fisiología, etc., y han sido utilizados para afrontar las necesidades de salud de la gente que vive en sociedad, la cual cambia rápidamente y con ella las necesidades y expectativas de estado de salud de mayor calidad. Todo sistema de salud tiene objetivos bien definidos que se orientan a ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes, por lo que la calidad en un sistema de salud implica que responda a las exigencias y necesidades de los usuarios. ¹

Conforme las ciencias aportan mayores avances a la mejora del estado de salud, la exigencia de los usuarios en los actuales escenarios es muy importante, especialmente por el rol que desempeña su percepción sobre la calidad y en donde las unidades de atención para la salud al identificar sus oportunidades y sus debilidades, constituyen una buena ventaja competitiva y de oportunidades para afrontar la demanda buscando una calidad de atención más elevada.

En el sector salud, uno de los grandes desafíos es el de alcanzar mejores niveles de calidad en los servicios, por lo que en instituciones públicas como privadas del sector salud existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; y para mejorarla, se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités y círculos de calidad; sistemas de monitoria, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros, precisamente para garantizar una atención adecuada hacia el paciente. ²

En este estudio la calidad de los servicios la evaluará el paciente, ya que es la persona indicada para describir la atención que recibió, e incluye aspectos relacionados con el proceso, la estructura y el resultado durante la atención recibida, donde a partir de los usuarios de la clínica No.67 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Cd. Juárez, Chihuahua, se obtendrá información sobre el nivel de satisfacción del usuario y con ello, facilitar la toma de decisiones en la mejoría del servicio otorgado.

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

MARCO TEÓRICO

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

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

La evaluación, es considerada como una herramienta de análisis sistemático y tiene como objetivo primordial, determinar la manera en la que se pretende alcanzar los objetivos que se hayan propuesto y qué pueda explicar las variaciones de los logros obtenidos y lo que se puede mejorar. La evaluación implica el análisis de los resultados, de tal manera que permita llevar a cabo modificaciones, con la intención de elevar de manera positiva y progresiva los resultados, cuales quiera que estos hayan sido. Es por tal motivo que la evaluación, ha tomado una importancia trascendental para fortalecer los servicios mediante la toma de decisiones en cualquier sector donde se aplique este instrumento, el cual define necesidades, contribuye a la supervisión de

actividades, identifica desviaciones de los procesos y mejora las actividades de planeación.

Un aspecto de carácter importante, referente a las evaluaciones en el sector salud, es que se han orientado hacia las funciones públicas, primordialmente en el ámbito de la prestación asistencial, lo que ha llevado a que estas evaluaciones pongan especial atención en medir el logro de los servicios y programas. Con el uso de indicadores simples, se ha medido el logro que alcanzan los llamados objetivos de estructura y proceso de los servicios, programas (disponibilidad de infraestructura y equipo, disponibilidad de personal de salud, cumplimiento de metas en la prestación de servicios) y su repercusión en dichos servicios y programas sobre ciertas condiciones de salud. Sin embargo, el cumplimiento de las metas de los servicios o los programas no es un sinónimo de mejoramiento de las condiciones de salud.

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

Servicios

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

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

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

Respecto de la evaluación de la calidad en los servicios de odontología en México, sobre todo en el ámbito público, existe literatura a nivel internacional, el cual puede otorgar un panorama referente al trabajo en el que consiste la evaluación de los servicios de odontología. La evaluación de la salud poblacional es una de las funciones esenciales de la Salud Pública, mediante monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud de la población. Las instituciones que conforman el Sector Salud han realizado diversos estudios para obtener información al respecto, y dentro de los aspectos a revisar en la evaluación de la calidad de atención dental, se encuentra la evaluación de la atención por parte del profesional odontólogo, tanto su forma de dirigirse al paciente (calidez) como la forma en desarrollar su actividad operativa (calidad); la higiene del consultorio; la fluidez en cuanto a los tiempos de espera para recibir consulta, los cuales son aspectos que en algunos de los estudios formales que se han llevado a cabo sobresalen, por lo que tomaremos como base estos puntos como primordiales para este estudio.

Propiedades de los servicios

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

- Los servicios, como se menciona anteriormente, son intangibles.
- Los servicios se prestan por única vez.
- Los servicios se producen y consumen de forma simultánea.
- En el proceso de prestación de servicio, el cliente juega un papel importante.
- Una vez prestado el servicio no se puede corregir.
- Para garantizar la calidad en la prestación del servicio hay que planificar la prestación de este con antelación.
- Deben establecerse responsabilidades concretas para satisfacer las características y expectativas del cliente.
- La prestación del servicio es muy personal, es decir, la calidad casi está determinada por un servicio que se presta de manera personal.
- La calidad en el servicio logra la satisfacción del cliente.
- En la prestación del servicio es difícil la estandarización, por lo cual existen muchas posibilidades de cometer errores.
- La prestación del servicio se caracteriza por transacciones directas.
- En esta prestación intervienen una cantidad elevada de procesos.
- La prestación del servicio se caracteriza porque en ella se realizan muchas transacciones.
- Existe una retroalimentación directa con el cliente en el momento de la prestación del servicio.
- Muchas veces la prestación de un servicio (algo intangible) está asociado o interviene con un bien tangible.
- La prestación no adecuada del servicio determina la pérdida inmediata de un cliente.

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

Servicios de Salud

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

Sistema Nacional de Salud en México

Marco normativo

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

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

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

Objetivos de los Sistemas de Salud

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los objetivos básicos, medulares, intrínsecos o finales de los sistemas de salud son tres: 1) Mejorar la salud de la población; 2) Ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y 3) Garantizar seguridad financiera en materia de salud. Se trata de objetivos intrínsecos en tanto que son deseables en sí mismos. La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar la salud. Esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante todo el ciclo de vida, lo que a su vez supone contar con un sistema de salud efectivo. ¹¹

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

1. Seguridad Social, las que prestan servicio a los trabajadores del sector formal de la economía, dan atención a sus derechohabientes: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, universitarios, estatales y otros.

2. Las que prestan servicios a la población sin seguridad social: Secretaría de Salud (SS), Seguro Popular de Salud (SPS), Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades.

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SS como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población de responsabilidad de la SS y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SS y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados).¹²

Para dimensionar el SNS en México y a los sectores aludidos, cabe señalar que el gasto total en salud representó en 2014 el 6.38 % del PIB, de dicho gasto el 47 % lo realizó el sector público y el 53 % el sector privado.¹³

El sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.¹⁴

Cobertura de los servicios

Para 2013, se estimó que el 21.5% de la población mexicana no tenía afiliación a ninguna institución público/privada. En el año 2012, el IMSS y el Seguro Popular abarcaron el 88 % de la población afiliada a los servicios de salud.¹³

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

Calidad

El concepto de calidad no es nuevo, ha sido una preocupación permanente y parece tan antiguo como la humanidad. Las antiguas civilizaciones del mundo eran ya rigurosas con los problemas de calidad. Así, por ejemplo, los fenicios, egipcios y mayas contaban con normas y leyes en relación a la calidad de los productos. Los egipcios tenían inspectores que comprobaban la perpendicularidad de los bloques de piedras y los mayas empleaban métodos similares. ¹⁵

La palabra calidad proviene etimológicamente del latín “*qualitas*” o “*qualitatis*”, que significa perfección. El diccionario de la Real Academia Española la define como «propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor». En esta definición se concibe a la calidad como un atributo o característica que distingue a personas, bienes y servicios. ¹⁶

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

«la mejora de la calidad se consigue con el control estadístico de todos los procesos». ¹⁷

Al hablar de particularidades y por sus implicaciones sociales y humanistas, representa el punto más complejo y delicado a resolver en materia de calidad.; ya que los errores y fallas que implican en el individuo como lo compara Malagón-Londoño entre la industria con los servicios de salud, señala que los primeros “se pagan con pérdidas de dinero, mientras que la segunda lo hace con pérdidas de vidas, aspecto de gravedad social y moral, que implica no sólo el desprestigio definitivo de la institución, sino su condena ética y penal”. ¹⁸

Fontalvo (2010) en una reseña acerca de la definición de calidad refiere que La International Standard Organization (ISO) la define como el conjunto de características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades del cliente. Asimismo que muchos autores definen la calidad desde diferentes perspectivas, en este sentido Juran (1990), concibe la calidad como “la adecuación al uso”, también la define como «las características de un producto o servicio que le proporcionan la capacidad de satisfacer las necesidades de los clientes». Deming (1989) propone la calidad en términos de la capacidad que se tiene para garantizar la satisfacción del cliente. Feigenbaum tiene una visión más integral de la calidad pues éste considera la necesidad de que exista una participación de todos los departamentos para garantizar la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes y Fontalvo en el 2010 la define como el conjunto de características inherentes de un bien o servicio que satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes. ¹⁹

Según Coronado (2013) diversos autores como Ishikawa quien menciona que el control de la calidad consiste en desarrollar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor. Crosby define «la calidad como un ajuste a las especificaciones y no

como bondad o excelencia», mientras que Juran la define como «aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias». ¹⁶

Calidad en los servicios de salud

En un contexto global, la calidad ha evolucionado en la misma medida que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección del siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la misma. En lo referente a los servicios de salud, las particularidades de estos recientes conceptos de calidad resultan aún más significativas, pues obligan a modificar y a adaptar sustancialmente los métodos y técnicas originados en la industria y la tecnología. ²⁰

La calidad en los servicios de salud es la totalidad de los rasgos y características de un servicio que se sustenta en su habilidad para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente, y cumplir con las especificaciones con la que fue diseñado. ²¹

La Organización Mundial de la Salud considera que en el concepto de calidad en los servicios de salud deben estar presentes los atributos siguientes: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos y mínimo de riesgos para el paciente. ²²

En México la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en su Capítulo II Artículo 48, establece que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas y a

recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. ²³

Durante las dos últimas décadas, la calidad del servicio se ha convertido en un área de especial interés para investigadores y gerentes, debido a su impacto en el desempeño de los negocios, la reducción de los costos, la lealtad del cliente y la rentabilidad. ²⁴

La administración de los servicios de salud obliga a los proveedores locales a competir por calidad, precio y satisfacción del consumidor, como medios para obtener beneficios y permanecer en el mercado. ²⁵

Anteriormente en nuestro país, las instituciones públicas de atención a la salud han utilizado mecanismos de control administrativos del ejercicio médico, cuyos efectos han sido contraproducentes sobre la calidad de la atención médica. Ello permite entender, porque el ejercicio de las profesiones dedicadas a la salud adquiere cada vez más la fisonomía de un procedimiento administrativo, que poco tiene que ver con los intereses de los usuarios de los servicios, y transforma al médico en un empleado burocratizado que ha perdido la orientación humanista de su quehacer diario y su actitud inquisitiva hacia el conocimiento. ²⁶

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

1. Calidad Técnica. Está centrada en el producto sanitario o “lo que se hace”. Aspectos a tener en cuenta son la competencia técnica del profesional y el procedimiento o técnica utilizada, es decir se refiere a la exactitud del diagnóstico médico y al ajuste a las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados. ^{27, 28, 29, 30}

2. Calidad del Servicio. Está enfocada en “cómo se hace”. Se relaciona con la manera en la cual el servicio es prestado al usuario, va dirigida a la satisfacción del paciente.^{31, 32}

Con frecuencia, el equipo médico da más importancia a la calidad técnica, mientras que la calidad del servicio, la resaltan más los usuarios. Sin embargo, es necesario reconocer que ambos aspectos tienen igual importancia en el otorgamiento de servicios de salud; los aspectos técnicos son indispensables para lograr una atención eficaz, eficiente y efectiva y no hay duda de que una buena relación usuario-proveedor, cimentada en el respeto mutuo, determina en gran medida resultados exitosos para la salud y la institución, además de mayor satisfacción de los usuarios.³³

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

El segundo enfoque sostiene que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina, en forma definitiva, su nivel de calidad. Esta definición es consecuente con la reportada en la literatura sobre calidad del servicio y vincula una visión personal y subjetiva de ella.^{29,34} Contribuyendo a identificar interrelaciones médico-paciente, eventos adversos que pudieran prevenirse y errores en la práctica médica; así como, a partir de los datos obtenidos, coadyuvar en la mejora de los sistemas de salud.³⁵

Calidad de la atención a la salud

En el contexto de la salud, existe evidencia del interés por la calidad en papiros egipcios, en el código de Hammurabi y en el tratado «La Ley» de Hipócrates, donde en todos estos casos, el buscar lo mejor para el paciente parece ser la esencia de la calidad en el ejercicio de la práctica clínica.²⁰

La calidad de la atención a la salud se definirá como el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos. Todos los otros factores, incluyendo costos monetarios, así como expectativas y valoraciones del paciente se consideran como obstáculos o facilitadores para alcanzar el estándar de calidad pero que no modifican el estándar mismo.³⁶

La notable finalidad de la diversidad de conceptos y definiciones de calidad es que todos los conceptos tienen como fin la satisfacción de quien recibe el servicio asistencial. Si la intención es satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios médicos, es indispensable obtener la información pertinente de parte de los pacientes sobre las necesidades e intereses que determinen el nivel de calidad que sugieran y se amerite.

La evaluación al ser considerada como un instrumento, nos permite tomar decisiones para mejorar el desempeño dentro de las actividades profesionales y para rendición de cuentas. Este procedimiento de análisis permite valorar la eficiencia, el progreso, los resultados y el impacto de un programa o servicios específicos.

Tal y como podemos apreciar en Aguirre (1997), la evaluación de la calidad en la atención médica, como definición menciona que es el *"Análisis metodológico de la situación en que se otorga la atención médica, que permita identificar las condiciones estructurales para su prestación, las características del proceso, conforme a los principios éticos, a las normas y conocimientos médicos vigentes y*

la utilización adecuada de la tecnología apropiada; el logro de los resultados previstos y la satisfacción de las expectativas de los usuarios, de los prestadores de servicios y de la institución".

La calidad en la atención de los servicios de salud, ha tomado un auge en la actualidad, derivado de la diversidad de esquemas de atención que han surgido, pasando por la atención pública y la atención privada, lo que ha propiciado que los usuarios de los servicios de atención médica, comparen los servicios que reciben en ambos tipos de servicio, generando una "competencia", la cual crea una situación donde se hace presente la evaluación, mediante la cual los usuarios determinan el grado de satisfacción que tienen en la atención recibida. Sin embargo, aun y cuando los avances tecnológicos aplicados en la medicina son de mucha ayuda para el diagnóstico y tratamiento, en muchas ocasiones, la atención se basa exclusivamente en la aplicación de la tecnología, dejando de lado la atención al aspecto humano (como individuo), lo que lleva en muchas de las ocasiones a que el paciente tenga una percepción de ser un objeto y no una persona, siendo una situación que afecte a los indicadores de evaluación de la atención, situación que merece tener en cuenta en el tema en cuestión.

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

La calidad en salud se define como la capacidad de un producto o servicio de adaptarse a lo que el paciente espera de él. Las razones básicas para ofrecer la calidad es la garantía de obtener el beneficio máximo para el paciente y la rentabilización de los recursos, dado que estos son limitados y la atención es muy costosa.³⁷

Por otro lado, la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO), de EUA, la define como “hacer las cosas correctas y hacerlas bien”.

Existen otros enfoques contemporáneos sobre la definición de calidad de la asistencia médica; para el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, la calidad de la asistencia médica «es el grado en que los servicios de salud a los individuos y a las poblaciones incrementan la probabilidad de alcanzar resultados deseados en salud, que se corresponden a su vez con el nivel actual del conocimiento profesional». Esta definición resulta muy completa al considerar tanto individuos como poblaciones y al vincular la calidad con el desarrollo científico técnico y su dominio por parte de los prestadores.³⁸

Sin embargo, la definición considerada clásica, es la de Avedis Donabedian experto en este campo, quien la definió como “*una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversas medidas*”.³⁹

Esa propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en dónde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes», menciona que consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica, de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios.

