

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

**CALIDAD DE SERVICIO EN UNA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA LIMA 2017**



PRESENTADO POR
PAOLA LEONOR CHACÓN MENDOZA

ASESOR
MGTR. RICARDO ALIAGA GASTELUMENDI

TESIS
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

LIMA, PERÚ
2019



CC BY-NC-ND

Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CALIDAD DE SERVICIO EN UNA CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ESPECIALIZADA LIMA 2017**

TESIS

PARA OPTAR

**EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**PRESENTADA POR
PAOLA LEONOR CHACÓN MENDOZA**

**ASESOR
MGTR. RICARDO ALIAGA GASTELUMENDI**

LIMA, PERÚ

2019

JURADO

Presidente: María del Socorro Alatrística de Bambarén, doctor en Medicina.

Miembro: Paul Fernando Cuellar Villanueva, magister en Administración.

Miembro: Carmen Castillo Castro, maestro en Gerencia de Servicios de Salud.

Tú estás entre las palabras y las páginas;
para ti, papá, con amor

AGRADECIMIENTOS

A Ricardo Aliaga Gastelumendi, Mgtr. en Administración de Negocios, por la firmeza y el optimismo con que me ha guiado en cada paso del desarrollo de esta investigación.

A Paul Cuellar Villanueva, Mgtr. en Administración, por mostrarme el camino inicial en el proceso de investigación y facilitarme las herramientas para poder comunicar mis ideas de manera correcta.

A Wilfredo Mormontoy Laurel, Mgtr. en Salud Pública, por su orientación sobre los aspectos estadísticos de la tesis.

A Cybill Chávez, Mgtr. en Gerencia de Servicios de Salud y Kelly Cáceda, Mgtr. en Estomatología, por su apoyo durante el proceso de validación del instrumento.

A la administración de la clínica odontológica especializada, en la que se realizó esta investigación, por su apoyo durante el proceso de recolección de información y por permitir la realización del estudio.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes	3
1.2 Bases teóricas	7
1.3 Definición de términos básicos	15
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
2.1 Formulación de hipótesis	16
2.2 Variables y su operacionalización	16
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Tipos y diseño	17
3.2 Diseño muestral	17
3.3 Técnicas de recolección de datos	18
3.4 Técnicas estadísticas para procesamiento de información	19
3.5 Aspectos éticos	20
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	21
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	29

CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
FUENTES DE INFORMACIÓN	36
ANEXOS	
1. Instrumentos de recolección de datos	
2. Validación de instrumento	

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad del servicio en una clínica odontológica especializada de Lima 2017.

Metodología: Es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y trasversal. La muestra se conformó de 291 pacientes; se utilizaron como instrumentos para la recolección de datos: una lista de cotejo en base a la norma técnica del Ministerio de Salud del Perú sobre Infraestructura y equipamiento, una ficha para registro de tiempo y el instrumento SERVQHOS modificado. El análisis de la información se realizó por medio de la estadística descriptiva usando el software SPSS 23.

Resultados: En la investigación se encontró que para la infraestructura y el equipamiento los requisitos establecidos se cumplen totalmente en 40.7 y 48.3% respectivamente; el tipo de presentación del paciente a la cita fue puntual en un 70.1%; el tiempo de registro en recepción duró de 0 a 5 minutos en el 93.8%; el tiempo de espera para la atención fue de 0 a 5 minutos para el 51.2%, de 6 a 15 minutos para el 36.8%, el resto de los pacientes, de 16 a 30 minutos o más; la percepción de la calidad de servicio fue mejor de lo que se esperaba para el 40.21% de los pacientes, seguido por el 35.74% de pacientes que la percibieron mucho mejor de lo que se esperaba.

Conclusión: Se obtuvieron resultados favorables para las tres dimensiones de la calidad de servicio en salud.

Palabras clave: Calidad de los servicios de salud, evaluación de proceso, evaluación de resultado, odontología

ABSTRACT

Objective: Evaluate the quality of the service in a specialized dental clinic in Lima, 2017.

Methods: It was a quantitative, descriptive and cross-sectional study. The sample consisted of 291 patients. The instruments for data collection was: a checklist based on the technical standard of the Ministry of Health of Peru on Infrastructure and equipment, a form for time recording and the modified SERVQHOS instrument. The analysis of the information was carried out by the descriptive statistic using the SPSS 23 software.

Results: In the research it was found that for infrastructure and equipment the established requirements are fulfilled "totally" in 40 and 48.3% respectively; the "patient's type of presentation to appointment" was puntual at 70.1%; the "registration time at reception" from 0 to 5 minutes in 93.8%; the "waiting time for attention" from 0 to 5 minutes for 51.2%, from 6 to 15 minutes for the 36.8%, the rest of the patients, from 16 to 30 minutes or more; the perception of quality of service was "better than expected" for 40.21% of patients, followed by 35.74% of patients who perceived it "much better than expected".

Conclusions: Favorable results were obtained for the three dimensions of quality of service in health.

Keywords: Quality of health care, process assessment, outcome assessment, dentistry

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere que el enfoque hacia la calidad requiere métodos que permitan evaluar las intervenciones sanitarias, sean estas de prevención, curativas o de apoyo, analizando su efectividad, eficacia y seguridad ⁽¹⁾. Así mismo, la Política de Calidad de Atención en Salud del Perú, menciona que la atención debe ser garantizada mediante la formulación de normas, estándares y estrategias que permitan su aplicación, control y evaluación ⁽²⁾. A pesar de que este planteamiento parece ir dirigido solo hacia los servicios públicos de salud, en el sector privado las políticas de las empresas que prestan servicios de salud están basadas en estos mismos fundamentos. Es así como la clínica odontológica especializada que investigamos, también tiene una filosofía empresarial que incluye la responsabilidad en todas sus actividades para asegurar así la calidad de los servicios que brinda.

Chafloc menciona que, mientras mejor sea la experiencia de los pacientes en una clínica, mejor será el nivel de bienestar; por ende, mayor será la rentabilidad y la captación de nuevos usuarios o pacientes ⁽³⁾. En las empresas privadas que brindan servicios de salud, como la clínica odontológica especializada que estudiamos; este concepto puede ser de mayor valor, por ello el mejoramiento continuo es indispensable y es debido a esto que se decide hacer esta investigación.

La clínica odontológica especializada, motivo de este estudio, tiene una alta afluencia de pacientes para todos los servicios que ofrece; sin embargo, se ha observado que el número de pacientes que retornan a la consulta después de la primera visita no es el esperado. Luego de conversar con el personal, surgieron algunas cuestiones que se revisaron como la calidad y cantidad de algunas instalaciones físicas, los tiempos en la atención y las opiniones del paciente sobre el servicio; cabe mencionar que la clínica no contaba con datos previos que nos permitieran hallar algún problema concreto; es así que esta investigación se planteó como objetivo general evaluar la calidad de servicio de dicha clínica odontológica especializada, en base a tres objetivos específicos en función de la evaluación de la estructura, el proceso y resultado.

En la actualidad, se impulsan muchas iniciativas para incrementar la calidad de los servicios de salud que se brindan en los establecimientos públicos y privados, en ese sentido, esta investigación es importante porque le permite a la clínica odontológica especializada evaluar su desempeño para luego mejorar los servicios que proporciona a la comunidad y, al mismo tiempo, le permite a la comunidad tener la garantía de que este establecimiento privado se mantiene en un proceso de perfeccionamiento permanente.

Esta investigación también hace posible la obtención de datos confiables que servirán para modificar o mejorar las dimensiones que presenten problemas en dicha clínica, haciendo posible el desarrollo de las estrategias necesarias para optimizar la atención que brinda.

Finalmente, y puesto que el bienestar del paciente es el interés principal de todo servicio de salud, se entiende que se deben utilizar todos los medios posibles para alcanzar niveles elevados de calidad en la atención de salud; por tanto, esta investigación es relevante, ya que la clínica odontológica especializada de manera voluntaria busca ser partícipe del proceso de cambio o perfeccionamiento en la atención que ofrece, promoviendo así procesos de mejora continua.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

Acerca de la dimensión estructura:

Chávez, en 2016, elaboró un estudio sobre calidad de atención del servicio de odontología de la Universidad de San Martín de Porres, en la ciudad de Lima. Utilizó, para ello, un diseño descriptivo, transversal y prospectivo, comparó lo referido a infraestructura con un *check list* de acuerdo con las medidas establecidas por el Ministerio de salud (MINSA) y las medidas que presentó la Clínica especializada en Odontología de la Universidad de San Martín de Porres (USMP). Los resultados mostraron que la USMP en lo referente a las medidas para infraestructura de los establecimientos de salud del primer nivel de atención según la norma del MINSA, cumple con el área mínima establecida en los ambientes de admisión, radiología, desinfección y esterilización. Sobre el equipamiento se encontró que las salas de atención y radiología oral cumplen con los requerimientos en su mayoría ⁽⁴⁾.

No se encontraron estudios adicionales que evaluaran el componente estructura de la calidad de servicio en el área odontológica.

Acerca de la dimensión proceso:

Chávez, en 2016, en su estudio acerca de calidad de atención del servicio de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres, también evaluó el tiempo de espera y el tiempo de atención en una muestra de 100 pacientes. Se encontró que el 93% de los pacientes esperó entre 0 y 15 minutos y el 7% esperó 30 minutos o más; también evaluó el tiempo de atención, este fue en el 88% de los casos mayor a 180 minutos, el 8% entre 60 y 180 minutos y solo el 4% menos de 60 minutos ⁽⁴⁾.