El autor señala dos características fundamentales de la calidad que están íntimamente enlazadas, la técnica y la interpersonal; en la primera considera la aplicación de conocimientos y técnicas para la atención a la salud y en la segunda, la relación que se establece entre los proveedores de servicios y los usuarios de

los mismos, ^{38, 39} sin dejar de considerar para ambas características, el contexto sociocultural donde se otorga el servicio. ⁴⁰

La evaluación en la calidad de los servicios de atención en salud, son una medida fundamental para mejorarlos, como podemos apreciar en Donabedian, se propone inicialmente el ciclo formado por estructura, proceso y resultados, los cuales dan a paso una identificación de la calidad de los servicios utilizando la eficiencia como un marcador primordial en la evaluación de satisfacción, incluyendo el aseo, instalaciones y la atención profesional.

Dimensiones en la calidad del servicio

El aporte con que más ha contribuido la literatura de la mercadotecnia en cuanto a las dimensiones de la calidad del servicio y a su medición es el de Parasuraman et al. (1985), que identifica diez dimensiones que representan los criterios que utilizan los consumidores en el proceso de evaluación de la calidad en cualquier tipo de servicio: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comunicación y comprensión del cliente. Posteriormente, en 1988 reagrupa los criterios de forma que los resume en cinco dimensiones: elementos tangibles (apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, etc.), fiabilidad (habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa desde la primera vez), capacidad de respuesta (disposición de ayudar y servir rápidamente a los clientes), seguridad (habilidades y conocimientos de los empleados para inspirar credibilidad y confianza) y empatía (atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes). ³⁰

Por otra parte, Vanormalingen en 1996 señala que el concepto de calidad en salud debe enmarcarse en 5 elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción e impacto final que tiene en la salud; sin embargo, la calidad de la salud no se reduce a uno o algunos de estos, pues necesariamente implica la integración de aspectos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos, de manera que todos ellos tienen como resultante la satisfacción de los usuarios. ⁴¹

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

A. Dimensiones

1. Estructura. Incluye los atributos materiales y organizacionales estables de los sitios en que se proporciona la atención, el conocimiento, la habilidad y los recursos del proveedor de servicios para diagnosticar y tratar apropiadamente las condiciones de salud del paciente y engloba los recursos humanos, materiales, tecnológicos y de organización de los lugares donde se proporciona la atención.
2. Proceso. Se refiere a todo lo que los médicos y otros proveedores de atención hacen por los pacientes. Se refiere al diagnóstico y la aplicación apropiada de las intervenciones terapéuticas, incluye todo lo que el personal de salud hace por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo realiza; considera también en este rubro lo que los propios usuarios hacen por ellos mismos.

3.-Resultado. Evalúa si los recursos profesionales y técnicos producen los efectos que se esperan en términos de salud o bienestar en el paciente, abarca los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado, buenos o malos; la satisfacción del usuario y del personal de salud; el conocimiento que se genera durante la atención para las personas que reciben los servicios y para los que lo otorgan, incorpora lo que se obtiene para el paciente, un resultado supone un cambio en el estado de salud, en conocimientos relacionados con la salud así como en comportamientos relacionados con la salud y en satisfacción del paciente. Es un aspecto del bienestar que la atención a la salud intenta promover. Ayuda a la participación activa del paciente. Constituye un juicio sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados. ^{31, 42}

B. Relaciones entre las dimensiones



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

Evaluación de la calidad

En México, la evaluación de la calidad de los servicios de salud, data de 1978, llevándose a cabo el *“Primer Seminario de Evaluación en el Sector Salud”*. Para 1981, la Coordinación de Servicios de Salud del gobierno federal, propone otorgar atención a la necesidad de evaluar de manera regular y coordinada los servicios y

programas del sector. Aún y cuando este llamado a unir esfuerzos, las instituciones tuvieron sus contratiempos realizando seguimientos y evaluaciones de manera individual, utilizando medidas e indicadores propios, lo cual dificultó realizar una comparación efectiva y consolidada referente de sus actividades y resultados, situación que se complicó, debido a una coordinación en la recopilación de datos en un sistema de información confiable y oportuno.

En el año 1983 se creó el Grupo Básico de Evaluación, el cual tenía como objetivo coordinar, y establecer los criterios e indicadores de evaluación que darían paso a mejorar los servicios otorgados por parte de las instituciones de salud y del sector en su conjunto. Este grupo quedó fue liderado por la SSA, y un representante del gobierno quedo a cargo como secretario técnico.

Un resultado de esta integración fue un modelo de atención conceptual y metodológica el cual se emprendió entre los años 1984 y 1988, obteniendo el modelo de evaluación de la calidad de atención.¹³ En el programa Nacional de Salud 1984-1988, quedo manifiesto la evaluación, donde se establecieron los lineamientos para el seguimiento y la evaluación que se llevarían a cabo durante ese mismo periodo. Transcurridos unos años, en 1989, se integró un cuadro básico de indicadores para fortalecer la evaluación de los servicios de salud, el cual perduró hasta mediados de los noventas, mediante la dirección general de estadística, informática y evaluación de la SSA.¹⁵

En 1995, el Consejo Nacional de Salud (CNS), se creó por decreto presidencial desde 1986, el cual tomó parte de las actividades de desarrollo y coordinación de las actividades de evaluación dentro del sector salud, creada como un organismo descentralizado para la coordinación entre federación, estados y el distrito federal, la cual llevaría a cabo planeación programación y evaluación de los servicios de salud en el país.

El decreto que dio origen al Consejo Nacional de Salud de 1995, publicado en el diario oficial de la federación el 27 de enero de 1995, menciona que entre las actividades que le corresponde al consejo nacional de salud destacan:

- 1) Unificar los criterios para el correcto cumplimiento de los programas de salud pública;
- 2) Darle seguimiento a las acciones derivadas del programa de descentralización, y
- 3) Apoyar la evaluación de los programas de salud en cada entidad federativa.

Puesto en marcha el consejo, para 1996, se definió una lista de 71 indicadores de resultado, con los cuales se les daría seguimiento a los servicios proporcionados de salud, así como sus actividades de regulación, de fomento sanitario, a los programas de salud de las entidades federativas y el Distrito Federal. Estos indicadores fueron cambiando en el transcurso del tiempo, ya que, en 1998 el mismo Consejo Nacional de Salud, volvió a revisar la lista de 71 indicadores y la reduciéndola a 46, de los cuales 38 son indicadores de daños a la salud, 4 son indicadores de productividad en salud pública y 4 más son indicadores de productividad de servicios personales de salud. Estos indicadores han permitido hasta la actualidad evaluar el desempeño de los sistemas estatales de salud del país.

La evaluación de la calidad de la atención en salud no reside en una persona, dispositivo o unidad en particular, sino en las interacciones entre todos los componentes del sistema, así como de la promoción de intereses profesionales por parte de los servicios de salud, en las orientaciones a la educación y en el

estímulo a la participación tanto de los integrantes del equipo médico como la corresponsabilidad de los usuarios. ⁴³

Cuando el juicio sobre la calidad toma en cuenta los deseos, expectativas, valoraciones y medios del paciente, podemos hablar de una definición “individualizada” de la calidad. ⁴⁴ Las características de los pacientes varían por la demografía, sociales y según la etapa de su enfermedad. Al incluir el costo monetario de la atención, equivale a decir que la capacidad de pago del paciente influye sobre el estándar de la calidad que trae aparejado un problema moral para el médico. Así, la definición absolutista de la calidad es moralmente neutral, mientras que la definición individualista no lo es. ³⁵

Existen una serie de factores inmersos en la calidad que podemos medir, y por lo tanto son susceptibles de evaluación. Entre ellos podemos destacar: ⁴⁵

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

El debate que genera la evaluación de la calidad de los servicios de salud gira principalmente alrededor de dos cuestiones: quién evalúa la calidad y bajo qué criterios se realiza este proceso. Históricamente, el establecimiento de normas para la evaluación ha sido responsabilidad del personal médico, pero en la actualidad la perspectiva del paciente aparece como un indicador significativo de la calidad del servicio en el área de la salud, y puede representar la perspectiva más importante. ³¹

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

46

Indicadores para la evaluación de la calidad

Los indicadores para medir la calidad son aspectos que, en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de la atención, han venido cobrando mayor trascendencia en salud pública. ^{47, 48} Si bien es cierto que existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es

consenso la relevancia de la visión de los usuarios sobre la atención, como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud. ⁴⁷

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

El conjunto de 57 indicadores de resultado que se presentan en el documento, cuya última revisión fue aprobada en septiembre de 2002 en el Consejo Nacional de Salud, da cuenta del desempeño de los sistemas estatales y nacional de salud de acuerdo a las siguientes dimensiones: condiciones de salud, disponibilidad y accesibilidad, calidad técnica e interpersonal, aceptabilidad, eficiencia, sustentabilidad y anticipación. ²⁶

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

Bases para la selección del indicador

- Validez causal: depende de la justificación científica para afirmar que un aspecto de la estructura se relaciona con un proceso, un proceso con un resultado y un resultado con un proceso específico.
- Pertinencia en relación con los objetivos de la atención. - Constituye posible y necesario determinar si los objetivos actuales de la atención son los que se debieron haber adoptado.
- Sensibilidad. - Es la capacidad de una medida para detectar posibles deficiencias en la calidad.
- Especificidad. - Es la capacidad de una medida para reflejar la calidad de la atención sin incluir al mismo tiempo los efectos de otros factores.
 1. Atribuible a la atención a la salud.
 2. Atribuible a los componentes de la atención.
- Inclusividad. - Es la capacidad de una medida para reflejar todos los componentes de la atención.
 1. Capacidad para reflejar la atención total
- Oportunidad. - Determina si una información está disponible y puede obtenerse rápido como para poder corregir las deficiencias detectadas en la atención.
- Nivel del costo o costo relativo. - Es la información que puede obtenerse de los expedientes individuales, informes o estadísticas siendo más barata que la información que requiere estudios especiales, interrogar, buscar o examinar pacientes. ³⁵

Esto sin duda representaría avances concretos para la evaluación de los servicios de salud, siendo que los pacientes constituyen una fuente esencial e incluso exclusiva en la información sobre accesibilidad o efectividad. ⁴⁹

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

Percepción del paciente

La percepción se podría definir como «la capacidad de organizar los datos y la información que llega a través de los cinco sentidos en un todo, creando un concepto, basado en la formación y experiencia de cada persona». La percepción del paciente en el cuidado a la salud es multidimensional, concepto que refleja las expectativas, los valores de los pacientes y sus experiencias.⁵⁰

Este tema es todo un desafío a la salud pública y los gestores y planificadores en salud, los dedicados a la academia, investigadores y usuarios en general. No existe un consenso claro sobre su significado y concepción, pero es evidente que refleja una visión diferente y estratégica de los servicios de salud. La definición de Pascoe sobre la percepción del paciente menciona que es «la comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria» es una de las más sencillas y aceptadas.⁴⁸

Percepción de la calidad de la atención

Actualmente la calidad se considera como una parte importante de la estrategia global de la empresa, en la que la opinión del paciente-usuario–cliente, tiene un papel central. La OMS (1981) definió el concepto de calidad referida a los servicios sanitarios como «la situación en que el paciente es diagnosticado y tratado correctamente según los conocimientos actuales de la ciencia, y según sus factores biológicos, con el costo mínimo de recursos, la mínima exposición de riesgos posibles de daño adicional y la máxima satisfacción para el paciente». Es

el paciente quien determina si un servicio es aceptable, por lo que es de vital importancia tener conocimiento de las necesidades, preferencias y valores que tienen respecto a su salud y de los servicios prestado a la hora de diseñar y mejorar la asistencia prestada. ²⁷

Históricamente la calidad de la relación médico-paciente ha sido considerada como un elemento muy influyente en el resultado de la atención sanitaria. En los últimos años se ha notado un cambio importante en las relaciones médico-paciente, consecuencia del enfoque de la sociedad hacia los consumidores. El efecto inmediato de ello es que el resultado de la atención en salud se mide hoy día en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también por su satisfacción con el resultado alcanzado. ⁵¹

La satisfacción del paciente se define como «el grado de concordancia entre las expectativas del usuario sobre la atención demandada y la percepción de la atención recibida, ¹⁸ es considerada como resultado de la atención, y es uno de los principales factores que contribuyen a mejorarla». ⁵² También es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye, producto de su encuentro e interacción con el servicio. ³

Otros autores la han definido como un resultado de la atención y como uno de los principales factores que contribuyen a una mejor atención del paciente y en consecuencia mejores resultados clínicos. ⁵² La satisfacción del paciente en el cuidado a la salud es multidimensional, concepto que refleja las expectativas, los valores de los pacientes y sus experiencias mismas. ⁵³ La interpretación de la satisfacción del paciente como una puntuación total es, por lo tanto, difícil de

analizar, ¹⁷ ya que este es un producto de sus experiencias y no está mediada por juicios de los servidores. ³

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

Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción del usuario, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquella abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones. ³⁵

Ante ello, se puede inferir que la práctica de la medicina exige una preparación no sólo técnico -científica de tipo instrumental, sino también humana, entendida ésta última, como la actitud del profesional puesta en el sujeto en el pleno desarrollo y bienestar de lo que es como persona. No se trata de visualizar al paciente desde

una mirada anatómico - funcional, sino social, espiritual; es decir, desde el desarrollo de lo humano. Legitimarlo como sujeto de derechos (de bienestar y desarrollo) y no como usuario (objetivo) de un servicio asistencial. ⁵⁴

La medición de la satisfacción es un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación. La valoración informal de la satisfacción en la interacción médico-paciente, es una guía sobre dicha atención. Referida a la calidad tiene limitaciones, ya que los pacientes comprenden de una manera incompleta la ciencia y tecnología de la atención. Además, a veces los pacientes esperan y exigen cosas que son incorrectas para que el profesional se las proporcione. Estas limitaciones no restan validez a la satisfacción del paciente como una medida de la calidad de la atención. ⁵⁵

Sin embargo, el crecimiento vertiginoso del interés por la calidad de la atención en México y en muchos otros países, cuyo origen es probablemente una mayor conciencia de que, en el mundo contemporáneo, la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y, para algunos afortunadamente también, de responsabilidad social y de integridad moral. ⁵⁶

La satisfacción del usuario también puede ser apreciada como relevante en las siguientes áreas: al comparar sistemas o programas de salud, al evaluar la calidad de los servicios de salud, y al identificar cuáles son los aspectos de los servicios relacionados a los cambios que se requieren para mejorar la satisfacción. ⁵⁷

Es por esto, que el evaluar la calidad de la atención desde la percepción del paciente es cada vez más común, donde a partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la institución que brinda los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. ⁵⁸

Un estudio realizado en Clínica Odontológica de la Universidad Cooperativa de Colombia, la satisfacción de los pacientes en relación a los servicios de salud recibidos, son elementos fundamentales en la medición de la calidad de la atención. Se calculó una muestra representativa de 188 pacientes, se encuestó aleatoriamente a los pacientes, quienes asistieron a la Facultad de Odontología. Resultados: de los 188 pacientes, 68,1% (128) fueron mujeres, la edad promedio fue de $34,04 \pm 9,71$ [20-76] años. El 68% asiste a la consulta por tratamiento de prótesis fija, 16,5 % prótesis removible, 14,4 % prótesis total y 1,1% blanqueamiento dental. El 100% de la población atendida informa que recibió un buen trato por parte del estudiante, docente y auxiliar de clínica. El 100% (188) de los pacientes consideró que fue solucionado su motivo de consulta. El 95,7 % de los pacientes volvería a consultar y el 99 % recomendaría el servicio de odontología. La opinión de los pacientes respecto a las instalaciones físicas fue buena en general para la higiene e iluminación 97 %, orden 96 % y ventilación 83%. La privacidad fue el único factor evaluado como malo (3,2 %). Conclusiones: los pacientes atendidos en la clínica integral del adulto quedaron satisfechos con la atención recibida y su motivo de consulta fue resuelto, consultaron principalmente por tratamiento de prótesis fija y parcial removible, la mayoría regresaría, recomendaría el servicio a otras personas y tienen una opinión excelente respecto a las relaciones interpersonales y buena en general en cuanto a la planta física, excepto por la privacidad. ⁵⁹

Estudios sobre la calidad de la atención percibida por los usuarios

Un ejemplo de las instituciones que otorgan el servicio de salud pública en México es el instituto Mexicano del Seguro Social, el cual cuenta con medidas propias para llevar a cabo evaluaciones en la calidad de la atención médica y estomatológica. Las primeras señales de la medición en calidad de atención dentro del IMSS, se dan desde 1956, que posteriormente dieron forma a las auditorías médicas. Esto se lleva a cabo mediante tres recursos implementados de

manera interna y determinados por las propias normativas que rigen a la institución, tales recursos consisten en una encuesta, la cual se desarrolla a través de su “Programa de Reconocimiento a la Atención de Calidad de Médicos, Estomatólogos y Cirujanos Maxilofaciales de Base y Confianza” (Sistema de organización de calidad y seguridad del paciente, IMSS, 2019), la contratación de personal externo , los cuales realizan encuestas de salida en los centros de atención de la institución (Desde 2009, el IMSS aplica en todo el país la Encuesta Nacional de Satisfacción a los Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos (ENSAT) con el fin de conocer la opinión de sus usuarios sobre la calidad del servicio. ¹⁷

La metodología de levantamiento fue diseñada por el IMSS con el acompañamiento de Transparencia Mexicana A.C. para la primera medición en 2009. En 2014 la metodología fue re- aprobada por el Instituto Nacional de Salud Pública y por último, el área de orientación y quejas, las cuales son personal de confianza de la institución, llevan a cabo encuestas que ayudan a medir y evaluar la calidad de los servicios que otorga la institución.

La atención del odontólogo hacia el paciente, referente a situaciones como el contacto de vista, saludar al paciente, preguntar sus estado general de salud, y la evolución de su situación de salud dental, son aspectos que los paciente refieren tomar en cuenta a la hora de entrevistarse con el odontólogo; en muchos casos se produce una fenómeno en el cual el odontólogo realiza una vista de túnel, lo cual consiste en enfocarse solamente a un aspecto que el paciente refiere y en el cual el odontólogo centra su atención sin tomar en cuenta los demás aspectos mencionados anteriormente, en el artículo denominado “Calidad técnica y percibida del servicio de operatoria dental en una clínica dental docente”, hace mención de manera general, que esta percepción dental fue buena, en cuestión de calidez y atención dental, con un sistema de calificación basado en las siguientes

respuesta; Excelente, Muy bueno, Bueno, Regular, Malo, Muy malo, Pésimo, siendo el de regular las más aceptada, dándonos una percepción de que este punto generalmente está bien evaluado; sin embargo habrá que realizar una encuesta al interior del servicio de odontología en el IMSS, para determinar este grado de atención. ¹⁸

El tiempo de atención, es un punto en el que los pacientes refieren una insatisfacción, debido a que a menudo refiere que tiene que esperar tiempos de hasta 40 minutos por paciente, siendo este una evaluación que afecta en gran medida la calificación otorgada al servicio dental, normativamente dentro del IMSS, le tiempo es de 20 minutos por paciente, sin embargo, hay procedimientos que ocupan más tiempo, debido a los tiempos de anestesia, las complicaciones que pueden presentarse como el tiempo de procesar la amalgama, o de un fractura de órgano dentario al realizar una extracción, llevan tiempos reales de 30 minutos, considerando la atención en cuestión de la interacción verbal con el paciente. Podemos ver una investigación realizada por el Maestro Carlos Navarrete, ¹⁹ donde realiza un censo para determinar los tiempos de atención en una institución pública, donde a manera de conclusión, determina que 20 minutos, es suficiente para un procedimiento, cuando hay asistente, y 40 para una sesión por cuadrantes, siendo esto un problema para el paciente, ya que entre menos tiempo se otorgue en la consulta, mayor serán el número de citas para poder dar de alta un paciente, esto causa frustración y sensación de malestar en los pacientes, afectando los resultados de calidad en la consulta dental de las instituciones públicas.

En el municipio de Santiago de Cuba, se evaluó la calidad de la atención médica integral, fue un estudio basado en la estructura de los mismos centros, en donde el autor utilizó cuatro criterios: 1. La dotación de Centros de Medicina Familiar. 2. La cobertura médica. 3. La cobertura de enfermería. 4. El equipamiento completo

de los Centros de Medicina Familiar. Obteniendo como resultado a partir de la percepción de la atención a los trabajadores lo siguiente: los tres primeros criterios de evaluación son calificados como de manera adecuada, sin embargo, en el equipamiento no se percibe así; por lo que este resultado sin duda será de gran importancia en la toma de decisiones en cuanto a la estructura e inversión en los Centros de Medicina Familiar. ⁶⁰

En la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Perú, Jacinto (2008) realizó un estudio en una muestra de 100 pacientes entre 20 y 89 años de edad, donde mostró que la percepción en relación a la calidad de la atención odontológica recibida fue buena en un 56.5 %. Sin embargo, los datos obtenidos acerca de la percepción de mala calidad fueron en el 21.8 % de los pacientes. ⁶¹

Romero en el 2008 en Perú, analizó la percepción del paciente en las dimensiones interpersonal y de entorno acerca de la calidad de la atención que brinda la enfermera en el servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, la muestra estuvo conformada por 60 pacientes entre 20 y 80 años, de los cuales el 28.3 % percibe la atención como de buena calidad y el 25 % tiene una percepción desfavorable, principalmente en la dimensión interpersonal. El 26.7 % de los individuos percibe una buena calidad, en relación a un entorno favorable. El 53.3 % de los pacientes evaluó de buena calidad, mientras que el 3.3% de mala calidad. En la dimensión interpersonal resultó un 35 % de buena calidad. En la dimensión del entorno el 41.7 % de la muestra la percibió de buena calidad y el 13.3 % de muy buena calidad. ¹

Otro estudio en el cual se analizó la calidad de la relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México en general se encontró un alto grado de satisfacción con la atención médica. No obstante, los pacientes hospitalizados

percibieron como inadecuado el trato cotidiano (no clínico) del personal médico y de enfermería del hospital, relacionado con la falta de confianza para solicitar información acerca de su padecimiento. El uso excesivo de tecnicismos por parte del prestador de servicios reforzó esta percepción de trato inadecuado.

La percepción del trato inadecuado por el personal de salud fuera del ámbito técnico mostró que la efectividad clínica no significa una plena calidad de la atención y que es necesario incorporar las necesidades y expectativas de trato no clínico de los pacientes a la eficiencia técnica y científica.⁶²

Se han realizado estudios encaminados a evaluar la calidad de la atención médica percibidos directamente en usuarios de nuestro país, como el llevado a cabo por Ramírez-Sánchez y colaboradores, quienes encontraron que el porcentaje más alto de percepción de buena calidad se presentó entre los usuarios que acudieron a las instalaciones privadas (90 %), seguido de las personas que acudieron a la Secretaría de Salud (82 %), a otras instituciones públicas (81 %), y por último los usuarios que recibieron atención en servicios de seguridad social (73.5 %) que obtuvieron la percepción más baja de calidad de la atención.⁶³

López en el año 2012 realizó una investigación en una muestra de 236 individuos entre 18 y 84 años que asistieron a consulta en la Clínica Odontológica de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia que fueron atendidos por los alumnos del Master de “Odontología Clínica Individual y Comunitaria”, en donde observó que los pacientes presentaron niveles de satisfacción buenos en relación con la asistencia odontológica recibida y los resultados fueron superiores en las personas de más de 65 años de edad, que en las del rango de 36 a 65 años.²⁹

Dentro de los indicadores más importantes que califica este programa están la evaluación de la calidad técnica de los profesionales de la salud bajo estándares convenidos; el monitoreo de la satisfacción de los usuarios a través de los Avaless Ciudadanos; la revisión periódica de los expedientes clínicos; la vinculación con hospitales públicos de mediana y alta complejidad para la seguridad del paciente; la implementación de un programa de uso racional de medicamentos y la Acreditación de Unidades Médicas.⁶⁴

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

En conclusión la satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerada por Donabedian 1982, como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cubrir las necesidades de los pacientes o usuarios.⁵⁵

En este sentido, se considera que los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud.⁶⁵

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

muestran igualdad, limitan la comunicación y hay una limitada confianza entre paciente-odontólogo.²

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

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La calidad de la atención es un tema de interés universal, es muy importante para evaluar los servicios de salud, y por ende la odontología no se queda atrás, por lo tanto, en la presente investigación que se realizó en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 67, con sede en Cd. Juárez Chihuahua; se analizará la calidad de atención al paciente, basándonos en distintos elementos que se pueden evaluar. Las dimensiones más amplias según Donabedian son la estructura, el proceso y el resultado.³⁸

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

¿Cuál es la percepción que tiene el paciente acerca de la calidad de la atención odontológica que se brinda en la Unidad de Medicina Familiar No.67 del Instituto Mexicano del Seguro Social?

JUSTIFICACIÓN

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

La evaluación de la calidad siempre ha estado basada en la aplicación de normas profesionales estandarizadas; por lo que al evaluarla a través de la percepción del paciente, es posible obtener de los usuarios un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, con lo cual se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios para cubrir sus necesidades y expectativas, y que de esta forma, se mejore la atención otorgada en esta clínica. Conforme a la percepción de los pacientes, se podría mejorar la toma de decisiones a partir de indicadores obtenidos; representando incluso, una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios, que ofrecen beneficios a un costo relativamente bajo, aunado a la revisión de los aspectos sobresalientes que brinden una adecuada atención y de esta manera garantizar un servicio de calidad que trascienda de manera positiva en la salud del paciente y la satisfacción del usuario. ⁶²

En el área de odontología se encuentran diferentes instituciones y escuelas que llevan a cabo controles de calidad y evaluación, sin embargo, sigue habiendo deficiencias como materiales de mala calidad, falta de mantenimiento de equipo, falta de personal para la atención odontológica, etc., estas situaciones y algunas otras han derivado en la importancia de continuar en la investigación, para alcanzar el 100 % de la calidad en el servicio. ⁶¹

HIPÓTESIS

La percepción que tiene el paciente acerca de la calidad del servicio odontológico brindado en la Unidad de Medicina Familiar No.67, del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el año 2019, **estará en relación con la edad, sexo, estado de convivencia, escolaridad, ocupación y nivel de ingreso familiar.**

OBJETIVO GENERAL

Identificar la percepción que tiene el paciente acerca de la calidad del servicio odontológico brindada en la Unidad de Medicina Familiar No.67 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el año 2019 con relación a **la edad, sexo, estado de convivencia, escolaridad ocupación y nivel de ingreso familiar.**

Objetivos específicos

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

3. Analizar la relación entre la percepción de la calidad de la atención del paciente y las variables edad, estado de convivencia, escolaridad, ocupación y nivel de ingreso familiar.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, Prolectivo, Transversal y Analítico

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Los sujetos de estudio fueron 120 pacientes de 18 a 75 años, usuarios de los servicios odontológicos de la Unidad de Medicina Familiar No.67 del Instituto Mexicano del Seguro Social en cd. Juárez, Chihuahua, la clínica se ubica en Av. Santos Dumont NO. 654, Colonia Jardín Panamericano, 32320 entre Carretera panamericana y Boulevard Oscar Flores.

Características del Municipio de Juárez

Historia

Ciudad Juárez es una ciudad de México situada en el norte del país, en el estado de Chihuahua, a orillas del Río Bravo. Al otro lado del río, en territorio estadounidense, se encuentra la ciudad de El Paso (Texas).

Originalmente llamada Paso del Norte, recibió su actual nombre en 1888 en honor a Benito Juárez, quien se refugiara en la ciudad durante la Segunda Intervención Francesa. Juárez es junto a la ciudad de Chihuahua, una de las ciudades del norte

del país con mayor relevancia histórica para la nación; por ejemplo, la ciudad ha sido en más de una ocasión la capital provisional de la República bajo los mandatos de los presidentes Benito Juárez, Francisco I. Madero y Venustiano Carranza, e igualmente, cuartel del General Francisco Villa.

Se le realizó una designación de “Heroica Ciudad Juárez” la cual se hizo por una petición del gobernador del estado de Chihuahua César Duarte Jáquez, la cual fue aprobada en 2011 por el Congreso del Estado de Chihuahua, debido al importante papel que jugó la ciudad en la Revolución mexicana, principalmente durante la Revolución Maderista; e igualmente, siendo aprovechado el centenario de la toma de Ciudad Juárez, para resaltar la gran importancia histórica de la ciudad a nivel nacional e internacional, en atención al incremento de la inseguridad en la urbe. ⁶⁶

Población

Históricamente el acontecer demográfico de Ciudad Juárez se ha caracterizado por altos niveles de crecimiento poblacional producto, principalmente, de la constancia con que han llegado inmigrantes a esta ciudad. Algunas de las tasas de crecimiento más altas que se han presentado en el México contemporáneo le corresponden a Ciudad Juárez. Tan sólo durante el periodo transcurrido entre 1940 y el 2000, la cantidad de habitantes pasó de poco más de 55,000 personas a más de 1.2 millones. Este proceso se tradujo en tasas de crecimiento promedio anual tan altas que rondaron el 9% en la década de los cuarenta y por encima del 4% en los noventa, decenio en el que el monto de la población se incrementó en casi 425,000 nuevos habitantes. ⁶⁶

En la actualidad, su población es de 1 428 508 habitantes, según el informe de Plan Estratégico de Juárez 2019, es la mayor ciudad del estado de Chihuahua y la octava zona metropolitana más grande de México. ⁶⁶

Geografía

Cd. Juárez, es una ciudad y uno de los 67 municipios del Estado de Chihuahua. Se localiza al en el norte del país, a orillas del Río Bravo. Ciudad Juárez se encuentra ubicada en las coordenadas geográficas 31°44'22"N 106°29'13"O y a una altitud de 1,120 metros sobre el nivel del mar, está localizada en el punto donde la frontera entre Estados Unidos y México deja de ser señalada por el río Bravo. Su extensión territorial es de 321.2. ⁶⁶



Durante el conflictivo siglo XIX con las guerras de Independencia, de Reforma y las intervenciones, esta ciudad siempre estuvo presente. Durante la intervención francesa y el llamado Imperio de Maximiliano de Habsburgo, el presidente de la República Benito Juárez acosado por el ejército francés busco refugio aquí en agosto de 1865, en donde permaneció hasta que le fue posible retornar a la ciudad de Chihuahua en franco triunfo de la República en 1867.

Como justo homenaje al momento tan difícil que tuvo México cuando Juárez permaneció en el Paso del Norte en el año de 1889, el Congreso del Estado

decidió mudar el nombre de la antigua villa de Guadalupe del Paso del Norte por el actual de Ciudad Juárez. ⁶⁶

Hidrografía

Las fuentes de agua con que cuenta el municipio proceden del río Bravo, a él fluyen las aguas orientales de la entidad, La cual se suministra por temporada, ya que el nacimiento del río se encuentra en los Estados Unidos de Norte América y que mediante un tratado binacional aún sigue proporcionando agua a la región, dando forma a los canales de riego denominados Acequia Madre y Acequia del Pueblo, que atraviesan la ciudad y tienen ramales en el área agrícola. En la Sierra de Juárez, los escurrimientos pluviales más importantes los forman los arroyos de El Indio, Víboras y Colorado, que se ubican al extremo noroeste y El Jarudo que se localiza al suroeste. ⁶⁶

El municipio cuenta con dos depósitos o mantos de aguas subterráneas: los llamados "Bolsón del Hueco" y "Bolsón de Mesilla". El primero constituye la fuente única del actual abastecimiento de ciudad Juárez.