Toh y Sern, en 2011, realizaron un estudio que evaluó el tiempo de espera como un indicador clave de desempeño en las cuatro principales clínicas ortodónticas del gobierno de Selangor; el objetivo fue medir el tiempo de espera efectivo del

paciente y evaluar la conformidad de este con el Indicador Clave de Desempeño del Ministerio de Salud de Malasia (MSM) como una medida de la satisfacción del cliente. La muestra estuvo compuesta por 5286 pacientes, de los cuales el 33.8% llegó puntual; el 44.2%, temprano y el 21.9%, tarde a su cita. El promedio de tiempo de espera real (TER) en Selangor fue de 30 min (SD 24.7). El TER fue de 21.9 min (SD 17.4) para los pacientes puntuales a las citas, 40.3 min (SD 40.3) para los pacientes que llegaron temprano y 21.9 min (SD 19.8) para los pacientes que llegaron tarde, respectivamente. Aunque el promedio de TER fue largo para los pacientes que llegaron temprano, el 20% de ellos fueron vistos antes de su hora de cita. Las cuatro clínicas cumplieron (> 50%) con el objetivo de desempeño del MSM que consistía en que el porcentaje de pacientes atendidos dentro de los 30 minutos de su hora de cita no debía ser menor al 50%, y alcanzaron un cumplimiento promedio de 87.5% para Selangor ⁽⁵⁾.

Acerca de la dimensión resultado:

Chávez, en su estudio, realizado en 2016, sobre calidad de atención del servicio de odontología de la Universidad de San Martín de Porres, contó con una muestra de 100 pacientes y utilizó la encuesta SERVQUAL para medir la percepción de los pacientes conforme a las dimensiones: responsabilidad confiabilidad, seguridad, empatía y bienes tangibles; las cuales se midieron por medio de la escala de Likert. Los resultados mostraron que la percepción del paciente de acuerdo con las cinco dimensiones evaluadas según la escala de Likert alcanzó un puntaje de 7, que sugiere una consideración extremadamente buena. El mayor porcentaje se obtuvo en bienes tangibles, y el menor, en seguridad; finalmente, el 99% de los pacientes solucionó su problema de presencia de dolor o molestia ⁽⁴⁾.

Lora-Salgado, Tirado-Amador, Montoya-Mendoza y Simancas-Pallares, en 2016, realizaron un estudio sobre percepción de satisfacción y calidad de servicios odontológicos en una clínica universitaria de Cartagena, para recolectar la información. Elaboraron una encuesta que contenía ítems de: variables demográficas, para obtener información sobre satisfacción con respecto a: recurso humano, infraestructura, bioseguridad, información y tiempo de tratamiento; se consideró una escala de Likert de 1 a 5, desde 1 (completamente insatisfecho), 2

(medianamente insatisfecho), 3 (me da igual), 4 (medianamente satisfecho) hasta 5 (completamente satisfecho), además de preguntas específicas para calidad percibida en los servicios: información, bioseguridad, efectividad, eficacia y aceptabilidad. Los resultados mostraron, de manera global, que el 99.3 % de los sujetos manifestó estar satisfecho con los servicios prestados por la institución: el 98.9 % se mostró satisfecho con los indicadores de bioseguridad, el 96% con los de información y cerca del 80% satisfecho con la atención recibida por el recurso humano; a su vez, el 97.8% percibió que la atención se presta con calidad; la mayoría de los sujetos del estudio percibió la existencia de calidad para la información, la bioseguridad, la efectividad y la aceptabilidad, en tanto que el 21.3% considera la ausencia de calidad en lo que se refiere a eficacia en los procedimientos ⁽⁶⁾.

Gil y Montenegro, en el año 2012, estudiaron la calidad en el servicio de odontología de un hospital local del Municipio de Turbaco durante el segundo trimestre del año 2012 en relación a satisfacción del usuario y capacidad instalada. Para ello, contaron con una muestra de 250 pacientes y utilizaron dos instrumentos: el primero para medir la variable satisfacción del usuario fue una encuesta que constó de 10 preguntas, y el segundo, para la variable capacidad instalada, fue una lista de chequeo para verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos de atención mediante la técnica de observación. Los resultados para la variable satisfacción del usuario mostraron que en lo referente a instalaciones físicas hubo un 80% de satisfacción y el 20% de insatisfacción se debió en su mayoría a la falta de aseo de las áreas y a las instalaciones inadecuadas. Sobre la dotación de equipos el 72% de los pacientes se mostró satisfecho y el 28% restante, insatisfecho, debido principalmente a la falta de insumos. Sobre el trato humano, el 98% se mostró satisfecho; sobre la oportunidad, el 85%, satisfecho y el 15%, insatisfecho debido a los tiempos de espera. Finalmente, respecto a la percepción de la calidad, el 83% de los pacientes estuvo satisfecho. Sobre la capacidad instalada, los estándares referidos a recursos humanos e instalaciones se cumplen en 43 y 10%, respectivamente; ningún estándar sobre dotación y mantenimiento se cumplió ⁽⁷⁾.

Araya, Bustos, Castillo, Oliva y Araya, en 2012, determinaron la calidad del servicio odontológico de un Centro de Salud Pública Basado en Intangibles en Talcahuano

– Chile; 405 personas conformaron la muestra, emplearon la escala SERVPERF con una reagrupación de las dimensiones en 5 criterios: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, las valoraciones se expresaron en una escala de Likert del 1 al 7; este último fue el mejor puntaje. Los resultados mostraron un promedio general de 5.55. Respecto a tangibilidad, la valoración más alta (6.45) se alcanzó en pulcritud y limpieza del consultorio y el puntaje más bajo fue para los elementos de apoyo, con un puntaje de 4.85. Sobre fiabilidad, la valoración más alta (6.84) corresponde a la labor netamente administrativa. En las valoraciones bajas, destaca el no respeto por las horas predeterminadas con un puntaje de 5.02. En lo referente a capacidad de respuesta y seguridad, las valoraciones están en su mayoría sobre el promedio general. En cuanto a empatía, las puntuaciones en su mayoría se encuentran bajo el promedio general ⁽⁸⁾.

Rodríguez, en 2012, elaboró un estudio sobre los factores que influyen en la percepción de la calidad, de los usuarios externos de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; este fue de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal, cuya muestra estuvo integrada por 210 pacientes, seleccionados por medio de un muestreo aleatorio simple de dos etapas. Se utilizó el instrumento SERVQHOS modificado que fue sometido previamente a pruebas de validez. Los resultados alcanzados en el estudio indicaron para la calidad objetiva, que las dimensiones puntualidad en la atención y tiempo de espera son las que contribuyen de manera negativa en la percepción de la calidad; 25.2% y 25.7% de usuarios, respectivamente, consideraron que fue *peor de lo que esperaban*. La calidad subjetiva no presentó diferencias entre sus dimensiones, *como esperaba*, alcanzó los porcentajes más elevados (mayores al 40%), las siguientes calificaciones fueron mejor de lo que esperaba y mucho mejor de lo que esperaba, en todas las dimensiones. La calidad total fue regular para el 71.4% de los usuarios externos, buena para el 27.1% y mala para el 1.4% según su percepción ⁽⁹⁾.

Sarco, en 2012, realizó un estudio para determinar la calidad percibida por el responsable del paciente odontopediátrico atendido en la clínica odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener en Lima. Esta investigación fue descriptiva y transversal, dispuso de una muestra de 102 personas, aplicó el instrumento

SERVQHOS modificado, que consta de 19 ítems los que evalúan la calidad objetiva y subjetiva mediante una escala de Likert; además, utilizó una encuesta con preguntas referentes a la satisfacción global del usuario. El nivel de calidad percibida por los responsables de los pacientes odontopediátricos atendidos en la clínica odontológica fue bueno con un 64 %, se identificó que la mayoría de los ítems de calidad objetiva y subjetiva fueron considerados por la mayor parte de las personas como *mejor de lo que esperaban*, con valores de hasta 47 y 44% respectivamente. Al indagar por la satisfacción global, la mayoría estuvo satisfecho con un 59.6% ⁽¹⁰⁾.

1.2 Bases teóricas

Calidad de servicio en el contexto de la salud

La calidad forma parte de la naturaleza del ser humano, únicamente no la conocíamos de la forma que la conocemos hoy, ni tampoco se la evaluaba mediante herramientas o métodos ⁽¹¹⁾. El concepto más antiguo y utilizado de calidad es el de excelencia, es decir, lo mejor. La calidad, como excelencia, implica conseguir que todos los miembros de una organización se comprometan con el objetivo de obtener un producto lo mejor posible, empleando la mejor gestión, los mejores componentes y los mejores procesos posibles ⁽¹²⁾.

El servicio se conceptualiza como la acción o el efecto de servir ⁽¹³⁾. Duque concluye que el servicio se entiende como el trabajo, la actividad y/o los beneficios que producen satisfacción a un consumidor. Seguidamente, plantea una definición de servicio al cliente como: establecer y gestionar una relación donde se satisfacen las expectativas entre el cliente y la organización de manera mutua, mediante la retroalimentación y el interactuar de las personas a lo largo del proceso del servicio; buscando básicamente que las experiencias del cliente con el servicio que brinda la organización sean mejores ⁽¹⁴⁾.

La definición para servicios de salud precisa que estos son: los servicios dados por el personal de salud de manera directa o por otras personas que están supervisadas por ellos, con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud

(15). En términos similares, el Minsa define a la atención de salud como el conjunto de acciones de salud que se brinda a la persona, las cuales tienen como objetivo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que son efectuadas por el equipo de salud (16).

Así tenemos que la calidad de atención en salud se define como:

- Otorgar atención médica al usuario, oportunamente, de acuerdo con los conocimientos médicos y principios éticos actuales, satisfaciendo tanto las necesidades de salud y expectativas del usuario, como las del prestador de servicios y las de la institución (17).
- Una situación de la atención de salud que se anhela y que se consigue cuando están presentes determinadas cualidades o características en la atención (llamadas atributos de calidad en sus tres dimensiones: técnica, humana y de entorno) (18).
- Recibir atención médica de manera oportuna, con competencia profesional, seguridad y ética, de manera que se cubran las necesidades de salud y las expectativas, con un costo razonable (19).
- Aquella que es proporcional a su capacidad para lograr las mejoras deseadas en salud y bienestar en circunstancias agradables para los receptores y aprobadas socialmente (20).