Clima

Semidesértico; con una temperatura máxima de 45°C. y una mínima de -23°C. La precipitación pluvial media anual es de 275 milímetros, con una humedad relativa del 40%. Los vientos dominantes provienen del noroeste.

Fauna

Lobo mexicano, carpita de Chihuahua, rana, lagarto alicante, perrito de las praderas y nutria de río. En los matorrales: zorra del desierto, víbora de cascabel, tortuga del desierto y rata canguro; rata y ardilla de tierra y voladora, murciélago, musaraña desértica y de montaña y tecolote. En los pastizales: zorrillo, borrego

cimarrón y puma. Animales en peligro de extinción: ratón de campo, oso negro, musaraña de Arizona, cotorra serrana occidental, bisonte americano y coyote. ⁶⁶

Fauna nociva

Existen diversos tipos de araña, como la viuda negra, araña violinista y alacranes, siendo las dos primeras, junto con la víbora de cascabel, la fauna más nociva que presenta la ciudad; la presencia de roedores como la rata, también tiene presencia en la zona centro, donde el sistema de alcantarillado y drenaje es más viejo y se presenta para estas condiciones de insalubridad.

Demografía

Volumen poblacional y sexo	Total de habitantes	Estado de Chihuahua	Cd. Juárez	Población adscrita a la UMF no.67
Total de habitantes	119,938,473	3,556,574	1,391,180	101,083

Fuente: UMF 67

MUNICIPIO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Juárez	700,041	691,139	1,391,180

Fuente: UMF 67

Los Municipios de Cd. Juárez y Chihuahua son en los cuales se concentra el 63 % de la población total del Estado y muestra dispersión de la población sobre todo en la zona serrana, con predominio población indígena. La población es atendida por los Servicios de Salud e IMSS Prospera. El estado de Chihuahua cuenta con 247, 55 kilómetros cuadrados, dividido en 67 municipios, de los cuales muestran mayor densidad por kilómetros cuadrados Delicias, Juárez, Meoqui, Chihuahua y Parral. Estos cuentan con Unidades de Medicina Familiar y Hospitales para garantizar el acceso a los servicios de salud de nuestros derechohabientes.

En Chihuahua, 3 de cada 100 personas de 5 años y más, hablan lengua indígena, considerando que existen para una misma lengua más de 3 sinónimos de nombre. Esta problemática va acompañada de dificultad de acceso a los servicios por el lenguaje. Existen personas que migraron al estado de los estados del Sur del país, por lo que se encuentran lenguas Mixtecas y náhuatl.

En Ciudad Juárez la población se encuentra distribuida mayormente en gente joven y representa una comunidad con características de población migrante, existiendo un porcentaje importante de población soltera y de matrimonios jóvenes los cuales entran en la dinámica del de ciclo de la familia, esto induce un desarrollo de sistema familiar lo cual permite crecimiento y madurez, pero considerando una porción que termina en divorcio por incompatibilidad de caracteres. Existe un incremento en las mujeres viudas por violencia de los últimos años en la comunidad. ⁶⁷

La Unidad de Medicina Familiar No. 67 del Instituto Mexicano de Seguro Social, presenta las siguientes características poblacionales:

La población de la unidad es predominantemente obrera, que habita en la zona sur de la ciudad, hacia donde se ha extendido la mancha urbana, aunque también comprende las zonas suburbanas donde no hay todos los servicios de urbanización, ahí habitan familias asentadas, cerca del Km. 30 de la salida al sur del estado, donde no cuentan con servicio de drenaje, agua potable, pavimentación, alumbrado público. En algunos casos tienen luz eléctrica de manera irregular.

Otro tipo de vivienda que encontramos en nuestra población, son casas de fraccionamientos de reciente creación, que cubren los requisitos de una vivienda digna, aunque en espacios muy pequeños que favorecen el hacinamiento, sobre todo de familias que vienen del sur del país y que se reúnen para convivir en el mismo techo hasta dos o más de estas.

**Unidad de Medicina Familiar No. 67, del Instituto Mexicano del Seguro Social,
Cd. Juárez, Chihuahua.**

Nuestra unidad, inicia sus actividades el día 29 de agosto del 2002, con 5 consultorios, posteriormente abrieron 3 más a partir del 2004, así como los departamentos de enfermería materno infantil, prestaciones económicas salud en el trabajo en turno matutino, atención medica continua en dos turnos de lunes a viernes, un, un quirófano donde se lleva a cabo el programa de cirugía ambulatoria y el departamento de trabajo social con un turno y una trabajadora social.

En el año 2005, se abren 2 consultorios más, quedando ahora ya completo en número de consultorios para los que fue diseñada la unidad, se inicia la atención medica continua las 24 horas, los 365 días del año, el día 1º de junio de ese año, inicia actividades el servicio de medicina física y rehabilitación, en 1er. nivel atendiendo las 10 causas de morbilidad más frecuente que requieren de este servicio para los derechohabientes de la unidad, en esta plantilla se incluye una trabajadora social de 8 horas. en turno matutino. En el 2008 se agrega la consulta del sábado iniciando con 5 consultorios en ambos turnos los cuales siguen hasta la fecha operando. ⁶⁷

Actualmente el departamento de estomatología cuenta con 3 estomatólogos, 2 en turno matutino y uno en turno vespertino, los cuales dan atención a la derechohabencia que corresponde a los 20 consultorios de medicina familiar que existen en la unidad, apoyados por el departamento de estomatología preventiva, de la cual está encargado personal de pasantía, y que trabajan el aspecto preventivo, como platicas, visitas a escuelas públicas y centro de trabajo, así como sesiones mensuales con los pacientes diabéticos y embarazadas. ⁶⁷



Fuente: UMF No.67

Programas que se aplican en la Clínica

- Atención Primaria a la Salud
- Supervisión y evaluación de los prestadores de servicio
- Control prenatal
- Control del niño sano
- Detección de cáncer cérvico uterino y mamario
- Control de hipertensión arterial sistémica
- Atención integrada de maloclusiones

-Detección y seguimiento del paciente diabético

-Mejora de la calidad de la educación

- Atención clínica por parte de los alumnos de la Carrera de Cirujano Dentista.⁶⁷

Muestra

120 pacientes de 18 a 75 años que recibieron tratamiento odontológico en la Unidad de Medicina Familiar No. 67, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez, Chihuahua

Muestreo

No se hizo muestreo probabilístico. Por conveniencia se aplicaron 120 cuestionarios a pacientes que cumplieran criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de observación, medición y análisis

Los usuarios de los servicios odontológicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 67, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez, Chihuahua.

Criterios de Inclusión

- Usuarios subsecuentes de los servicios para la atención médica de la Unidad de Medicina Familiar No. 67, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez, Chihuahua.
- Usuarios con edades de 18 a 75 años.

Criterios de exclusión

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

VARIABLES

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

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

La definición operacional de las variables, así como la escala de medición, indicadores y categorías se muestran en el cuadro siguiente:

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN DE LOS INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Percepción que tiene el paciente de la calidad de la atención dental	Es la interpretación por parte del paciente con respecto al servicio que se le brinda. ⁶⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad • Entorno • Eficiencia • Relación interpersonal • Eficacia • Satisfacción del usuario 	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Muy poca calidad • Poca calidad • Regular calidad • Buena calidad • Muy buena calidad
Edad	Número de años cumplidos al momento de la observación	Grupo etéreo	Cuantitativa Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 18 - 35 años • 36 –y más años
Sexo	Individuo con características fenotípicas al sexo femenino o al sexo masculino	- - -	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino
Estado de convivencia	El individuo vive solo o vive acompañado	Estado de convivencia	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Solo • En familia
Escolaridad	Grado de educación formal	Socioeconómica	Cualitativa ordinal	Profesional Preparatoria Nivel técnico Secundaria Primaria o menor
Ocupación	Actividad laboral a la que se dedica una persona		Cualitativa Nominal	Profesional Empleo especializado Obrero calificado Empleado medio Obrero Comercio en pequeño Subempleo
Nivel de ingreso familiar	Cantidad mínima mensual que debe recibir un trabajador por los servicios realizados		Cuantitativa discreta	> cinco salarios mín. 4-5 salarios mínimos 2-3 salarios mínimos 1 salario mínimo

Definición de las dimensiones de los indicadores

Accesibilidad. Es el grado de facilidad que tiene el usuario para establecer una relación con el servicio de salud donde requiere ser atendido.⁶⁵

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

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

Relación interpersonal. Es la interacción y comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud, en el cuál debe existir confianza, respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información, lo que influye en la satisfacción del paciente.⁵⁵

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

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

Procedimientos de recolección de información

Al inicio del proyecto se contactó con el Jefe de la Unidad de Medicina Familiar No. 67, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez, Chihuahua, para poder asistir a la clínica y realizar las encuestas a los pacientes que estaban recibiendo tratamiento en el servicio odontológico por parte de los alumnos que

cursan la especialidad de Atención Primaria en Estomatología, de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. El estudio fue ejecutado durante 8 semanas en el turno matutino, en un horario de 8 a 14 Hrs. La recolección de datos se llevó a cabo a través de un cuestionario que los pacientes que habían tenido por lo menos una consulta previa debían contestar; y se les aplicó el cuestionario en la sala de espera, antes de ser atendido por el dentista, en espera de su consulta o saliendo de la consulta. Un encuestador debidamente entrenado explicaba a los pacientes el objetivo de la investigación, la forma del llenado y aclaraba dudas en caso de que surgieran. La participación de los pacientes en el estudio fue voluntaria. La encuesta tuvo lugar durante el año 2019.

Instrumento

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

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

DISEÑO ESTADÍSTICO

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

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

Descripción de la información

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

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

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

RECURSOS

Los recursos utilizados en la ejecución del proyecto fueron:

Recursos Humanos

- 1 Encuestador
- Apoyo logístico. La sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez, Chihuahua.

Recursos Materiales

- Formatos impresos (Anexo 1).
- Lápices.

CRONOGRAMA

AÑO 2019			
ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Recolección de investigación documental y elaboración del proyecto			
Entrevista con autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 67.			
Aplicación de encuestas			
Procesamiento y análisis de datos.			
Elaboración de resultados			
Elaboración y presentación del informe			

RESULTADOS

De la recolección de datos se obtuvo una muestra de 120 pacientes entre 18 y 73 años de edad, que acudieron a la atención dental de la Unidad de Medicina Familiar No. 67, del Instituto Mexicano del Seguro Social. La distribución agrupada por decenios se presenta en el Cuadro 1, en donde se observa que el grupo de edad con mayor frecuencia es de los 18 a los 30 años representando el 36 %, mientras que el de menor frecuencia es el grupo de 61 a 73 años. En la Gráfica 1 se muestra que el 77.5% de la muestra pertenece al sexo femenino y el 22.5 % al masculino.

Cuadro 1.- Distribución de la población según grupos de edad por decenio y por sexo en la Unidad de Medicina Familiar No. 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez, Chihuahua.

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
EDAD DECENIOS		PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
18 A 30 AÑOS	33	35.5	10	37.1	43	35.8
31 A 40 AÑOS	24	25.8	8	29.6	32	26.7
41 A 50 AÑOS	24	25.8	5	18.5	29	24.2
51 A 60 AÑOS	7	7.5	4	14.8	11	9.1
61 A 73 AÑOS	5	5.4	0	0.0	5	4.2
TOTAL	93	100.0	27	100.0	120	100.0

Fuente: Directa



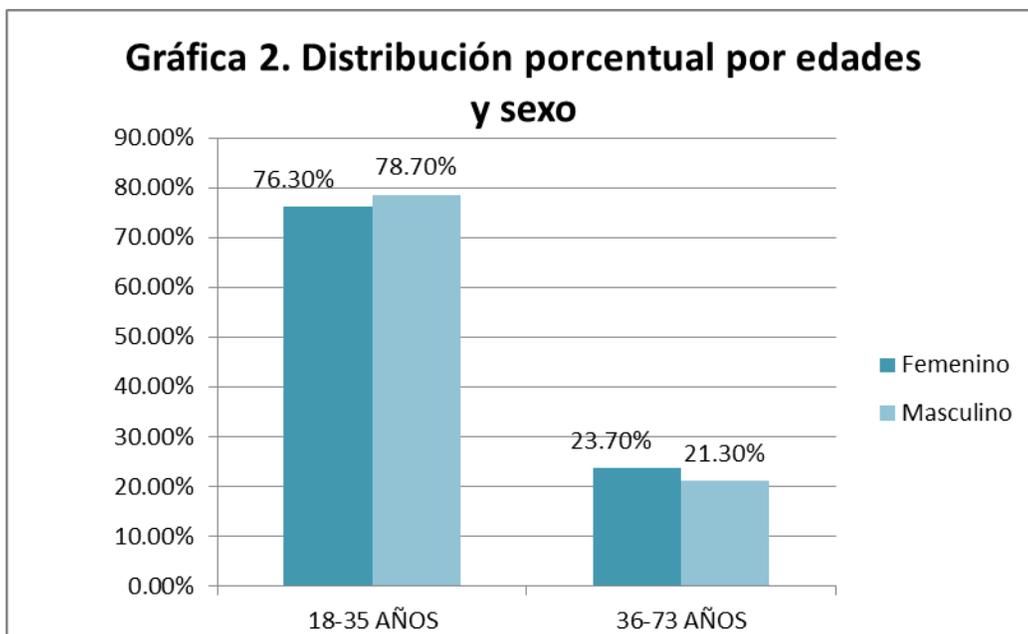
Fuente: Directa.

La población del estudio para su análisis se agrupó en dos rangos de edad y sexo. En el Cuadro 2 se observa que en los dos rangos de edad predomina el grupo femenino con el 76.3 %, en el rango de edad de los 18 a los 35 años y con el 78.7% en el de los 36 a 73 años (Gráfica 2).

Cuadro 2.- Distribución de la población por rangos de edad y sexo en la Unidad de Medicina Familiar No. 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez, Chih.

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
18 A 35 AÑOS	45	76.3	14	23.7	59	100.0
36 A 73 AÑOS	48	78.7	13	21.3	61	100.0
TOTAL	93	77.5	27	22.5	120	100.0

Fuente: Directa



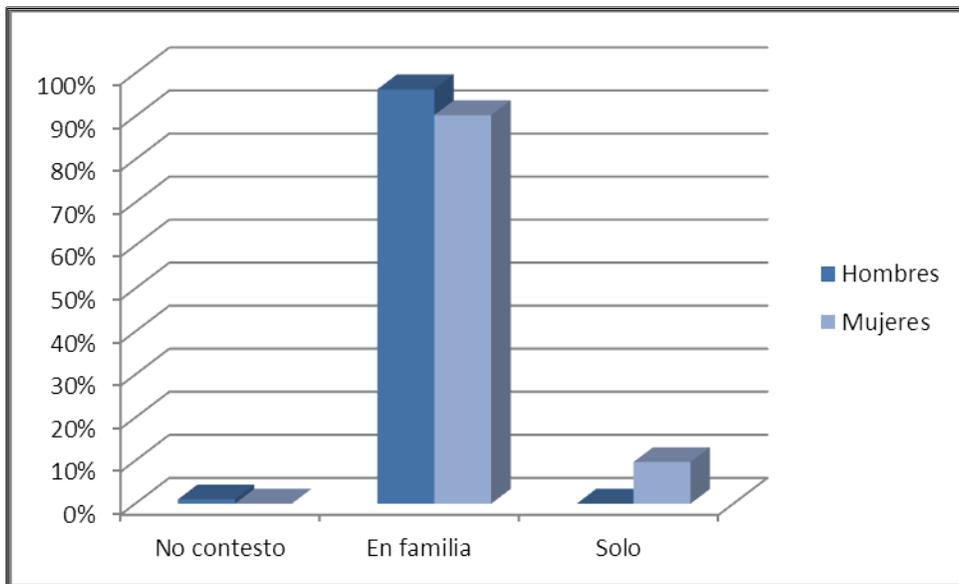
El estado de convivencia se presenta en el Cuadro 3, donde se observa que la mayoría mantiene una convivencia en familia con el 91.7 % del total. Llama la atención que la frecuencia de convivencia en familia es mayor en los hombres con un 96.3 % que en las mujeres con un 90.3 % (Gráfica 3).