Lorenzo menciona que Avedis Donavedian sentó uno de los hitos en la historia de la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria, cuando introdujo una de las primeras definiciones de proceso asistencial, como un todo que divide en: estructura, proceso y resultado (21).

Al evaluar la estructura se miden las características del escenario en que se proporcionan los servicios y la condición de los recursos para la prestación de estos. Los indicadores de estructura se explican en cuatro categorías: estructura física, ocupacional, financiera y organizacional, en función de los siguientes

recursos: materiales (Instalaciones, equipos y presupuesto monetario), recursos humanos (cantidad y calificación), aspectos institucionales o gerenciales: (organización del personal médico y métodos para su evaluación) ⁽²²⁾. El conocimiento de la estructura disponible, nos permitirá realizar un juicio de valor para acreditar la calidad y la eficiencia con que se están otorgando los servicios mediante el análisis de productividad, metas, índices de eficiencia, cumplimiento de programas y costos de operación ⁽¹⁷⁾. La ventaja de esta evaluación está en que permite la recolección de información objetiva, de gran validez y confiabilidad, sin embargo, su mayor desventaja radica en que de ella no se puede inferir la buena calidad de atención ⁽²³⁾.

La evaluación de proceso mide de forma directa o indirecta la calidad del trabajo que se realiza en el transcurso de la atención al paciente, por medio de todas las acciones ejecutadas de manera principal por el médico como el que produce documentación; como ejemplo tenemos la historia clínica y otros documentos que resultan de la labor asistencial ⁽²²⁾. Comprende las interrelaciones entre los recursos humanos, tecnológicos y económicos con las actividades intermedias y finales. Además, de los procesos administrativos y financieros incluye los inherentes al diagnóstico y al tratamiento de los pacientes ⁽²⁴⁾. Un requisito indispensable para una correcta evaluación de procesos, es contar con mecanismos que permitan seguir la atención y tiendan a garantizar la calidad del servicio. Entre estos mecanismos tienen gran importancia los comités, las juntas clínico-quirúrgicas, y las reuniones de correlación clínico patológicas ⁽²³⁾.

El resultado se mide a través de indicadores que nos permiten evaluar la conservación o mejoramiento de la salud del paciente, la existencia o no de complicaciones, la muerte o la invalidez, en distinto grado. Del mismo modo se evalúa la satisfacción que obtienen tanto el proveedor como el usuario de los servicios ⁽²³⁾. También se miden los cambios en los conocimientos adquiridos y en la conducta del paciente, sus familiares y/o la comunidad que podrían tener influencia sobre la salud futura ⁽²⁵⁾. Entre las ventajas de la evaluación de la calidad de resultados podemos encontrar que estos son más concretos y su cuantificación más exacta, validan la efectividad del cuidado a la salud ⁽²³⁾.

Escudero menciona que estos tres enfoques se complementan y que al enlazar la información de estos tres componentes podemos alcanzar *mayor confiabilidad* en las conclusiones que emitimos sobre de la calidad de la atención médica ⁽²⁵⁾. En este punto podemos citar a Fernández, quien menciona que: los indicadores de estructura permiten medir la calidad asistencial sobre la base de los medios empleados, los indicadores de proceso revelan el modo satisfactorio con que se cumple el proceso en ciertos puntos críticos y los indicadores de resultado miden o rastrean lo que es importante para el cliente o usuario ⁽²⁶⁾.

Medición de la calidad de servicio

El proceso de medición de la calidad del servicio, debido a sus características, implica que se establezcan diferentes niveles o formas de evaluación que permitan una valoración completa de ella ⁽¹⁴⁾.

Uno de los conceptos más usados para evaluar y medir la calidad del servicio en salud es el que propone Donabedian en el modelo estructura - proceso - resultado. Esta óptica valora la calidad del servicio desde un punto de vista técnico, y, por tanto, medirla y evaluarla es competencia de los profesionales de la salud ⁽²⁷⁾.

Para la medición del componente estructura, en el Perú, en el año 2015, el Ministerio de Salud aprobó la Norma Técnica N° 113- MINS/DGIEM-V.01 Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, con el objetivo de establecer criterios técnicos mínimos de diseño y dimensiones de la infraestructura física, así como para el equipamiento de los establecimientos de salud que indica la norma; las disposiciones que contiene este documento deben ser aplicadas de manera obligatoria en todos los establecimientos de salud sean estos públicos, privados o mixtos ⁽²⁸⁾.

Para la medición del componente proceso, existen métodos desarrollados por los sistemas empresariales, están los que utilizan la inspección, que consiste en la medición de determinados indicadores y su comparación con valores de referencia o estándares para determinar su cumplimiento o conformidad con ellos, la inspección es un sistema estático; por otro lado, están los que se utilizan para el control de procesos, estos implica la medición y el análisis de la variación de los

indicadores seleccionados que han de representar aspectos relevantes del proceso sometido a análisis y control, el control de procesos es un sistema dinámico y continuo, que permite tomar decisiones dentro de sus límites en relación a diversos atributos como la variabilidad de la práctica clínica, necesidades de los clientes, etc ⁽²⁹⁾. Sin embargo, las investigaciones muestran que los criterios técnicos son insuficientes en lo que respecta a su verdadera utilidad para medir y describir la evaluación que los pacientes hacen de la calidad del servicio, en el contexto de la salud ⁽²⁷⁾.

Como Jiménez, afirma, si se piensa en los servicios de salud como actividades que van dirigidas a la búsqueda del bienestar de los individuos y de las comunidades, es propio que la valoración o el juicio de los pacientes sea uno de los indicadores básicos cuando se evalúa su calidad. Así mismo, cita que Donabedian señalaba: la satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente, que son asuntos en los que éste es la autoridad última ⁽³⁰⁾.

En concordancia con lo anterior, la evaluación de la calidad del servicio en salud debe efectuarse incluso en base a criterios subjetivos, los cuales más adelante se pueden usar y trasladar a parámetros objetivos de desempeño ⁽²⁷⁾.

En este punto, cabe mencionar el modelo de medición de la calidad de la escuela nórdica, formulado por Grönroos (1988, 1994), llamado también *modelo de la imagen*, debido a que afirma que la calidad está relacionada con la imagen corporativa. Propone que la calidad percibida por los clientes es una fusión de la calidad técnica y la calidad funcional; la primera consiste en *qué* se da y la segunda hace referencia a *cómo* se da; ambas se relacionan con la forma en que el usuario percibe la empresa a través del servicio que presta, a esto último se le denomina imagen corporativa. La imagen se considera por tanto como elemento importante para medir la calidad percibida ⁽¹⁴⁾ ⁽³¹⁾.

Grönroos refiere que también la diferencia de la calidad esperada y la experimentada determina la calidad. Encontraremos una calidad percibida

satisfactoria cuando la calidad experimentada cumpla con las expectativas del usuario, es decir, haya satisfecho al cliente, es por ello, que cuando se encuentran muchas expectativas, la evaluación de la calidad se complica ⁽³¹⁾.

También existe el modelo SERVQUAL (1985, 1988) sus autores se basaron en el modelo de la desconfirmación, al igual que Grönroos, para desarrollar una herramienta que pudiera medir la calidad de servicio percibida ⁽¹⁴⁾.

Así tenemos las siguientes escalas de medición:

SERVQUAL

Esta escala fue desarrollada en varias etapas por sus autores Parasuraman, Berry y Zeithaml, su propuesta pertenece a la escuela americana de marketing ⁽³¹⁾. Estos investigadores elaboraron un instrumento de escala múltiple que presenta un alto nivel de fiabilidad y validez, este instrumento es útil para la mejor comprensión de las expectativas y percepciones de los clientes acerca del servicio que brinda una empresa ⁽³²⁾.

El desarrollo de este instrumento comenzó con la identificación de diez determinantes de la calidad de servicio, posteriormente concluyeron que estas no eran necesariamente independientes unas de otras e hicieron análisis estadísticos, encontraron que las dimensiones iniciales se correlacionaban y esto permitió reducir las dimensiones a cinco ⁽¹⁴⁾. Un examen del contenido de los ítems finales que componen cada una de las cinco dimensiones de SERVQUAL sugirió las siguientes etiquetas y definiciones breves para cada una de ellas ⁽³³⁾.

- Tangibilidad: Instalaciones físicas, equipos y apariencia del personal ⁽³³⁾.
- Confiabilidad/Fiabilidad: Capacidad para ejecutar el servicio prometido de manera precisa y fiable ^{(14) (33)}.
- Capacidad de Respuesta: Disposición para ayudar a los clientes y brindar un servicio rápido ⁽³³⁾.
- Garantía/Responsabilidad: Conocimiento y cortesía de los trabajadores y su capacidad para inspirar credibilidad y confianza ^{(14) (33)}.

- Empatía: Cuidado, atención individualizada que la firma proporciona a sus clientes (33).

Los autores diseñaron 22 preguntas relacionadas con las expectativas del usuario y el mismo número de preguntas respecto a sus percepciones acerca del servicio recibido, estas fueron evaluadas mediante en una escala de Likert con siete niveles. Así se tiene que, cuando las expectativas del usuario sobre el servicio recibido son superadas, este puede considerarse de excepcional calidad, por el contrario, si no se cumplen las expectativas el servicio se califica como deficiente y si se cumplen exactamente el nivel de expectativas del usuario, se define como un servicio de calidad satisfactoria (31).

Este modelo ha sido empleado en muchos campos además de la salud desde su creación, entre ellos hotelería, la educación universitaria, las telecomunicaciones entre otros, pero a pesar de ello y de su gran aporte la comprensión de la calidad de servicio ha recibido diversas críticas (31).

SERVPERF

Cronin y Taylor en 1992 elaboraron una escala más corta que SERVQUAL y la denominaron SERVPERF (27). Este modelo surgió debido a que diversos autores realizaron críticas al modelo SERVQUAL, especialmente refiriéndose a su escala para medir las expectativas (31).