Cuadro 3.-Frecuencia del estado de convivencia de la población que atiende La Unidad de Medicina Familiar No. 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez, Chih.

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
ESTADO DE CONVIVENCIA						
NO CONTESTO	0	0.0	1	3.7	1	0.8
SOLO	9	9.7	0	0.0	9	7.5
EN FAMILIA	84	90.3	26	96.3	110	91.7
TOTAL	93	100.0	27	100.0	120	100.0

Fuente: Directa.

Gráfica 3: Frecuencia del estado de convivencia de la población que atiende la Unidad de Medicina Familiar No. 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez, Chih.



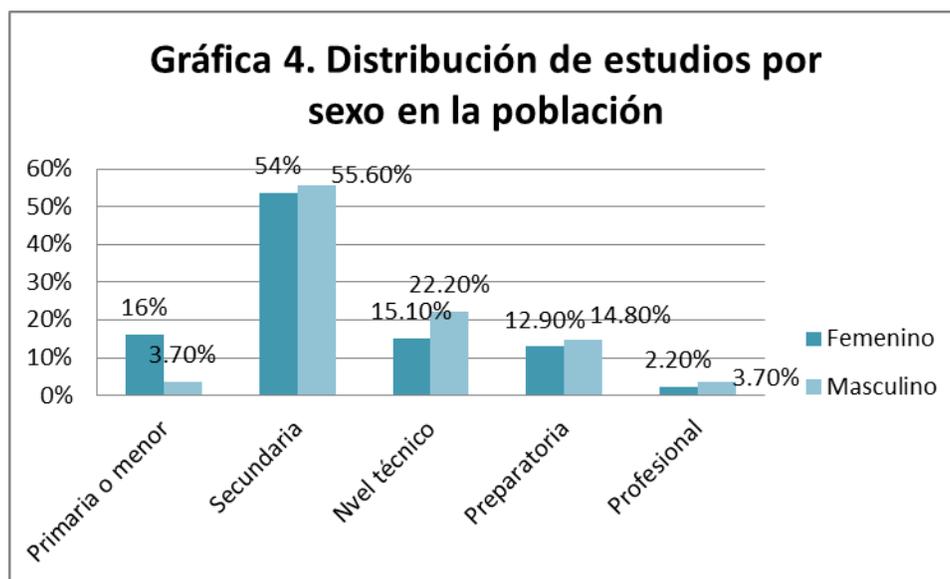
Fuente: Directa.

En relación a la escolaridad en el Cuadro 4 se observa que el grado más frecuente es el nivel de Secundaria con un 53.8 % en las mujeres y un 55.68 % en los hombres. En seguida el nivel más frecuente es el nivel técnico. En general el grupo masculino presentó niveles de escolaridad más altos que en el grupo femenino (Gráfica 4).

Cuadro 4.- Distribución de escolaridad por sexo en la población de la Unidad de Medicina Familiar No. 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez, Chih.

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
PRIMARIA O MENOR	15	16.1	1	3.7	16	13.3
SECUNDARIA	50	53.7	15	55.6	65	54.2
NIVEL TECNICO	14	15.1	6	22.2	20	16.7
PREPARATORIA	12	12.9	4	14.8	16	13.3
PROFESIONAL	2	2.2	1	3.7	3	2.5
TOTAL	93	100.0	27	100.0	120	100.0

Fuente: Directa.



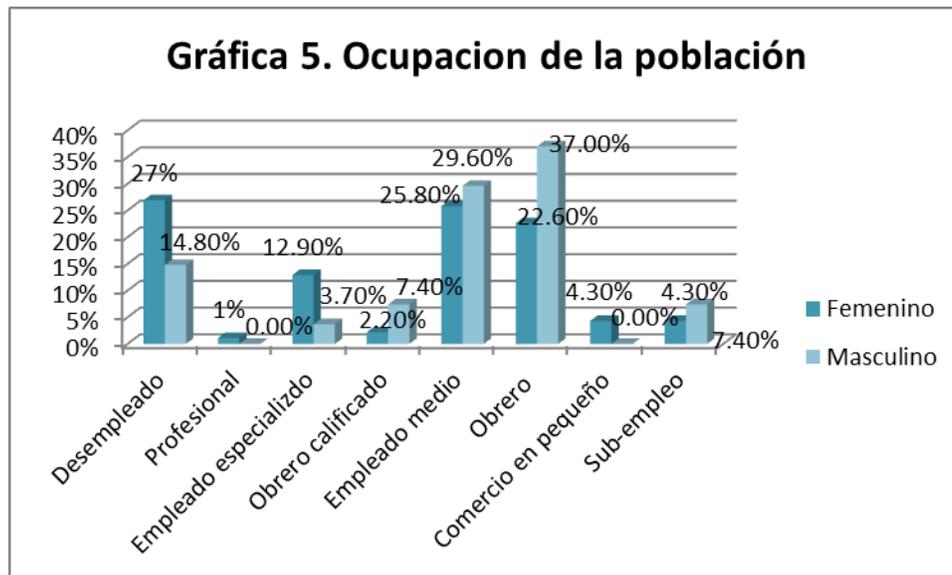
Fuente directa

En cuanto a la ocupación de la población que atiende la Unidad de Medicina Familia No.67, en el Cuadro 5 se observa que el empleado medio es el de mayor frecuencia con el 26.7 %, seguida del obrero 25.8% y el desempleo con un 22.4% (Gráfica 5).

Cuadro 5.-Ocupación de la población que atiende la Unidad de Medicina Familiar No. 67, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez Chih.

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
OCUPACION	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
DESEMPLEADO	25	26.9	4	14.8	29	24.2
PROFESIONAL	1	1.1	0	0.0	1	0.8
EMPLEO ESPECIALIZADO	12	12.9	1	3.7	13	10.8
OBRERO CALIFICADO	2	2.2	2	7.4	4	3.3
EMPLEADO MEDIO	24	25.8	8	29.6	32	26.7
OBRERO	21	22.6	10	37.0	31	25.8
COMERCIO EN PEQUEÑO	4	4.3	0	0.0	4	3.3
SUBEMPLEO	4	4.3	2	7.4	6	5.0
TOTAL	93	100.0	27	100.0	120	100 %

Fuente: Directa.



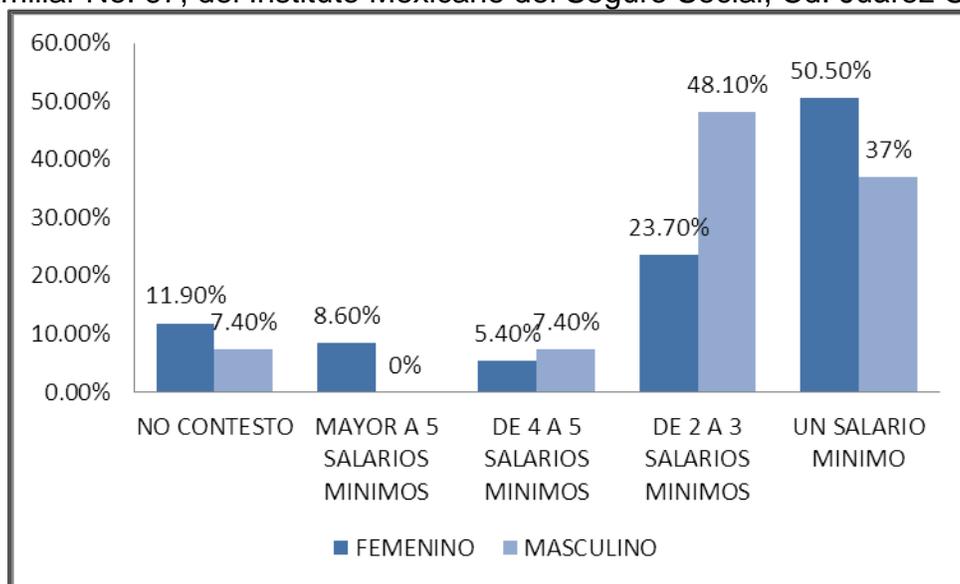
Fuente: Directa.

El ingreso familiar mensual se presenta en el Cuadro 6 en donde el nivel más frecuente es de un salario mínimo con un 50.5 % en las mujeres y un 37 % en los hombres. Sólo el 6.7 % percibe un salario mayor a 5 salarios mínimos y el 29.2 % entre 2 a 3 salarios. En general el grupo masculino presentó un nivel de ingresos más alto que el grupo femenino (Gráfica 6).

Cuadro 6. Ingreso familiar mensual en la población de la Unidad de Medicina Familiar No. 67, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez Chih.

INGRESO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
NO CONTESTO	11	11.8	2	7.4	13	10.8
MAYOR A 5 SALARIOS MINIMOS	8	8.6	0	0.0	8	6.7
DE 4 A 5 SALARIOS MINIMOS	5	5.4	2	7.4	7	5.8
DE 2 A 3 SALARIOS MINIMOS	22	23.7	13	48.2	35	29.2
UN SALARIO MINIMO	47	50.5	10	37.0	57	47.5
TOTAL	93	100.0	27	100.0	120	100.0

Gráfica 6. Ingreso familiar mensual de la población de la Unidad de Medicina Familiar No. 67, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez Chih.



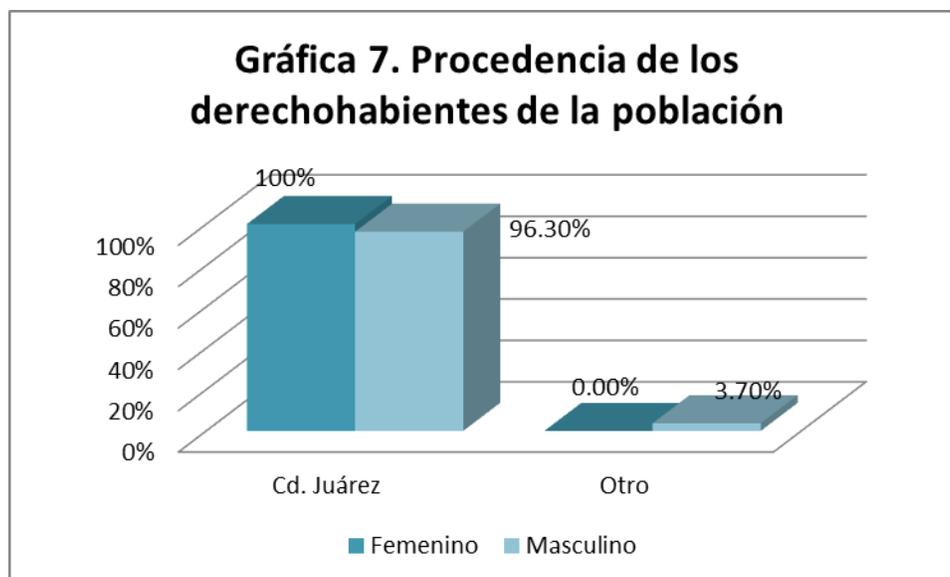
Fuente: Directa.

La procedencia de la población en estudio que con mayor frecuencia acude a la atención clínica fue del Municipio de Juárez con un 100% del sexo femenino y un 96.3% del masculino. Cuadro y gráfica 7.

Cuadro 7. Procedencia de la población de estudio que se atiende en la Unidad de Medicina Familiar No. 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez, Chih.

MUNICIPIO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
OTRO	0	0.0	1	3.7	1	0.8
CD. JUAREZ	93	100.0	26	96.3	119	99.2
TOTAL	93	100.0	27	100.0	120	100.0

Fuente: Directa



Fuente directa

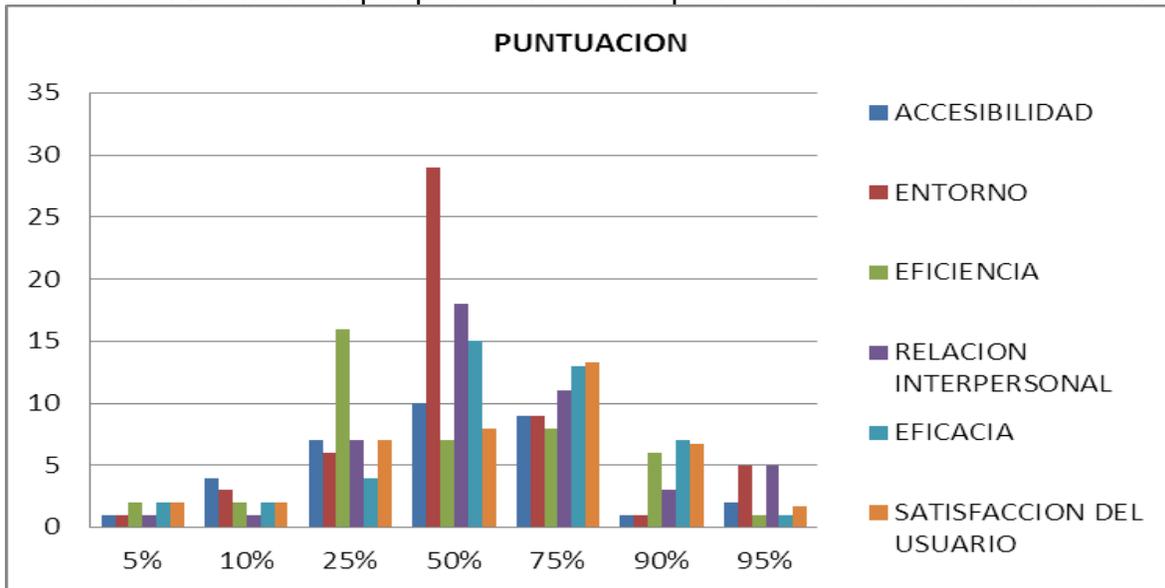
Con relación a las dimensiones de calidad, en el Cuadro 8 se muestra la distribución percentilar de las puntuaciones obtenidas en donde se observa que el 75% de las personas están satisfechas con la atención odontológica recibida, con relación a la accesibilidad, satisfacción del usuario, eficiencia, relación interpersonal y eficacia. El entorno obtuvo una calificación de satisfacción regular.

Cuadro 8. Distribución por percentiles de las puntuaciones en cada dimensión

DIMENSIONES (PUNTUACION)	PERCENTILES						
	5	10	25	50	75	90	95
ACCESIBILIDAD (6-30)	15	16	20	22	24	27	29
ENTORNO (6-30)	12	13	15	16	17	19	20
EFICIENCIA (5-25)	13	15	17	19	20	22	24
RELACION INTERPERSONAL (5-25)	15	17	18	20	21	24	25
EFICACIA (4-20)	8	10	12	13	14	16	17
SATISFACCION DEL USUARIO (6-30)	16	20	21	23	25	27	28

Fuente: Directa.

Gráfica 8. Distribución por percentiles de las puntuaciones en cada dimensión.