SERVPERF descarta las expectativas en su modelo, sin embargo, emplea una escala semejante a la de SERVQUAL usando también 22 preguntas, pero solamente para evaluar las percepciones, haciendo con ello, más simple el proceso (31).

La escala basada en el desempeño (SERVPERF) según sus autores es eficiente en comparación con la escala SERVQUAL; debido a que reduce en un 50% la cantidad de elementos que se deben medir (de 44 a 22 ítems) (34). Evalúan sólo las percepciones, esto está justificado por la poca evidencia que existe respecto a que la diferencia entre expectativas y percepciones le permita al usuario medir la calidad

de un servicio, agregan también que existe la inclinación a valorar como altas las expectativas ⁽³¹⁾.

Duque concluye que la escala es la misma que SERVQUAL, y lo que cambia en sí son las preguntas del instrumento y la perspectiva de evaluación, ya que esta escala intenta superar las dificultades de utilizar las expectativas para evaluar la percepción de la calidad ⁽¹⁴⁾.

SERVQHOS

Mira, Aranaz, Rodriguez-Marin et al. explican sobre su trabajo: es un cuestionario, basado en SERVQUAL, que ha sido específicamente diseñado para el ámbito hospitalario público español (que con pequeños matices podría utilizarse en otros países de habla hispana) y que reúne la ventaja de un número reducido de ítems, facilidad y rapidez de la respuesta; que abarca los elementos básicos en la evaluación de la calidad percibida, incluyendo la calidad de la atención sanitaria y que, a diferencia de otras propuestas, combina expectativas y percepciones para obtener una medida compatible con el paradigma de la desconfirmación ⁽³⁵⁾.

El cuestionario principal lo conforman 19 preguntas. Agrupadas en: Calidad subjetiva (10 preguntas) y calidad objetiva (9 preguntas). El paciente valora la calidad asistencial puntuando cada una de estas preguntas, en una escala de Likert, que va de 1 a 5 combinando expectativas y percepciones tomando la forma de *mucho peor a mucho mejor de lo que esperaba*. Para obtener la puntuación SERVQHOS, se halla la media aritmética de los grupos de preguntas para calidad subjetiva y objetiva, y luego la media de ambos grupos ⁽³⁵⁾ ⁽³⁶⁾.

El primer factor, la calidad subjetiva es llamado así, debido a que las preguntas que lo integran se refieren a aspectos totalmente subjetivos, cuya evaluación externa sería complicada y están basadas principalmente en la opinión que tiene el paciente. El segundo factor, la calidad objetiva, está conformado por preguntas que se refieren a aspectos que permiten ser comprobados, como el estado de las habitaciones, la fiabilidad de horarios y la información que brinda el personal sanitario ⁽³⁵⁾.

En esta investigación y en base a toda la revisión previa:

El componente estructura se evaluará en base a los requerimientos establecidos en la Norma Técnica 113 – Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer nivel de atención -MINSA ⁽²⁸⁾, mediante una lista de cotejo.

El componente proceso se evaluará tal cual lo descrito por Fernández ⁽²⁶⁾ tomado un punto crítico, que en este caso será el tiempo de espera de los pacientes para su atención, utilizando para ello una ficha de registro.

El componente resultado se evaluará utilizando la escala SERVQHOS modificada, usando el instrumento validado por Rodríguez ⁽⁹⁾ para su aplicación en servicios odontológicos, con el fin medir la percepción de la calidad de servicio.

1.3 Definición de términos básicos

Calidad: Propiedad inherente a algo, que permite juzgar su valor. Superioridad o excelencia. Adecuación de un producto o servicio a las características especificadas ⁽¹³⁾.

Atención de Salud: Son las acciones de salud que tienen como objetivo promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud. Estas acciones se otorgan a la persona y son ejecutadas por el equipo de salud ⁽¹⁶⁾.

Estructura: Engloba las condiciones bajo las que se proporciona la atención médica, tales como los recursos humanos y materiales, así como las características de la organización ⁽²⁵⁾.

Proceso: Abarca las actividades que componen la atención médica, incluyendo los referentes al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y educación del paciente ⁽²⁵⁾.

Resultado: Impacto en el estado de salud individual y colectivo después del acto médico, en función de normas existentes y consensuadas en la materia ⁽²⁵⁾.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de hipótesis

No se formularon hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo.

2.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Naturaleza	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Categoría y sus valores	Medio de verificación
Calidad de servicio de salud	Hace referencia a todas las actividades que se dirigen a garantizar una atención de salud óptima.	Cualitativa	Estructura	Cumplimiento de características según norma técnica.	Ordinal	Se expresará como: (3) existe y cumplen totalmente con lo establecido (2) existe, y cumplen parcialmente con lo establecido. (1) no existe.	Lista de cotejo de infraestructura y equipamiento.
			Proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de presentación del paciente a la cita • Tiempo de registro en la recepción. • Tiempo de espera para la atención. 	De razón	Ei tipo de presentación del paciente a la cita expresará como: <ul style="list-style-type: none"> • Temprano (10 minutos antes de la hora de su cita) • Puntual (± 10 minutos de hora de cita) • Tarde (10 minutos después de la hora de su cita) El tiempo de registro en la recepción se expresará como: <ul style="list-style-type: none"> • 0 – 5 minutos • 6 – 10 minutos • 11 – 15 minutos • 16 minutos El tiempo de espera para la atención se expresará como: <ul style="list-style-type: none"> • 0 - 5 minutos • 6 – 15 minutos • 16 – 30 minutos • 31 minutos 	Ficha para registro de tiempo
			Resultado	Nivel de percepción de la calidad de servicio	Ordinal	Se expresará como: (5) Mucho mejor de lo que me esperaba (4) Mejor de lo que esperaba (3) Como me lo esperaba (2) Peor de lo que esperaba (1) Mucho peor de lo que esperaba	Encuest a SERVQHOS

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipos y diseño

Esta investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal. Estudio cuantitativo, porque trata de explicar un fenómeno transformándolo a dato estadístico; descriptivo, ya que se busca describir la calidad en la atención según sus dimensiones; transversal porque mide la variable una sola vez.

3.2 Diseño muestral

Población de estudio

Todos los pacientes que fueron atendidos en a la Clínica Odontológica Especializada del distrito de San Isidro - Lima, durante diciembre del año 2017. La característica de estos pacientes es que son tributarios de seguros privados, cancelan por los servicios en efectivo o mediante tarjetas de crédito.

Muestra

El cálculo del tamaño se realizó con un nivel de confianza del 95%. Precisión de 5% y un nivel de confianza deseado de 1.96 y una precisión absoluta de 0.05. Se tomó como referencia el número pacientes que acudieron a la clínica durante el mes de diciembre del año 2016 el cual fue de 1191.

El tamaño de la muestra se calculó como sigue:

n = tamaño de la muestra

N = 1191 pacientes durante diciembre de 2016

Z = 1.96

p = 0.50

q = 0.50

E = 0.05

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{E^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q} = \frac{1191 \cdot 1,96^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}{0,05^2 \cdot (1191-1) + 1,96^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}$$

$$n = \frac{1143.8}{3,94} = 290,3 = 291 \text{ pacientes.}$$

Criterios de selección

La selección fue no probabilística hasta completar el tamaño muestral.

Criterios de inclusión

Usuarios mayores de 18 años y los padres o apoderados de los usuarios menores de 18 años o de aquellos que presenten alguna discapacidad intelectual o trastorno mental; que acudan a la Clínica Odontológica Especializada del distrito de San Isidro – Lima durante el mes de diciembre del año 2017 y que cumplan con tener, al menos, una atención recibida antes de la aplicación de la encuesta.

Criterios de exclusión

Usuarios o apoderados que se nieguen a ser partícipes del estudio.

3.3 Técnicas de recolección de datos

La dimensión estructura, de la calidad de servicio, se midió utilizando una lista de cotejo elaborada en base a lo establecido según la Norma Técnica 113 – Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer nivel de atención -Minsa ⁽²⁸⁾. La lista de cotejo reúnen información sobre infraestructura y equipamiento de: consultorios, sala de radiología, desinfección y esterilización, zona de admisión, archivo de historias clínicas, sala de espera, servicios higiénicos, zona de apoyo, almacén general; adicionalmente en la sección infraestructura también se reúne información acerca de ubicación y relaciones principales de los ambientes, acabados y bioseguridad (anexo 1a).

La dimensión proceso, se midió utilizando una ficha para registro de tiempo, la cual permite el registro de los siguientes datos: hora de la cita, hora de llegada, tiempo de registro en la recepción, hora de llamado para la atención, tiempo de espera real (anexo 1b).

La dimensión resultado, se midió utilizando una encuesta según el modelo SERVQHOS modificado. Para esto, se tomó como base el instrumento SERVQHOS modificado validado por Rodríguez para su estudio acerca de los factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos ⁽⁹⁾.

Este instrumento fue sometido a una validación mediante un juicio de expertos (anexo 2) con el fin de establecer la validez de contenido, evaluando la capacidad de los ítems para medir lo que la prueba pretende medir. Se modificó la redacción de algunas preguntas en base a las recomendaciones hechas por los, expertos.