Fuente directa

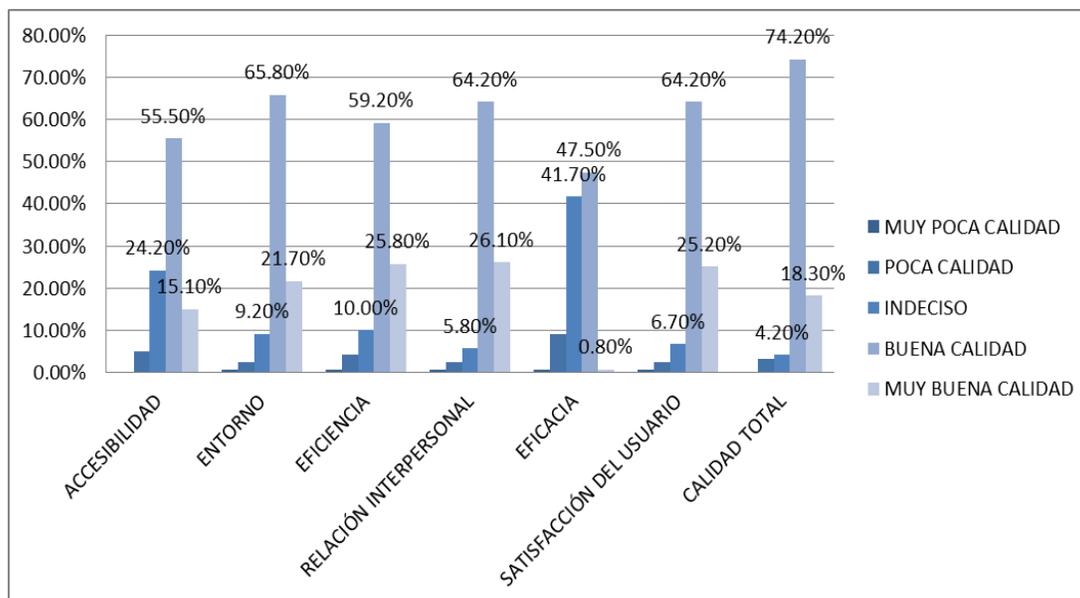
En el Cuadro 9 la calidad de la atención percibida por el paciente se describe por cada una de las dimensiones según el puntaje alcanzado y se denominó Calidad Total al valor obtenido del total de los enunciados del cuestionario. La información proporcionada por los usuarios de la población de la Unidad de Medicina Familiar No. 67, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez Chih, en general percibe que la calidad en cada una de las dimensiones es entre buena y de muy buena calidad, con excepción de la dimensión de eficacia, en donde el 9.2% lo califica de poca calidad y la accesibilidad en donde el 24.2% están indecisos. Se considera que la percepción de la calidad global fue de buena y muy buena calidad para el 92.5 % (Gráfica 9).

Cuadro 9. Percepción del paciente sobre la calidad de la atención por dimensiones y calidad total, 2019.

DIMENSIÓN	MUY POCA CALIDAD		POCA CALIDAD		INDECISO		BUENA CALIDAD		MUY BUENA CALIDAD	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ACCESIBILIDAD	0	0.0	6	5.0	29	24.4	66	55.5	18	15.1
ENTORNO	1	0.8	3	2.5	11	9.2	79	65.8	26	21.7
EFICIENCIA	1	0.8	5	4.2	12	10.0	71	59.2	31	25.8
RELACIÓN INTERPERSONAL	1	0.8	3	2.5	7	5.8	77	64.2	31	26.1
EFICACIA	1	0.8	11	9.2	50	41.7	57	47.5	1	0.8
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	1	0.8	3	2.5	8	6.7	77	64.7	30	25.3
CALIDAD TOTAL	0	0.0	4	3.3	5	4.2	89	74.2	22	18.3

Fuente: Directa.

Gráfica.-9 Percepción del paciente sobre la calidad de la atención por dimensiones y calidad total, 2019.



Fuente: Directa.

Calidad de la atención percibida por el paciente en relación con los datos generales.

Al analizar la relación de la calidad de la atención percibida por el paciente de cada una de las dimensiones con las categorías de los datos generales, se observó diferencia estadísticamente significativa en las relaciones de Accesibilidad con el Sexo; el Entorno con el Sexo; la Eficiencia con la Escolaridad; y la Satisfacción del Usuario con la escolaridad. No se observó relación estadística con las dimensiones de Relación Interpersonal, Eficacia, ni con la Calidad Total.

ACCESIBILIDAD

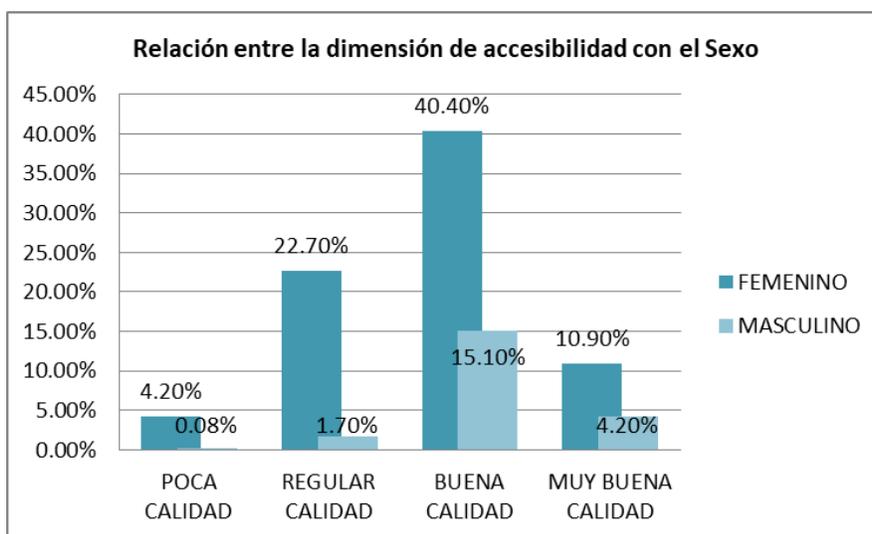
La relación entre la Accesibilidad con el sexo del Paciente se presenta en el Cuadro 10 en donde se observa que el valor más alto está en el grado de buena calidad en el grupo femenino 40.4% seguido del grupo masculino con el 15.1%. Los grados de buena y muy buena calidad se presentan en el 70.6 % de la muestra y el análisis presentó diferencias estadísticamente significativas $P < 0.05$ (Gráfica 10).

Cuadro 10. Relación entre la dimensión de Accesibilidad con el Sexo

SEXO	POCA CALIDAD		REGULAR CALIDAD		BUENA CALIDAD		MUY BUENA CALIDAD	
	N	%	N	%	N	%	N	%
FEMENINO	5	4.2	27	22.7	48	40.4	13	10.9
MASCULINO	1	0.8	2	1.7	18	15.1	5	4.2
TOTAL	6	5.0	29	24.4	66	55.5	18	15.1

Fuente directa. U de Mann-Whitney 23.08, $P < 0.05$

Grafica 10. Relación entre la dimensión de Accesibilidad con el Sexo



Fuente: Directa.

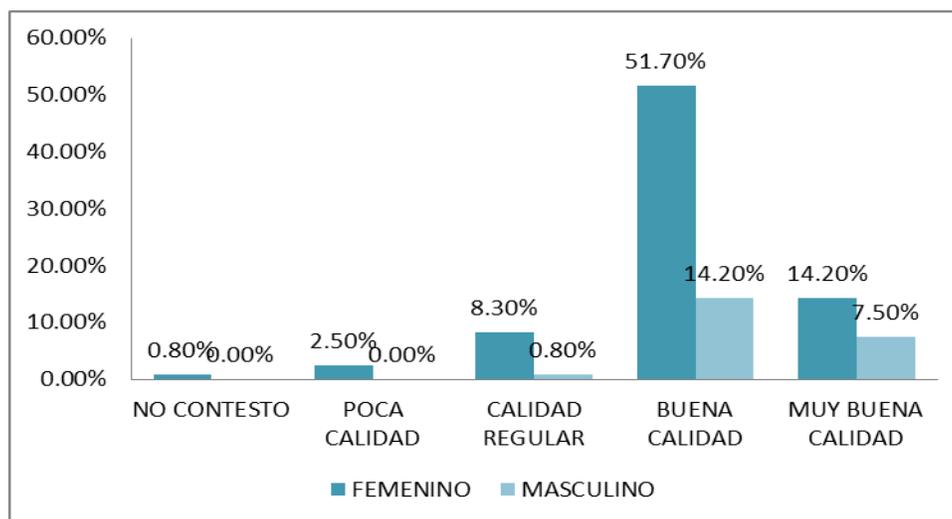
La relación entre la dimensión del Entorno con el Sexo se presenta en el Cuadro 11 en donde se observa que el valor más alto está en el grado de buena calidad en el grupo femenino, seguido de muy buena calidad también en el grupo femenino y de buena calidad en el masculino. Los grados de buena y muy buena calidad se presentan en el 87.5% de la muestra y el análisis U de Mann Whitney presentó diferencias estadísticamente significativas $P < 0.05$ (Gráfica 11).

Cuadro 11. Relación entre la dimensión del Entorno con el Sexo

SEXO	NO CONTESTO		POCA CALIDAD		CALIDAD REGULAR		BUENA CALIDAD		MUY BUENA CALIDAD	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
FEMENINO	1	0.8	3	2.5	10	8.3	62	51.7	17	14.2
MASCULINO	0	0.0	0	0.0	1	0.8	17	14.2	9	7.5
TOTAL	0	0.8%	3	2.5	11	9.2	79	65.8	26	21.7

Fuente directa.

Gráfica 11. Relación entre la dimensión del Entorno con el Sexo



Fuente: Directa.

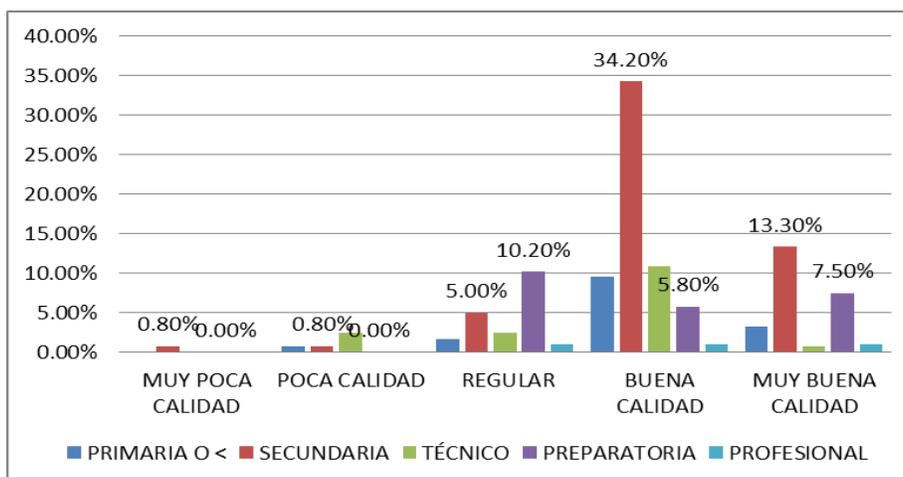
En el Cuadro 12 se observa que la dimensión de Eficiencia en relación con la Escolaridad muestra los valores más altos en el grado de buena calidad y muy buena calidad en los niveles de secundaria. Los grados de buena y muy buena calidad se presentan en el 85 % de la muestra y el análisis de Kruskal-Wallis presentó diferencias estadísticamente significativas $P < 0.05$ (Gráfica 12).

Cuadro 12. Relación entre la dimensión de Eficiencia con la Escolaridad.

ESCOLARIDAD	MUY POCA CALIDAD		POCA CALIDAD		REGULAR		BUENA CALIDAD		MUY BUENA CALIDAD	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PRIMARIA O <	0	0.0	1	0.8	2	1.7	9	7.5	4	3.3
SECUNDARIA	1	0.8	1	0.8	6	5.0	41	34.2	16	13.3
TÉCNICO	0	0.0	3	2.5	3	2.5	13	10.8	1	0.8
PREPARATORIA	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	5.8	9	7.5
PROFESIONAL	0	0.0	0	0.0	1	0.8	1	0.8	1	0.8
TOTAL	1	0.8	5	4.2	12	10.0	71	59.2	31	25.8

Fuente: Directa. Kruskal Wallis 15.20, $P < 0.005$.

Gráfica 12. Relación entre la dimensión de Eficiencia con la Escolaridad



Fuente: Directa.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

En el Cuadro 13 se observa que la Satisfacción del Usuario en relación con la Escolaridad muestra los valores más altos en el grado de buena calidad en el nivel de secundaria seguido por el nivel técnico y el grado de muy buena calidad en el nivel de secundaria. Los grados de buena y muy buena calidad se presentan en el 89.9 % de la muestra y el análisis de Kruskal-Wallis presentó diferencias estadísticamente significativas $P < 0.05$ (Gráfica 13).

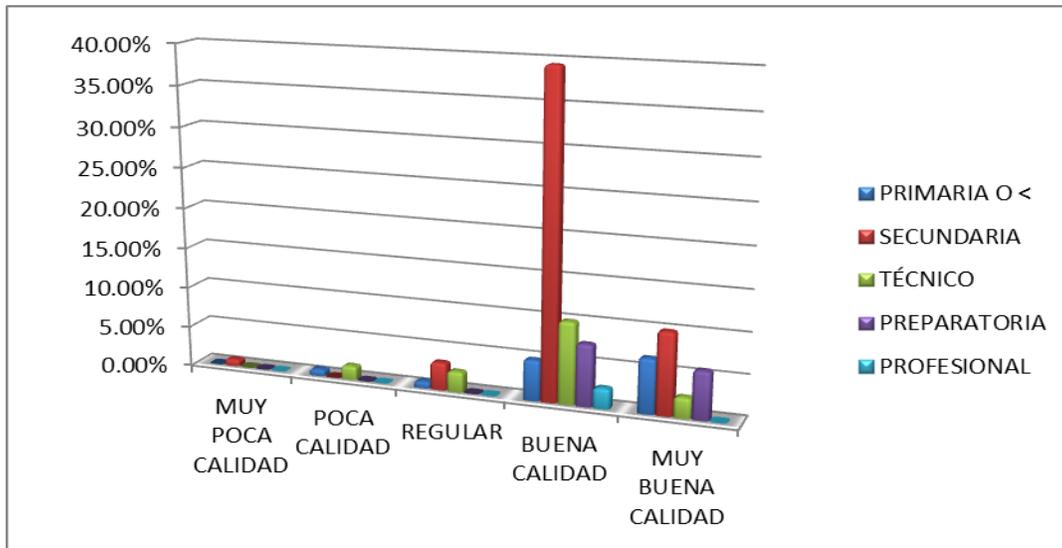
Cuadro 13. Relación entre la dimensión de Satisfacción del Usuario con la Escolaridad.

ESCOLARIDAD	MUY POCA CALIDAD		POCA CALIDAD		REGULAR		BUENA CALIDAD		MUY BUENA CALIDAD	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PRIMARIA O <	0	0.0	1	0.8	1	0.8	6	5.0	8	6.7
SECUNDARIA	1	0.8	0	0.0	4	3.4	47	39.5	12	10.1
TÉCNICO	0	0.0	2	1.7	3	2.5	12	10.1	3	2.5
PREPARATORIA	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	7.6	7	5.9
PROFESIONAL	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	2.5	0	0.0
TOTAL	1	0.8	3	2.5	8	6.7	77	64.7	30	25.2

Fuente: Directa.

Kruskal Wallis 10.87, $P < 0.05$.