Adicionalmente, se desarrolló una prueba piloto en 20 pacientes con el fin de verificar la comprensión de las preguntas, corregir errores de redacción y la estimación del tiempo aproximado de duración de la aplicación. Los resultados de la prueba piloto fueron que dos de los pacientes sugirieron que: invertir el orden de las preguntas 15 y 16 podría permitir una respuesta más adecuada, ya que la tendencia en la pregunta 15 fue responder en base a la atención del doctor, cuando la pregunta específica de este profesional se realiza en la pregunta 16. Por este motivo, se decidió realizar la modificación del orden. Finalmente, para evaluar la fiabilidad del instrumento se utilizó el estadístico alfa de Cronbach obteniendo como resultado 0.981 que por ser un valor tan cercano a la unidad nos indica una excelente consistencia interna del instrumento, lo que nos sugiere que existe coherencia y precisión de las medidas que se obtienen con el mismo. De esta manera, quedó la encuesta lista para su aplicación en el presente estudio de investigación (anexo 1c). El instrumento SERVQHOS modificado consta de 19 preguntas que indagan por la calidad objetiva y subjetiva; utilizando la escala de Likert con 5 niveles que expresaran la percepción del paciente en función de su expectativa, del 1 al 5 yendo de mucho peor a mucho mejor. El tiempo aproximado de duración es de la encuesta fue de 7 minutos.

3.4 Técnicas estadísticas para procesamiento de información

Se utilizó la base de datos en Excel 2016, para ordenar la información y el software SPSS 23 para el análisis de la información por medio de la estadística descriptiva. Como producto del procesamiento cuantitativo se obtuvieron las tablas y figuras.

3.5 Aspectos éticos

Se coordinaron los permisos con el director de la clínica para la aplicación de los instrumentos, con el compromiso de: mantener la confidencialidad de la información, no dañar la integridad de las personas y recordar que la participación de los pacientes es voluntaria en todos los casos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Tabla 1. Cumplimiento de requerimientos de infraestructura en una clínica odontológica especializada Lima 2017

Infraestructura en una clínica odontológica especializada Lima 2017			
	CUMPLIMIENTO		
	No Cumple	Cumple Parcialmente	Cumple Totalmente
Ubicación y relaciones principales de los ambientes	-	1	2
Consultorios	2	1	2
Sala de Radiología	-	2	4
Desinfección y esterilización	2	1	1
Zona de admisión	-	2	4
Archivo de Historias Clínicas	5	3	-
Servicios higiénicos de personal	-	-	3
Sala de espera	1	1	1
Servicios higiénicos públicos	-	2	2
Zona de apoyo	3	1	2
Almacén general	1	1	2
Acabados	1	4	1
Bioseguridad	-	1	-
Total	15	20	24
Porcentaje	25.4%	33.9%	40.7%

La tabla 1, muestra el grado de cumplimiento de los requerimientos sobre infraestructura según la norma técnica N° 113-MINSA. El 40.7% de ellos se cumplen totalmente, el 33.9% se cumple de manera parcial y hacen referencia a cuestiones puntuales de materiales, medidas o localización de estructuras; por su parte el 25.4% de los requerimientos que no se cumplen y se refieren en su mayoría al tema de áreas mínimas establecidas para los ambientes.

Tabla 2. Cumplimiento de requerimientos de equipamiento en una clínica odontológica especializada Lima 2017

Equipamiento en una clínica odontológica especializada Lima 2017			
	CUMPLIMIENTO		
	No Existe	Existe y Cumple Parcialmente	Existe y Cumple Totalmente
Consultorio	4	4	11
Sala de Radiología	3	1	5
Desinfección y esterilización	7	5	5
Zona de admisión	8	-	13
Archivo de Historias Clínicas	5	2	1
Servicios higiénicos personal	-	-	1
Sala de espera	2	1	2
Servicios higiénicos públicos	-	-	1
Zona de apoyo	2	-	1
Almacén general		1	2
Total	31	14	42
Porcentaje	35.6%	16.1%	48.3%

En la tabla 2, se observa el grado de cumplimiento de los requerimientos sobre equipamiento según la norma técnica N° 113-MINSA. El 48.3% existe y cumple totalmente con lo requerido, el 16.1% existe y cumple parcialmente los requerimientos, en la mayoría de los casos el cumplimiento parcial se debe al tipo de material de los objetos; el 35.6% del equipamiento requerido no existe y en su mayoría se trata de sillas, estantería, relojes o vitrinas.

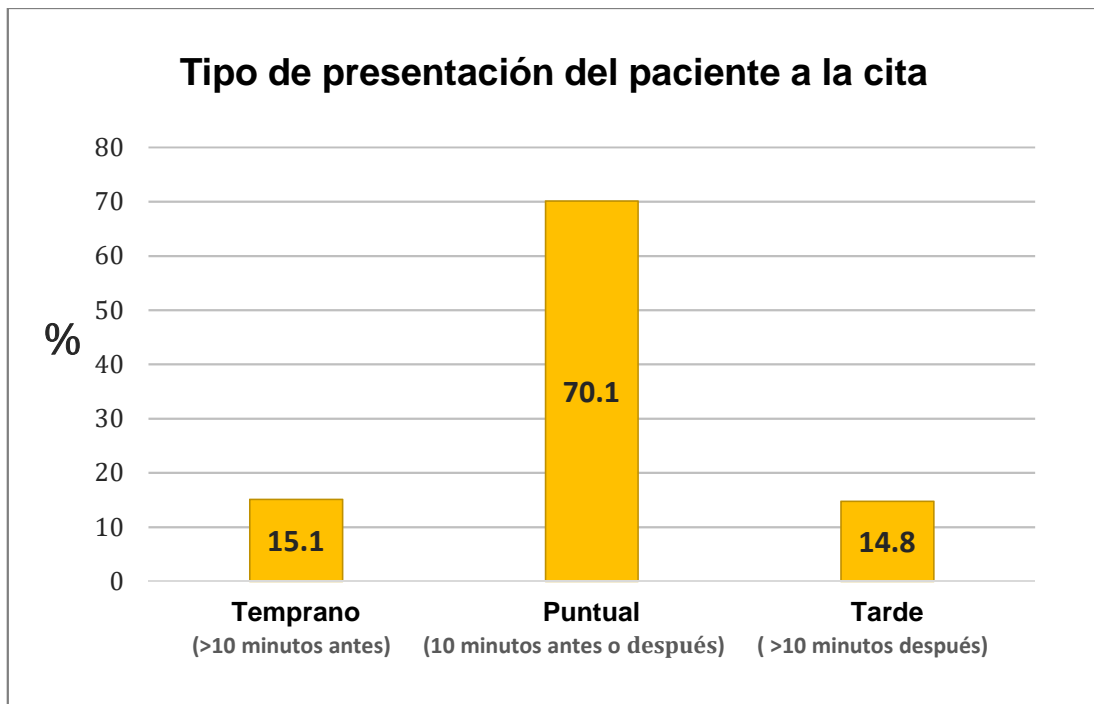
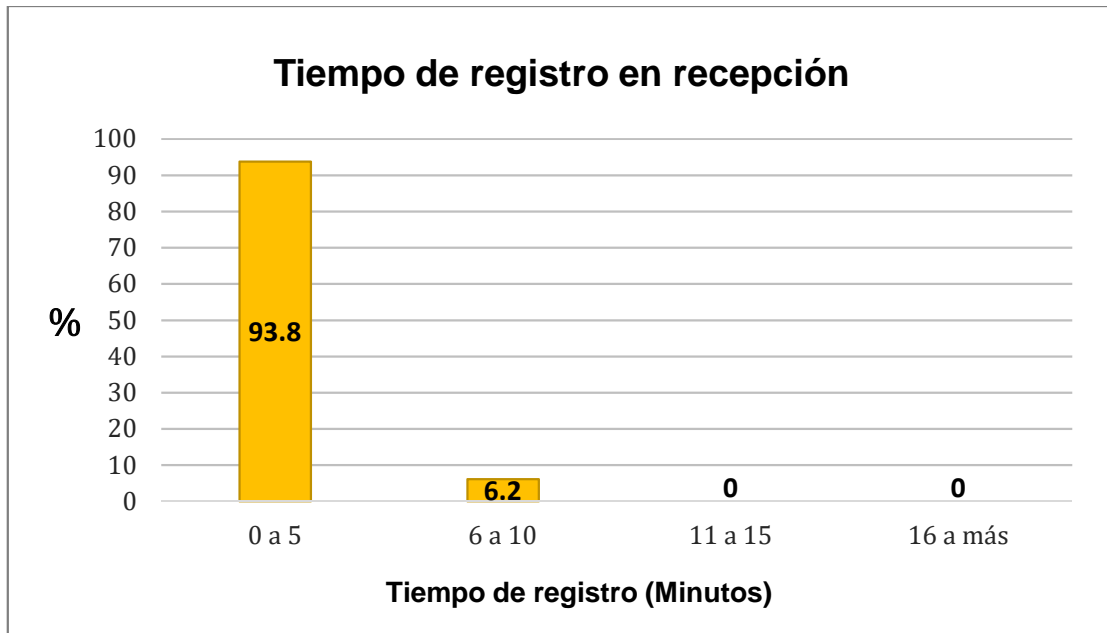


Figura 1. Tipo de presentación del paciente a su cita en una clínica odontológica especializada Lima 2017

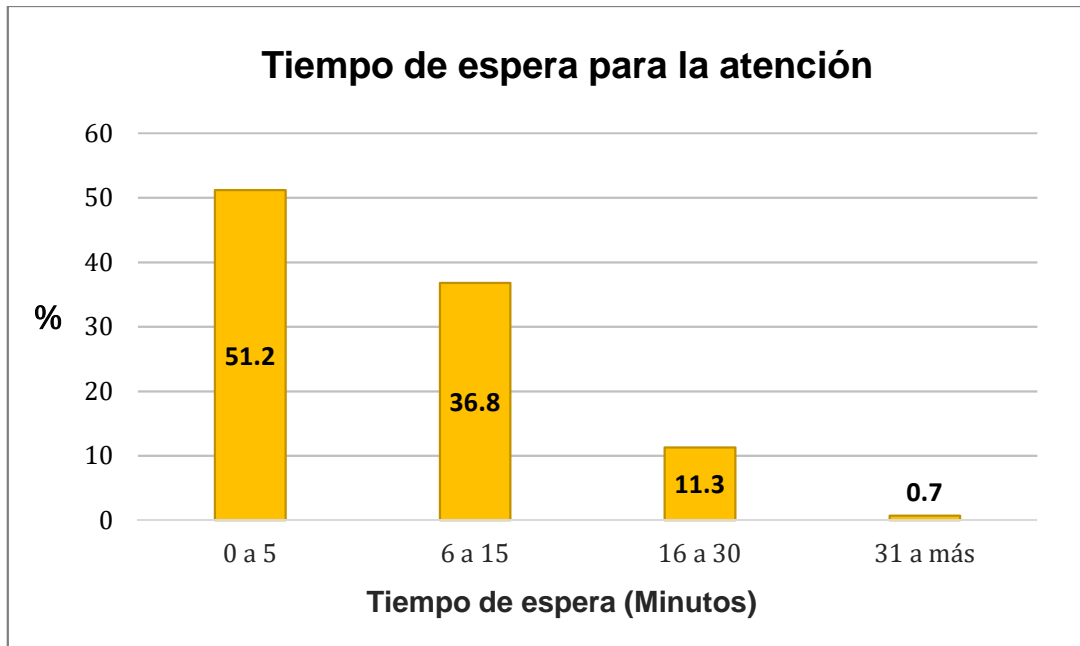
La figura 1 muestra el tipo de presentación del paciente a la cita. El 70.1% acude puntualmente es decir entre 10 minutos antes o después de la hora pactada, por su parte el 15.1 % acude con más de 10 minutos de antelación para la cita; mientras que un porcentaje similar el 14.8% acude tarde es decir más de 10 minutos después de la hora pactada para la atención.



$$\bar{X} = 3.35, S = 1.324$$

Figura 2. Tiempo de registro en la recepción en una clínica odontológica especializada Lima 2017

La figura 2 muestra los tiempos de registro en recepción. Se observa que la gran mayoría de los pacientes, es decir, el 93.8% demoran entre 0 y 5 minutos en la recepción; un porcentaje menor, el 6.2% tardan entre 6 y 10 minutos, ningún paciente demoró más de 11 minutos.



$$\bar{X} = 7.66, S = 6.755$$

Figura 3. Tiempo de espera para la atención en una clínica odontológica especializada Lima 2017

En la figura 3, podemos observar que el 51.2% de los pacientes demoró de 0 a 5 minutos; el 36.8% entre 6 y 15 minutos; el 11.3% de 16 a 30 minutos y un porcentaje menor el 0.7% espero más de 31 minutos.

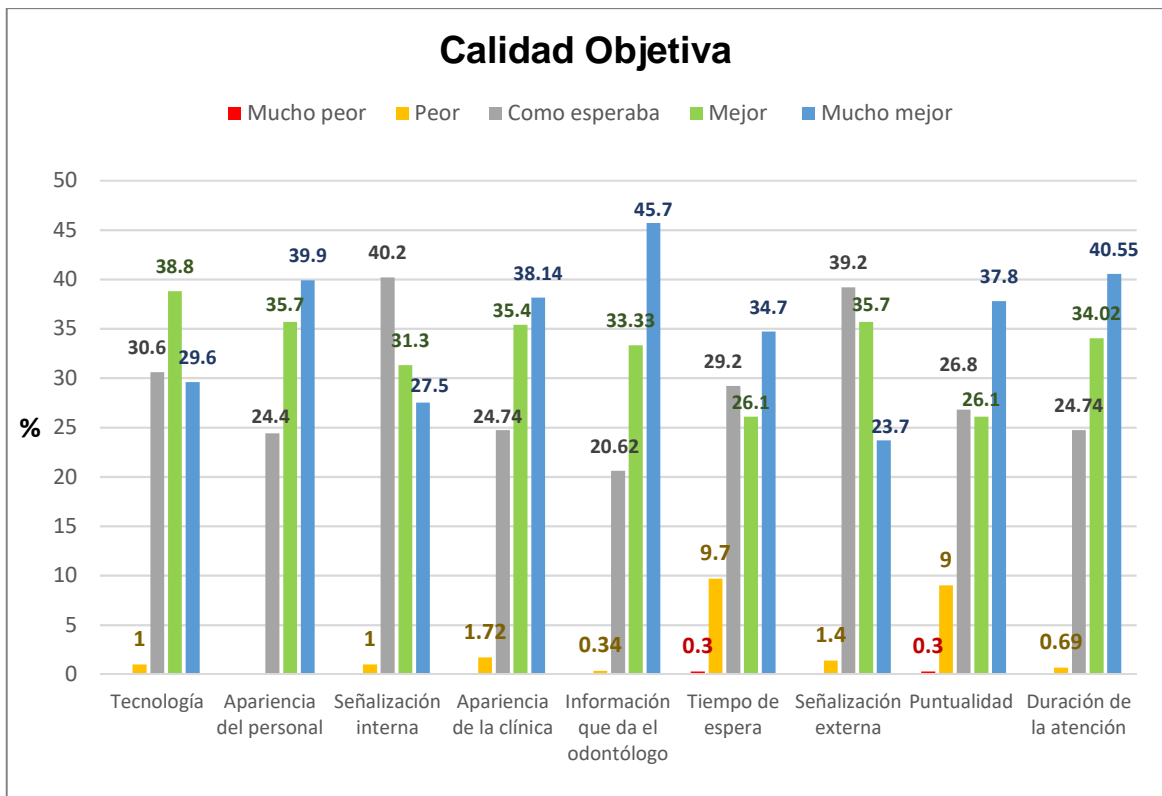


Figura 4. Percepción de la calidad Objetiva en una clínica odontológica especializada Lima 2017

La figura 4 muestra la percepción de calidad objetiva. Para la tecnología, la apariencia del personal y de la clínica, la señalización interna y externa, la información que da el odontólogo así como para la duración de la atención entre el 98 y 100% de los pacientes encuentran que la calidad es como la esperaban, mejor o mucho mejor; sin embargo, para el tiempo de espera y para la puntualidad el 9.7 y el 9% de los pacientes, respectivamente, consideran que fue peor de lo que esperaban; el 0.34% en ambos casos opina que fue mucho peor de lo que esperaban, los porcentajes restantes 90 y 90.7% de ambos casos dividen sus opiniones entre cómo me lo esperaba, mejor y mucho mejor de lo que esperaba.

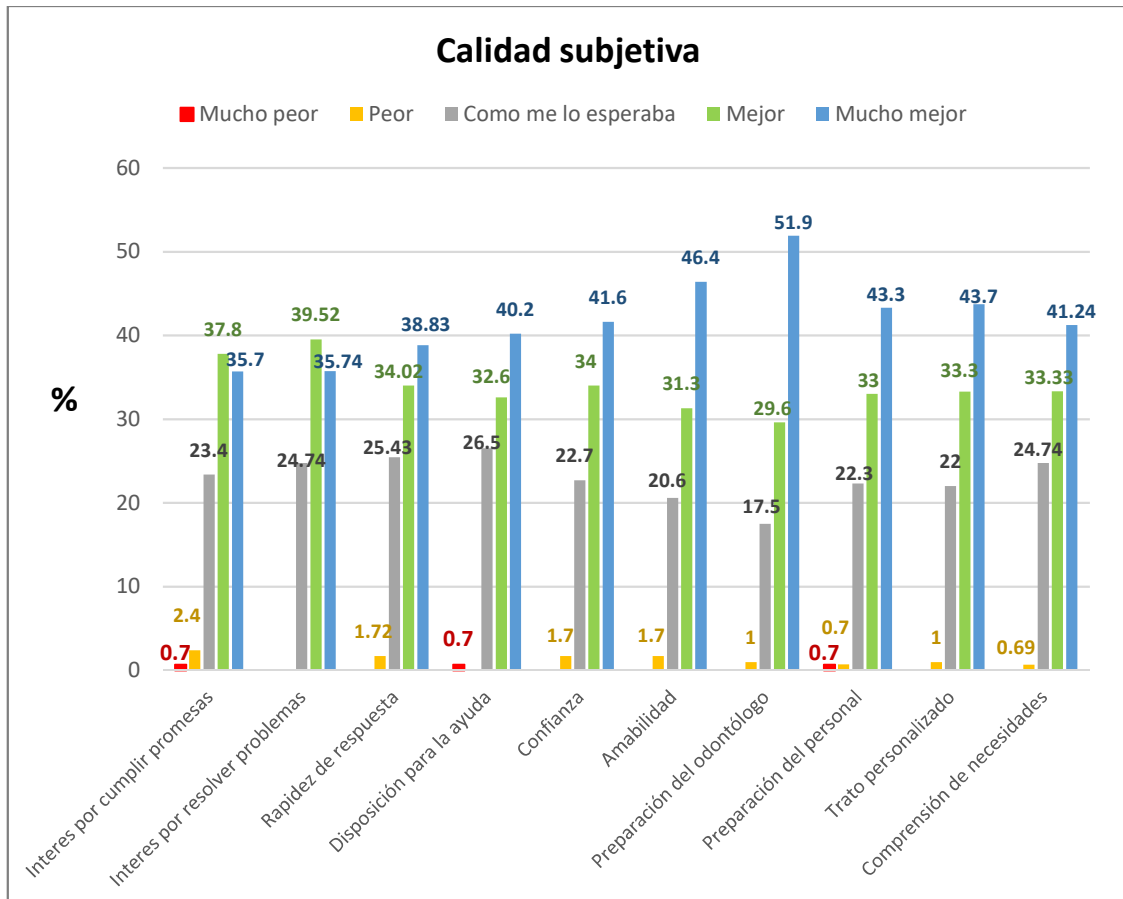


Figura 5. Percepción de la calidad Subjetiva en una clínica odontológica especializada Lima 2017

En la figura 5, se observa la percepción de la calidad subjetiva. Entre el 96.9 y 100% de los pacientes considera que la calidad subjetiva fue como se la esperaba, mejor o mucho mejor, en todos los aspectos; pero, existen también, porcentajes menores que oscilan entre el 0.69% y el 2.4% que la consideran peor o mucho peor de lo que esperaban, en todos los aspectos excepto el interés por resolver problemas.