Gráfica 13. Relación entre la dimensión de Satisfacción del Usuario con la Escolaridad



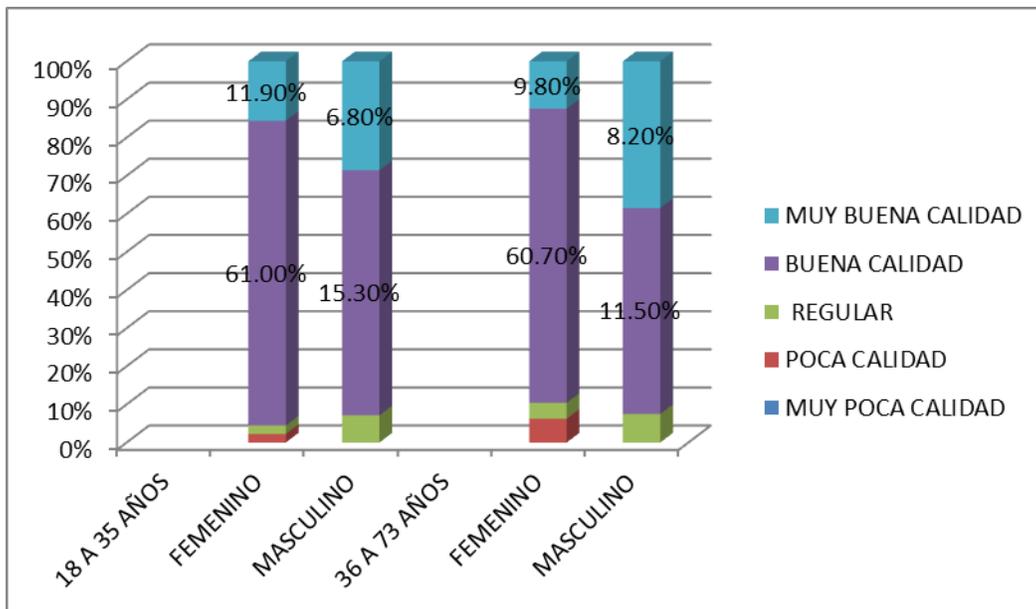
Además de obtener el puntaje de cada una de las dimensiones de calidad, se hizo el cómputo de los 32 enunciados del cuestionario para obtener un valor que se denominó Calidad Total. En el Cuadro 14 se describe la Calidad Total por grupos de edad y sexo. Se observa que en la percepción del paciente el valor más alto está en la categoría de buena calidad en el rango de edad de 18 a 35 años y es más elevado en el grupo femenino con relación al masculino. En el rango de edad de 36 a 73 años el valor más alto se encuentra en el grado de buena calidad, siendo también el grupo femenino el más alto. En términos generales la calidad de la atención percibida por el paciente es de buena a muy buena para el 92.5%. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad y sexo (Gráfica 14).

Cuadro 14. CALIDAD TOTAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

RANGO DE EDAD AÑOS	MUY POCA CALIDAD		POCA CALIDAD		REGULAR CALIDAD		BUENA CALIDAD		MUY BUENA CALIDAD	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18 A 35										
FEMENINO	0	0.0	1	1.7	1	1.7	36	61.0	7	11.9
MASCULINO	0	0.0	0	0.0	1	1.7	9	15.3	4	6.8
TOTAL	0	0.0	1	1.7	2	3.4	45	76.3	11	18.6
36 A 73										
FEMENINO	0	0.0	3	4.9	2	3.3	37	60.7	6	9.8
MASCULINO	0	0.0	0	0.0	1	1.6	7	11.5	5	8.2
TOTAL	0	0.0	3	4.9	3	4.9	44	72.1	11	18.0

Fuente: Directa.

Gráfica 14. CALIDAD TOTAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



Fuente: Directa

La Fiabilidad del cuestionario se evaluó por medio del análisis de la consistencia interna de los datos. Fueron consideradas las escalas de cada una de las seis dimensiones que integran el cuestionario y se aplicó el análisis del coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach a la puntuación total del cuestionario, cuyo resultado fue de 0.841 $P < 0.001$, lo cual muestra buena consistencia de los enunciados.

El coeficiente Alpha de Cronbach en las escalas de cada dimensión del cuestionario muestra buenos niveles con valores homogéneos que oscilan entre 0.798 y 0.847 (Cuadro 12).

Cuadro 12. Coeficiente de Fiabilidad de las escalas de cada una de las dimensiones que integran el cuestionario de Calidad de la Atención según la percepción del paciente.

DIMENSIONES	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Accesibilidad	93.93	207.599	.646	.428	.809
Entorno	92.28	218.390	.616	.397	.814
Eficiencia	96.12	224.759	.687	.485	.801
Relaciones Interpersonales	95.53	229.293	.673	.478	.805
Eficacia	102.35	272.734	.428	.196	.847
Satisfacción del usuario	91.88	196.245	.700	.527	.798

Fuente: Directa

El análisis de las correlaciones entre los enunciados muestra valores iguales o superiores a 0.5 en las dimensiones de eficiencia, entorno, relaciones interpersonales y satisfacción del usuario, lo cual significa que los enunciados que constituyen cada dimensión evalúan la calidad. Los valores más altos señalan mayor fuerza de la relación (Cuadro 13). De las 15 interacciones siete presentaron una correlación débil, lo que indica que, para este estudio las dimensiones

específicas para evaluar la calidad fueron eficiencia, entorno, relaciones interpersonales, eficacia y satisfacción del usuario.

Cuadro 13. Matriz de correlaciones inter-elementos

Dimensiones	Accesibilidad	Entorno	Eficiencia	Relaciones Interpersonales	Eficacia	Satisfacción del usuario
Accesibilidad	1.000	.483	.555	.505	.386	.516
Entorno	.483	1.000	.525	.534	.296	.490
Eficiencia	.555	.525	1.000	.514	.318	.608
Relaciones Interpersonales	.505	.534	.514	1.000	.301	.622
Eficacia	.386	.296	.318	.301	1.000	.377
Satisfacción del usuario	.516	.490	.608	.622	.377	1.000

Fuente: Directa.

DISCUSIÓN

Este estudio tiene el propósito de identificar la percepción que tiene el paciente acerca de la calidad de la atención odontológica con relación al sexo, la edad, el estado de convivencia, escolaridad ocupación y nivel de ingreso familiar.

La población del estudio se dividió por edad y sexo; dentro de los grupos de edad, los rangos oscilan entre los 18-30, 31-40, 41-50, 51-60 y 61-73 años para los dos sexos, mientras que, en la división por sexo, el grupo del sexo femenino mostro un 78% en comparación del 22% que representa el sexo masculino. Se observó que en un rango de los 18 a los 35 años edad, el porcentaje mayor es del sexo femenino con un 76.3%, en comparación al 23.7% de la población masculina; mientras que, en el rango de 36 a los 73 años, el grupo femenino también fue mayor con un 78.7%, frente a un 21.3 % del grupo masculino.

En el presente estudio no se observó relación de la calidad de la atención con el sexo ni con la edad. Al respecto, López en el 2012 en un estudio realizado en la Universidad de Valencia observó que los individuos de la muestra presentaron niveles de satisfacción buenos en relación con la atención odontológica recibida y fueron superiores en las personas de más de 65 años de edad que en las del rango de 36 a 65 años. ²⁵

Con relación al estado de convivencia el 90.3 % del grupo femenino convive en familia, mientras que en el masculino la proporción de convivencia en familia es del 96.3 %. Al analizar la percepción de la calidad de la atención entre los dos grupos, la evaluación fue semejante tanto si vivían solos o en familia.

En la distribución de la escolaridad el mayor porcentaje de la muestra se presentó en el nivel de secundaria y entre los sexos fue mayor en el grupo masculino con un 55.6 %, mientras que en el nivel profesional el grupo masculino fue mayor con

un 3.7 % con relación al femenino que fue del 2.2 %. Con relación a la Satisfacción del usuario fue evidentemente marcado en el grupo con estudios de secundaria con porcentaje de 39.5 de buena calidad, mientras que el grupo de estudio profesional obtuvo apenas el 2.5 en buena calidad. El grupo con estudios de secundaria en el rubro de muy buena calidad fue el más alto con un 10.1 % de muy buena calidad.

La ocupación predominante en los dos sexos es el de empleado medio con un 26.7% y el de obrero con un 25.8%. Existe un porcentaje de desempleo del 24.2%. Con relación al Ingreso familiar mensual el 47.5% gana un salario mínimo, el 29.2% obtiene de 2 a 3 salarios mínimos y solo el 6.7% recibe más de 5 salarios mínimos. El 99.2% de los pacientes reside en la localidad de Cd. Juárez. Las características socioeconómicas analizadas indican que el 84.2% de la población estudiada se ubica en un nivel socioeconómico de clase media baja y clase baja.

En la distribución del ingreso familiar mensual la mayor proporción se ubicó en un ingreso de un salario mínimo siendo el grupo femenino con un 50.5 % que registra el mayor índice, mientras que el grupo masculino se ubica entre los dos y tres salarios mínimos. Esta distribución muestra una desigualdad entre los sexos. Esta variable tampoco presentó diferencia con relación a la percepción de la calidad de la atención.

Para llevar a cabo la evaluación de la calidad en la atención, se consideraron como indicadores seis dimensiones utilizadas en el modelo de Avedis Donabedian, las cuales son; Accesibilidad, Entorno, Eficiencia, Relación Interpersonal, Eficacia, y Satisfacción del usuario.

La calidad de la atención percibida por el paciente en relación con los datos generales mostró asociación estadística de las dimensiones de Accesibilidad con el sexo, Entorno con el Sexo, Eficiencia con Escolaridad y Satisfacción del Usuario con escolaridad. No se observó asociación en las dimensiones de Relación Interpersonal, Eficacia, ni con la Calidad Total.

ACCESIBILIDAD. Relación con el Sexo.

Referente al tiempo de espera y accesibilidad, se observa que el 76.8 de los pacientes refirieron que el acceso al servicio está dentro del rango de buena calidad a muy alta calidad, 65.8% en el sexo femenino y 87.7% en el masculino. En este punto, se hace hincapié en que aún falta que se otorgue información a la población para la utilización de los medios digitales para obtener citas de manera más rápida en lugar de perder tiempo acudiendo de manera personal, dando paso a mejor acceso a la atención dental.

ENTORNO. Relación con el Sexo.

La Dimensión del Entorno que evalúa higiene, orden, seguridad y confort, en relación con el Sexo del Paciente mostró un 91.6 % en el rango de buena y muy buena calidad, 84.5% en el grupo femenino y del 98.6 % en el grupo masculino.

EFICIENCIA. Relación con Escolaridad.

La Dimensión de Eficiencia que evalúa la percepción de confianza y seguridad de que está recibiendo un tratamiento adecuado y el profesional está bien entrenado, en relación con la Escolaridad del Paciente presentó un 85% de buena a muy

buena calidad. Los valores más altos se observaron en los niveles de secundaria y del nivel técnico.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO. Relación con Escolaridad

La Dimensión de la Satisfacción del Usuario que evalúa la percepción de que el profesional le escucha y comprende sus necesidades, está satisfecho con el tratamiento realizado, el trato recibido, la forma del procedimiento realizado y recomendaría el servicio, en relación con la Escolaridad del Paciente mostró un 89.9% en el rango de buena a muy buena calidad, 52.1 % en buena calidad y el 22.7 % en muy buena calidad. Los valores más altos fueron para el nivel de secundaria y nivel técnico.

De los estudios revisados, encontramos en el trabajo realizado por Landa-Mora (2007), llevado a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social como estudio de manera independiente, el cual arrojó que el 82 % de los usuarios de los servicios de estomatología estaban satisfechos con la atención brindada, nivel equiparable a 89 % identificado en un estudio recientemente publicado acerca de la Satisfacción de Usuarios Adultos con los servicios dentales del Reino Unido, donde sólo un 2 % consideraba la necesidad de presentar una queja por el servicio dental brindado.

Por otro lado, Morales-Reyes (2013), evaluó la percepción de cálida en la atención ambulatoria de los servicios de salud, reportó que los usuarios entre el 2006 y el 2012 reportaron buena percepción del servicio de salud y mejoría del estado de salud posterior a la atención. La buena percepción se elevó de 82% en 2006 a 85% en 2012, y la percepción de mejoría del estado de salud posterior a la atención se incrementó de 79 a 81% en el mismo periodo.

CALIDAD TOTAL

El análisis de la calidad de la atención odontológica percibida por los pacientes con el indicador de Calidad Total, que es el puntaje de todos los enunciados del cuestionario mostró que la percepción fue buena en un 74.2 % y muy buena en un 18.3 %. Entre buena y muy buena calidad suman el 92.5% lo que significa un buen resultado de la evaluación total.

En general el 92.5 % de los pacientes perciben que la calidad en cinco de las dimensiones es entre regular y buena, mientras que el 9.2 % percibe la dimensión de eficacia en poca calidad. Cabe destacar la relación interpersonal suman un total de 90.3 % entre buena y muy buena calidad, por lo que la comunicación con el paciente tiende a ser efectiva.

De los estudios revisados, encontramos en el trabajo realizado por Landa-Mora (2007), llevado a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social como estudio de manera independiente, el cual arrojó que en este primer acercamiento el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de estomatología el 82 % estaba satisfecho con la atención brindada, nivel equiparable a 89 % identificado en un estudio recientemente publicado acerca de la satisfacción de usuarios adultos con los servicios dentales del Reino Unido, donde sólo un 2 % consideraba la necesidad de presentar una queja por el servicio dental brindado.

El presente estudio, también llevado a cabo en el IMSS, pero en diferente zona geográfica, (Cd. Juárez Chihuahua), se aprecia que el grado de satisfacción en general, fue de un 92.5, significativamente más alto que el realizado por Landa-mora, mientras que 85 %, refirió que había falta de eficiencia en los procedimientos, por lo que el regreso a recibir atención dental es considerablemente alto.

En la atención ambulatoria de los servicios de salud se reportó que los usuarios entre el 2006 y el 2012 al analizar por sitio de atención, se observó que la SSA y el IMSS aumentaron en 5 y 8%, respectivamente, la buena percepción de sus servicios, aunque el IMSS tuvo el porcentaje más bajo en ambos periodos respecto a los demás servicios. La atención en servicios privados tuvo la mejor percepción, sin cambio entre los dos periodos; la percepción de mejoría del estado de salud aumentó de 87 a 90%. El resto de los servicios mantuvo una aceptable proporción de buena percepción sin modificación entre los dos años analizados.

Otro estudio que llevo a cabo Elizondo (2011), de la Universidad autónoma de Nuevo León, mostró en los indicadores de la atención técnica relacionados con el hecho de haber recibido el servicio como el paciente lo esperaba y se observó que el 68.4% de los pacientes evaluaron éstos indicadores como muy satisfactorios y dijeron que si recibieron el servicio como ellos lo esperaban, 25.4% de los pacientes que también habían recibido el servicio como ellos lo esperaban evaluaron éstos indicadores en el nivel de satisfecho. 1.1% de los pacientes que mencionaban no haber recibido el servicio como ellos lo esperaban evaluaron el indicador como muy satisfactorio.

Elizondo (2011), analizaron los indicadores de atención técnica que en general fueron evaluados como muy satisfactorios por el 69.5% de los pacientes 67.4% dijo que si recomendaría el servicio y el 2.2% no estuvo de acuerdo con ello; de los pacientes que evaluaron estos indicadores como satisfactorio el 25.5% se inclinó por si recomendar el servicio recibido y el 1.3% estuvo en desacuerdo con ello. 3.4% de los pacientes evaluaron estos indicadores como en nivel de medianamente satisfactorio. Otro indicador de la satisfacción es preguntarle al paciente si regresaría a la misma clínica donde fue atendido, aquí se observó que el 95.5% si lo haría, el 66.5% de los pacientes evaluó los indicadores de atención técnica con el grado de muy satisfactorio y mencionó que si regresaría a aplicarse

otro tratamiento en esta misma clínica, el 25.5% de los pacientes que opinó regresar a la misma clínica evaluó el servicio como satisfactorio. Aquí mismo se observó que el 3.0% de los pacientes menciona no regresar a la misma clínica a pesar de haber evaluado el servicio en el nivel de muy satisfactorio.

Es necesario un cambio en la percepción del profesional acerca de lo que cree como esencial en la tarea de la atención a la enfermedad y el mantenimiento de la salud, y que trascienda la línea que divide la relación personal de salud-paciente como parte de una misma realidad, la realidad humana y la comunicación interpersonal en el proceso de la atención.

En relación con la fiabilidad del instrumento de recolección de los datos, en cada una de las escalas de las seis dimensiones se analizó la consistencia interna de los datos mediante el coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach, que mostró buenos niveles con valores que oscilan de 0.741 a 0.805. Para la escala de la Calidad Total en donde se considera el puntaje de todos los enunciados del instrumento, el coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach fue de 0.804 $P < 0.001$, lo cual muestra buena consistencia de los enunciados e indica que el cuestionario es un buen instrumento para evaluar la percepción de los usuarios con relación a la calidad de la atención dental.

CONCLUSIONES

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

En relación al estado de convivencia, el 90.3 % de las mujeres y el 96.3 % de los hombres viven en familia.

El 2.5 % de la muestra tiene una escolaridad profesional, el 13.3 % de preparatoria y el 84.2 % de nivel técnico o menor.

En cuanto a la ocupación el 0.8 % es profesional, el 10.8 % empleado especializado, el 3.3 % obrero calificado y el 52.5 % obrero o menor.

Con relación al ingreso familiar mensual el 6.7 % percibe más de cinco salarios mínimos, el 47.5 % percibe un salario mínimo y el 10.8 % no contestó.

En la evaluación de la calidad el 92.5 % de los pacientes está satisfecho con la atención dental recibida.

En cada una de las dimensiones la evaluación de los pacientes fue de buena a muy buena calidad en un rango que oscila entre el 70.6% al 90.3% con excepción de la dimensión de eficacia donde el 9.2 % la califica de poca calidad, el 41.7% de calidad regular y el 47.5% de buena calidad.

La Calidad Total percibida por los pacientes fue de buena a muy buena en el 92.5 %.

En la relación de la calidad de la atención percibida por los pacientes con los datos generales se observó diferencia entre los grupos de escolaridad para la dimensión de la satisfacción del usuario en donde se aprecia mayor calidad para los niveles de escolaridad básica intermedio. En cuanto a la Calidad Total con la escolaridad percibida por los pacientes un 70.9 % ubicados en los niveles de secundaria y nivel técnico calificaron el servicio con una atención de buena a muy buena; seguido del nivel primaria con un 13.3 %; nivel técnico con un 16.7 %, dejando al nivel profesional con un 2.5 %.

La Fiabilidad del cuestionario se evaluó por medio del análisis de la consistencia interna de los datos. Fueron consideradas las escalas de cada una de las seis dimensiones que integran el cuestionario y se aplicó el análisis del coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach a la puntuación total del cuestionario, cuyo resultado fue de 0.841 $P < 0.001$, lo cual muestra buena consistencia de los enunciados.

El coeficiente Alpha de Cronbach en las escalas de cada dimensión del cuestionario muestra buenos niveles con valores homogéneos que oscilan entre 0.798 y 0.847.

RECOMENDACIONES

1. A través de la encuesta realizada ha quedado latente cierto grado de insatisfacción por la eficacia durante el tratamiento recibido, lo cual debería llevarnos a implementar medidas para su mejora, que como se menciona con anterioridad, tal vez sea el tiempo que se demora en solucionar el problema del paciente. Esto nos hace reflexionar si durante la visita a los servicios de salud dental es clara la información que se proporciona hacia el paciente del proceso salud – enfermedad – tratamiento.
2. Implementar un programa de fomento a la salud entre la población adscrita a la unidad de medicina familiar No. 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con la participación activa de otros departamentos que conforme el equipo multidisciplinario de atención médica.
3. Llevar a cabo un seguimiento más específico según las características de la población para de esta forma trabajar en las particularidades de la misma, incluyendo las representaciones sociales que lo conforman.
4. Mantener un programa de abastecimiento de insumos para combatir los atrasos en la finalización de los tratamientos dentales.
5. Durante la consulta el profesional deberá de manera sencilla explicar el proceso de atención sobre su tratamiento integral por parte del profesional y la introducción del uso de los medios digitales para la obtención de citas de manera más accesible.

6. Realizar periódicamente evaluaciones de la calidad con la finalidad de prevenir y corregir aspectos significativos de la atención y que puedan influir como factores en la adhesión o abandono del tratamiento.

7. Habilitar por medio de aplicaciones digitales la opción de emitir opiniones, quejas u observaciones del servicio dental para llevar a cabo mejoras continuas que beneficien al paciente y mejoren la calidad de la atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romero LCA. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana. Perú 2008.
2. Huertas MS. Satisfacción de los pacientes en la consulta odontológica privada en Moravia. Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología. Marzo 2015.
3. Aguirre GHG. Medigraphic. 2008, Vol 76, Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. Revista Cirugía y Cirujanos. México 2008; (76) págs.187-196.
4. Elizondo EJ. La satisfacción del paciente con la atención técnica del servicio odontológico, RESPYN, vol 12, n.1 Apr,2011.
5. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud dirección general de epidemiología centro nacional de programas preventivos y control de enfermedades-sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales, 10 años vigilando la salud bucal de los mexicanos, diciembre, 2015.Disponible en http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/10Años_SIVEPAB.pdf
6. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, patient safety initiatives. Disponible. <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/patient-safety/>
7. Aguirre H, Calidad de la atención Médica, bases para su evaluación y mejoramiento continuo, Mexico DF, Noriega ediciones,2002,Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/662/66220238015.pdf>

8. Roemer, MI, Montoya AC. World Health Organization. (1988). Quality assessment and assurance in primary health care. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40663>
9. Fitzhugh M, Donabedian A. A. Founder of quality assessment encounters a troubled system firsthand. Health Aff (Millwood). 2001 Jan-Feb; 20(1):137-41. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.20.1.137>
10. Kerr M. Trantow DJ. Defining, measuring and assessing the quality of health services. Public Health Reports, 1969. 84 (5), págs.415-424. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1937165/>
11. Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006, disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pamed_2001-2006/pamed_2001-2006.pdf
12. OPS. OMS. Estrategia de cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con México. 2015-2018. Disponible en: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mex_es.pdf
13. Ruíz CM, Martínez NG, Calvo RJM y col. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. Salud Pública de México 1990;32:156-169
14. INEGI. 2019 <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=5444>.
15. Grupo Interinstitucional Básico de Evaluación. Lista de indicadores y valores estándar para la evaluación interinstitucional de los servicios de salud. México, D.F.: SSA, IMSS, ISSSTE, DDF, DIF, SECOGEF, 1992. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pamed_2001-2006/pamed_2001-2006.pdf

16. Ruíz CM, LARA PR. Estrategias para la descentralización municipal en salud. Salud Pública de México, [S.l.], v. 32, n. 5, p. 597-602, sep. 1990. Disponible en:
<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5331/5527>>.
17. Cote EL, Tamayo C, Madrazo NM. Buenas prácticas en calidad y seguridad en la atención médica del paciente, México. Editorial Alfil, 2013. Disponible en:
<http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/08%20Buenas%20pr%C3%A1cticas%20en%20calidad%20y%20seguridad%20en%20la%20atenci%C3%B3n%20del%20paciente-Interiores.pdf>
18. Manriquez GJA, Manrique CCB, Chávez RB, Manrique CJE. Calidad técnica y percibida del servicio de operatoria dental en una clínica dental docente. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2018 Jul [citado 2020 Abr 29]; 28(3): 185-194. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552018000300007&lng=es.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/reh.v28i3.3396>.
19. Navarrete C. Evaluación y Propuesta del indicador de tiempo por consulta odontológica y número de procedimientos y propuesta del indicador de tiempo por consulta odontológica y número de procedimientos, Revista Médica Electrónica Portales Médicos,(internet) 19 de Enero del 2015. URL:
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/indicador-de-tiempo-por-consulta-odontologica/>
20. Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades-Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, 10 años vigilando la salud bucal de los mexicanos. México. ISBN en trámite Se autoriza la reproducción total), Diciembre, 2015. Disponible en: <http://www.spps.salud.gob.mx/>

21. Avalos GMI. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Revista Horizonte Sanitario SSA. México 2010 (9); 1.
22. Ministerio de Fomento. Calidad Nivel 1. Ministerio de Fomento. Consulta año 2016 Disponible en: http://www.apmarin.com/download/691_cal1.pdf
23. Massip PC, Ortiz RRM, Llantá AM, Peña FM, Infante OI. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev. Cubana Salud Pública. La Habana Cuba, 2008. 34; 4.
24. Ley General de Salud. Tomo I. Decimoséptima Edición. Editorial Porrúa. México. 2014. págs. 10,103.
25. Guru, C. Tailoring e-service quality through CRM. Managing Service Quality, 2003. 13 (6), págs.520-531.
26. Guzmán, MP. Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2005. 4 (8), págs. 65-78.
27. Viniegrá VL. El control de calidad del ejercicio de la medicina: Un marco teórico. Gaceta Médica de México. 1990. 126: págs. 283-289.
28. Manual de Indicadores de Servicios de Salud. Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud. Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/indicadores/FT_IR_v_final_oct_2014.pdf
29. López GAJ. Estudio de la satisfacción del paciente en odontología mediante cuestionarios de salud: adaptación al español del cuestionario “dental satisfaction questionnaire” Tesis doctoral. Departament de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de valencia. España. Enero 2012.

30. Losada OM, Rodríguez OA. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Rev. Cuadernos de Administración [en línea] 2007, 20 (julio-diciembre): [Fecha de consulta: 26 de agosto de 2019] Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20503411> > ISSN 0120-3592.
31. Grönroos, CA. Service quality model and its marketing implications. Rev. European Journal of Marketing, 1984. (18) págs.36-44.
32. Losada OM, Rodríguez OA. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Revista Cuadernos de Administración. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia vol. 20, núm. 34. Diciembre 2007, pág. 237-258.
33. Mora CCE. La calidad del servicio y la satisfacción del consumidor. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20503411>
34. López SOP. Cerezo CMP. Paz DAL. Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 9 (18): 124-136, Enero-Junio de 2010.
35. Lynne MF, Diana R. Monografía de la garantía de la calidad. Center for human services. Junio 2004.
36. Vandamme R, Leunis J. Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality. International Journal of Service Industry Management, 1993. 4 (3) págs.30-40.
37. Fajardo DG, Hernández TF, Aguilar RMT. Queja médica y calidad de la atención. 2009. Disponible en:
http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_00D.pdf
38. Juan M, Moguel AA, Valdés OC, et al. Universalidad de los servicios de salud en México. Salud Pública Méx [revista en la Internet]. 2018 [citado 2019 Jun 12]; 55(spe): 1-64. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000600001&lng=es.

39. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Editorial La Prensa Médica Mexicana. págs.1984. 194.
40. Corella CJM, Tarragón SMA, Mas VT, Corella MJM, Corella ML. Control de calidad como referente de la calidad asistencia. Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia. N°. 77, 2007, págs. 29-31.
41. Institute of Medicine America's Health in Transition. Protecting and improving quality. NAP. EUA.1994: 3.
42. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Mayo-junio 1993. Revista Salud Pública México. Vol. 5 (3) págs.238-247.
43. Álvarez HF. La relación calidad, productividad y costos en los servicios de salud. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán. México.
44. Castañeda DC. Propuesta metodológica para la evaluación de la calidad de los servicios clínicos de prótesis estomatológica. Rev. Medisan. México 2013 17; (10) 7048.
45. Reyes, ZH. Calidad en la atención de la salud. Salud Pública México. 2013. Vol. 55 (2) págs.100-105.
46. Donabedian A. Los siete pilares de la Calidad. Rev Calidad Asistencial 2001; 17: págs.96-100.
47. Rioboo R. Odontología Preventiva y Comunitaria. Madrid: Avances; 2002.
48. Consejo de Salubridad General. Estándares para la certificación de clínicas de atención primaria y consulta de especialidades. México 2015. Disponible en:
http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/capce/Estandares_2015_CAPCE.pdf

49. Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018. CONEVAL. México. Disponible en:
https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
50. Seclén PJ, Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores socio demográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. ISSN 1025 5583 págs. 127-141.
51. Pascoe G. Patient satisfaction in primary care: a literature review and analysis. *evaluation and program planning*. 1983; (6) pág.185-210.
52. Slim HL, Potvin DR. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Family Practice*. Great Britain, London. 2000. 17: 21–29.
53. Donabedian, A. The quality of care: How can it be assessed. *Journal of the American Medical Association*, 1998. 260 (12), págs.1743-1748.
54. Ruelas BE, Zurita GB. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. *Rev. Salud Pública de México*. 1993. 35: págs. 235-237.
55. Donabedian et al. Quality, Cost and Health: an integrative model. *Rev. Med Care* 1982. 10: págs.975-992.
56. Ruelas BE, Reyes ZH, Zurita GB, et al. Círculos de calidad como estrategia de un programa de la atención en el Instituto Nacional de Perinatología. *Rev. Salud Pública de México*. 1990. 32. Págs.270-220.
57. Donabedian, A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press. 1980.
58. Ruelas BE. Calidad, productividad y costos. México. *Salud Pública de México*. 1998. 35. Pags.298-304.
59. Sarrazola MAM, Castaño TMA, y Colaboradores. Satisfacción de los pacientes atendidos en Clínica Odontológica de la Universidad Cooperativa de Colombia. *Revista Nacional de Odontología*, oct 2016, Vol. 12 Issue 23, p1-12, 12p. Publisher

60. Sánchez JI, Bonne GT, Pérez FC, Botín DM. Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio Santiago de Cuba. Rev. Cubana Salud Pública. Cuba 2002. 28; 1(:) pags. 38-45.
61. Jacinto NJL. Percepción de la calidad de atención del paciente que acude a la Clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM durante el año 2007. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología E.A.P.de Odontología. Lima, Perú. 2008.
62. Maciejewski K. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. 1997. Med. Care. 35;(7) pág.14-30.
63. Ramírez ST, Nájera AP, Nigenda LG. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Rev. Salud Pública México. 1998. 40. Págs. 3-12.
64. Herrera KL, Villamil ÁM. Relación del personal de salud con los pacientes en la ciudad de México. México 2009. Rev. Salud Pública México 43; (4) págs. 589-94
65. Donabedian, A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad en: Calidad de Atención a la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública, México. Vol. 2, N° 3, Feb., 1995. Pág. 8.
66. Gobierno de México. Ciudad Juárez. 2010. Disponible en: <https://www.gob.mx/promexico/acciones-y-programas/ciudad-juarez>
67. Archivo de la Jefatura del Área Docente de la Unidad de Medicina Familiar número 67, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Juárez, Chihuahua. Disponible en: https://www.imip.org.mx/imip/files/radiografia/Radiografia_2018-2019_VC.pdf

Anexo 1

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

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

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

Fecha _____

Lugar de residencia:

Colonia _____ Delegación _____
o Municipio

Estado de convivencia: Solo En familia

Escolaridad: Primaria o menor Secundaria Nivel Técnico

Preparatoria Profesional

Ocupación: Profesional Empleo especializado

Obrero Calificado Empleado medio

Obrero Comercio en pequeño Subempleo

Nivel de ingreso familiar: Mayor a cinco salarios mínimos

Cuatro a cinco salarios mínimos

Dos a tres salarios mínimos

Un salario mínimo

Agradecemos la atención que se brinde al presente.

INSTRUCCIONES

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

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

II- CONTENIDO

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

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

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