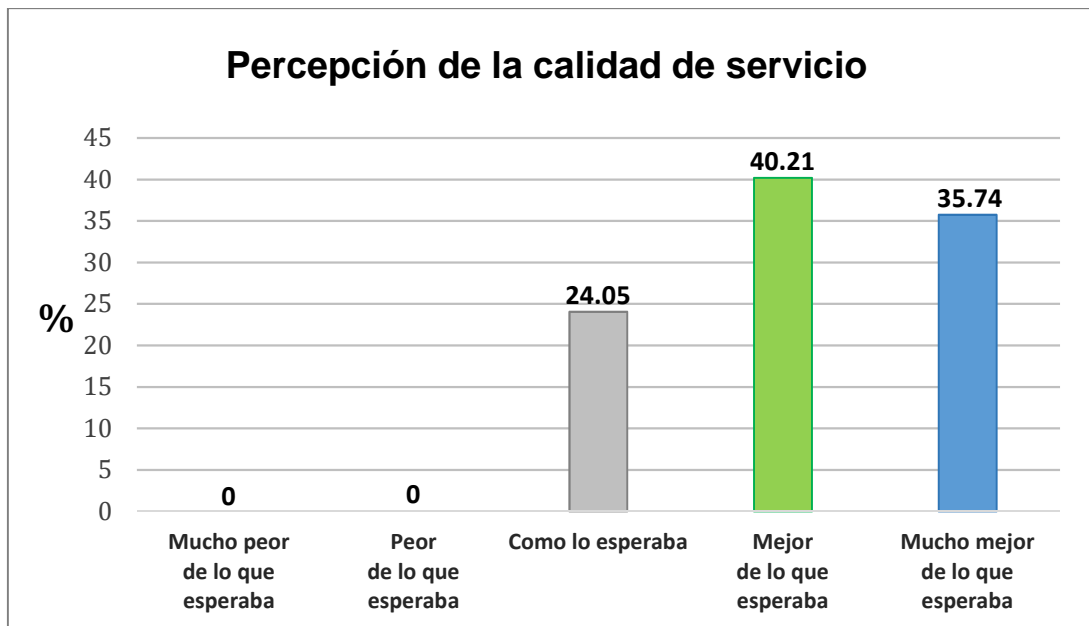


Figura 6. Percepción de la calidad de servicio en una clínica odontológica especializada Lima 2017

La figura 6 muestra la percepción de la calidad de servicio. Podemos observar porcentajes altos para mejor y mucho mejor de lo esperaba, 40.21% y 35.74% respectivamente; el 24.05% consideró que la calidad fue como se la esperaba y ningún paciente la considero peor o mucho peor.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En el presente estudio, se evaluó la calidad de servicio en una clínica odontológica especializada a través de los componentes estructura, proceso y resultado.

El componente estructura se evaluó en base a la Norma técnica Infraestructura y equipamiento de los servicios de salud del primer nivel de atención ⁽²⁸⁾, cuyo objetivo es establecer criterios técnicos mínimos con la finalidad de contribuir a un adecuado dimensionamiento de los establecimientos de salud de primer nivel de atención ⁽²⁸⁾. La estructura se evaluó en dos partes: Infraestructura y equipamiento.

Al evaluar la infraestructura de la clínica los resultados mostraron que la mayoría de los requerimientos se cumplen totalmente, sin embargo, los requerimientos que se cumplen de manera parcial representan también un número importante y se deben en su mayoría a que los elementos existentes no cumplen con las medidas establecidas, no son del material requerido o sus características físicas no son las indicadas según la norma técnica. Así mismo, sobre los requerimientos que no se cumplen y representan un 25.4 %, el mayor número se encontró en el archivo de historias clínicas y se debe a la ausencia de determinadas características físicas, requeridas para dicho ambiente; el resto de los incumplimientos están relacionados en su mayoría con áreas mínimas establecidas para los ambientes, que no se cumplen en el caso de los consultorios, el ambiente de toma de rayos X oral, el ambiente de desinfección y esterilización y el almacén general. Chávez ⁽⁴⁾ realizó un estudio similar en una clínica odontología universitaria donde al evaluar la infraestructura encontró que sí se cumplía con tener áreas mínimas establecidas excepto en el ambiente de desinfección y esterilización, lo cual también se encontró en nuestro estudio, cabe destacar que, la medición del área mínima establecida para consultorio no fue incluida en dicho estudio.

Sobre la extensión de las áreas mínimas, en el caso del ambiente para desinfección y esterilización, la clínica que evaluamos no cumplen las dimensiones requeridas para las diferentes áreas de trabajo, sin embargo, cabe mencionar que la norma técnica indica lo siguiente para dos de ellas: el área requerida para descontaminación y lavado servirá además para la recepción de ropa y material

contaminado, en el caso del área de almacenamiento esta incluirá también la entrega de ropa y material esterilizado ⁽²⁸⁾; es necesario señalar que, los procesos de recepción y entrega de ropa no se realizan en la clínica odontológica especializada que evaluamos en nuestro estudio por lo tanto, el área mínima establecida para estas áreas de trabajo podría considerarse excesiva si tomamos en cuenta que la norma define como área mínima a la superficie necesaria para el desarrollo de las prestaciones, actividades de salud y administrativas, considerando la disposición de equipamientos y mobiliario así como funciones y cantidad de usuarios ⁽²⁸⁾. Por otro lado, es necesario tomar en cuenta que un espacio muy reducido puede impedir una correcta diferenciación de las áreas de trabajo, como ocurre en la clínica que evaluamos, la norma establece que: en el ambiente de desinfección y esterilización las áreas de trabajo deben estar diferenciadas, limitándose y manteniendo un flujo unidireccional ⁽²⁸⁾, esto para cumplir con los parámetros de bioseguridad que son indispensables en este tipo de ambientes.

De igual manera, el no cumplimiento con el área mínima establecida para consultorios evaluados en nuestro estudio puede deberse a que el área establecida para un consultorio odontológico según la norma, es un área en la cual se realizaran además de la atención, los procesos de desinfección esterilización y almacenamiento de instrumental y materiales por lo cual el requerimiento de un área de 14 m² podría justificarse, pero siendo esta una clínica odontológica que cuenta con un área exclusiva para la realización de dichos procesos las dimensiones podrían ser menores, desde luego esto implicaría una modificación de la norma técnica, o la elaboración exclusiva de una norma para clínicas odontológicas.

Con respecto al equipamiento encontramos que la mayor parte existe y cumple totalmente con lo requerido, un número menor existe pero solo cumple parcialmente los requerimientos, en su mayoría se trata de mobiliario que no cumple con la característica de ser de acero inoxidable; en este punto cabe mencionar que la norma técnica indica respecto al mobiliario clínico que: el acero inoxidable proporciona ventajas adicionales como fácil mantenimiento, menos contaminación, fácil limpieza, más resistencia al oxido ⁽²⁸⁾. Acerca del equipamiento que no existe y que representa el 35.6%, se observa que la mayoría de este incumplimiento se

da en las áreas de desinfección y esterilización, en la zona de admisión y en el archivo de historias clínicas; las ausencias en su mayoría se tratan de mobiliario de oficina excepto en el área de desinfección donde faltan aparatos que podrían facilitar la preparación del material o su transporte. En el estudio realizado por Chávez ⁽⁴⁾ se evaluó el equipamiento en las salas de atención y de radiología cumpliendo con los requerimientos en su mayoría excepto por los cubos para desperdicios de acero inoxidable y la cámara intraoral.

Respecto al componente proceso en nuestro estudio se evaluaron tres elementos, primero, el tipo de presentación del paciente a la cita, encontrando que el 70.1% de los pacientes acuden puntualmente a la cita; así mismo, el porcentaje restante de pacientes se divide en proporciones muy similares entre los acuden con más de 10 minutos de anticipación a su cita, es decir temprano, y los que acuden tarde es decir más de 10 minutos después de la hora pactada para la consulta. En un estudio similar realizado por Toh y Sern ⁽⁵⁾ en Selangor se encontró que el 33.8% llegaron puntualmente, así mismo, un número importante el 44.2% de pacientes llegó temprano, mientras que el 21.9% llegó tarde a la cita. A pesar de la diferencia entre las poblaciones se observa que en ambos casos la mayoría de los pacientes llegaron temprano o puntualmente a la consulta, aunque el porcentaje más alto lo encontramos en nuestro estudio.

Segundo, se evaluó el tiempo de registro en recepción; así tenemos que, aproximadamente el total de pacientes demora entre 0 y 5 minutos en la recepción; el restante de los pacientes tardan entre 6 y 10 minutos; el promedio de tiempos de registro es de 3.35 minutos con una desviación estándar de 1.324 minutos; lo cual nos indica que el tiempo que los pacientes invierten en este proceso en general es bastante corto.

Tercero, se obtuvieron los tiempos de espera para la atención, el 51.2% de los pacientes esperó entre 0 y 5 minutos, el 36.8% entre 6 y 15 minutos, el 11.3% entre 16 a 30 minutos y el 0.7% esperó más de 30 minutos. Chávez ⁽⁴⁾ en su estudio realizado en Lima, también evaluó el tiempo de espera encontrando que el 93% de los pacientes esperaron entre 0 y 15 minutos, el 7% restante entre 16 y 30 minutos o más; observamos que en ambos estudios la gran mayoría de los pacientes espera

entre 0 y 15 minutos, pero además en nuestro estudio se obtuvo que más de la mitad de esta mayoría espera solamente de 0 y 5 minutos, siendo este un resultado más notable. Por otro lado, en nuestra investigación también se halló el promedio de estos tiempos de espera, obteniendo como resultado 7.66 minutos con una desviación estándar de 6.755 minutos. En el estudio realizado por Toh y Sern ⁽⁵⁾ se halló que el promedio de tiempo de espera fue de 30 minutos con una desviación estándar de 24 minutos; como vemos la diferencia entre los promedios de ambos estudios es importante, esta discrepancia podría deberse al hecho de que las clínicas evaluadas por Toh y Sern ⁽⁵⁾ son estatales y la que evaluamos en esta investigación es privada y desde luego la demanda y el proceso de atención son diferentes y pueden influir en los tiempos de espera.

Para el componente resultado se evaluó el nivel de percepción de calidad de servicio por medio del instrumento SERVQHOS modificado. Sobre la calidad objetiva se encontró que, para la mayoría de los ítems evaluados excepto el tiempo de espera y la puntualidad entre el 98 y 100% de los pacientes percibieron que la calidad fue como la esperaban, mejor de lo que esperaban o mucho mejor de lo que esperaban, en proporciones similares; sin embargo, para el tiempo de espera y para la puntualidad aunque la mayoría de las valoraciones son positivas el 9.7 y 9% respectivamente, consideraron que fue peor de lo que esperaban, el 0.34% en ambos casos opina que fue mucho peor. Rodríguez ⁽⁹⁾ realizó un estudio similar encontrando que para la calidad objetiva todos los aspectos evaluados tuvieron valoraciones positivas, excepto por el tiempo de espera y la puntualidad encontrando que el 25.2 y 25.7% de los pacientes consideraron que fue peor de lo que esperaban; Sarco⁽¹⁰⁾ por su parte halló también que los aspectos de la calidad objetiva fueron considerados positivamente, la mayoría de ellos como: mejor de lo que esperaban.

Así mismo al evaluar la calidad subjetiva se encontró que para todos aspectos evaluados entre el 96.9% y 100% de los pacientes dividió sus percepciones entre: como me lo esperaba, mejor de lo que esperaba y mucho mejor de lo que esperaba, casi todos los aspectos excepto el interés por cumplir promesas y el interés por resolver problemas, fueron considerados por la mayoría de los pacientes como mucho mejor de lo que esperaban en porcentajes que van de 38.8 a 51.9%; sobre

el interés por cumplir promesas y por resolver problemas la mayoría opinó que fue mejor de lo que esperaban. Rodríguez ⁽⁹⁾ y Sarco ⁽¹⁰⁾ encontraron resultados similares al nuestro para la calidad subjetiva, obteniendo valoraciones positivas, en el caso de Rodríguez ⁽⁹⁾ la mayoría de los pacientes consideraron que fue como lo esperaban con porcentajes superiores al 40% seguidos de mejor de lo que esperaban y mucho mejor de lo que esperaba, para todos los elementos evaluados; Sarco ⁽¹⁰⁾ encontró que la valoraciones con mayores porcentajes fueron mucho mejor y mejor de lo que esperaba, para casi todos los aspectos que fueron consultados excepto la rapidez de respuesta donde *como lo esperaba* obtuvo un porcentaje mayor.

Finalmente, nuestra investigación halló que para la calidad percibida un mayor porcentaje de pacientes, el 40.21%, opinó que esta fue *mejor de lo que esperaba*, seguida en las valoraciones por *mucho mejor de lo que esperaba* y *como lo esperaba*, no se obtuvieron valoraciones negativas; estos resultados son similares a los encontrados por Chávez ⁽⁴⁾ quien encontró en su estudio que la calidad percibida fue en su mayoría extremadamente buena, del mismo modo en el estudio realizado por Lora – Salgado et al.⁽⁶⁾ el 97.8% de los pacientes percibieron que la atención se presta con calidad, del igual manera en el estudio realizado por Gil y Montenegro ⁽⁷⁾ se halló que el 83% de los usuarios percibían la calidad como satisfactoria, Araya et al.⁽⁸⁾ en su estudio encontraron una valoración promedio de 5.55 para la calidad en una escala del 1 al 7 y consideraron que este promedio indicaba aprobación; sin embargo, se requerían mejoras en cuanto al trato humano y cumplimiento de horarios. Podemos observar que la percepción de la calidad adquiere valoraciones positivas en la mayoría de las investigaciones, algunas indican la necesidad de mejoras en los puntos hallados deficientes, en nuestra investigación pese a que el porcentaje de desaprobación en algunos ítems no influyen de manera determinante en el resultado general, el tiempo de espera y la puntualidad requerirán mejora o perfeccionamiento para optimizar el servicio.

CONCLUSIONES

Para el componente estructura: la infraestructura y el equipamiento cumplen en mayor porcentaje los requerimientos establecidos y de este porcentaje el cumplimiento es *total* en mayor proporción.

Para el componente proceso: el tipo de presentación del paciente a la cita fue puntual en más de dos tercios de los pacientes, el tiempo de registro en recepción fue de 0 a 5 minutos para casi la totalidad de los pacientes, por último, el tiempo de espera para la atención, duró para más de la mitad de los pacientes de 0 a 5 minutos, así mismo, un poco más de la tercera parte de los pacientes espero entre 6 y 15 minutos.

Para el componente resultado: La percepción de la calidad de servicio fue considerada por la mayoría de los pacientes y en proporciones similares mejor de lo que se esperaba y mucho mejor de lo que se esperaba, con una ligera mayoría para mejor de lo que se esperaba.

RECOMENDACIONES

Será importante para la clínica tener en cuenta los requerimientos de la norma técnica en cuanto a infraestructura y mejorar sobre todo el ambiente de archivo de historias clínicas para hacerlo más funcional y seguro; respetar las áreas mínimas establecidas, así como cumplir con la diferenciación de las áreas de trabajo, especialmente para los ambientes de desinfección y esterilización contribuirá a un trabajo más eficiente y permitirá una mejor aplicación de la bioseguridad. Sobre el equipamiento es fundamental tener presente la recomendación que hace la norma sobre el material del mobiliario clínico para en el futuro realizar implementaciones adecuadas.

Es necesario que el Ministerio de Salud considere que los establecimientos dedicados a brindar servicios odontológicos de manera exclusiva, tienen una dinámica diferente a los establecimientos de salud que proporcionan servicios médicos y adicionalmente cuentan con un consultorio odontológico, los requerimientos de infraestructura y equipamiento definitivamente varían, por lo tanto, en algunos casos la norma técnica usada en este estudio podría estar siendo demasiado exigente o demasiado flexible.

Es conveniente hacer una evaluación que permita determinar por qué los tiempos de espera pueden extenderse más de allá de los 15 minutos, a pesar de que el porcentaje de pacientes que esperaron estos tiempos fue minoritario esto permitirá tomar medidas que optimicen dicho proceso.

La evaluación de la percepción de calidad nos ha indicado que los únicos dos aspectos con valoraciones negativas son el tiempo de espera y la puntualidad, aunque los porcentajes son bajos esto ratifica la necesidad de implementar mejoras en estos campos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Pan American Health Organization PAHO [internet]. EEUU: PAHO; 1995 [Actualizado 26 Ene 2017, citado 07 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/>
2. Ministerio de Salud del Perú. Documento técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. Lima: MINSA; 2009.
3. Chafloc Sandoval L, Escarcena Toledo RE, Fernandini Valenzuela JK. Calidad en las Empresas del Sector Privado de Salud de la Región Ica. [tesis de maestría en internet]. Lima: PUCP; 2016. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/7648>
4. Chávez Rivas C. Calidad de atención del servicio de odontología de la Universidad de San Martín de Porres, Lima 2016 [tesis de maestría en internet]. Lima: USMP; 2016. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2579>
5. Toh LS, Sern CW. Patient waiting time as a key performance indicator at orthodontic specialist clinics in Selangor. Malaysian Journal of Public Health Medicine 2011;11(1): 60-9.
6. Lora-Salgado IM, Tirado-Amador LR, Montoya-Mendoza JL, Simancas-Pallares MÁ. Percepción de satisfacción y calidad de servicios odontológicos en una clínica universitaria de Cartagena, Colombia. Rev Nac Odontol. 2016; 12(23): 31-40. doi: 10.16925/od.v12i23.1378
7. Gil Rodríguez CG, Montenegro Roa HS. Calidad en el servicio de odontología en la ESE del municipio de Turbaco durante el segundo trimestre del año 2012 en relación a la satisfacción del usuario y capacidad instalada [Tesis en internet]. Cartagena: Universidad de Cartagena; 2012. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/289>

8. Araya Vallespir C, Bustos Leal A, Castillo F, et al. Determinación de la Calidad del Servicio Odontológico de un Centro de Salud Pública Basado en Intangibles: Talcahuano, Chile. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2012; 6(3): 349-354. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2012000300018>
9. Rodríguez Vargas MC. Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [tesis de maestría en internet]. Lima: UNMSM; 2012. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1120>
10. Sarco Daza NLA. Calidad percibida por el responsable del paciente odontopediátrico atendido en la clínica odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima – Perú 2012 [Tesis en internet]. Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2013. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/90>
11. Robledo Galván H, Meljem Moctezuma J, Fajardo Dolci G y cols. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Rev. CONAMED* 2012; 17(4).
12. Miranda González FJ, Chamorro Mera A, Rubio Lacoba S. Introducción a la gestión de la calidad. Madrid: Delta publicaciones; 2007.
13. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23 ed. Madrid; 2014. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P|6nXVL1Z>
14. Duque Oliva EJ. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *Rev. INNOVAR Revista de Ciencias Administrativas y Sociales.* 2005; 15(25): 64–80.
15. Ruales J. Elementos críticos de la organización del modelo de prestación para mejorar el acceso y utilización de los servicios de salud. En: OPS – CIESS Curso “Desafíos de la protección social en salud para la población materno – infantil. Equidad, acceso y resultados en salud”. México: 2007. Recuperado a partir de:

http://www.paho.org/hq/documents/events/ciess07/Elementos_criticos_org_modelo_prestacion_mejorar_acceso_utiliz_serv_salud-OPS-Jose_Ruales.pps

16. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud. Lima: MINSA; 2005.
17. Aguirre Gas H. Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo. 3era ed. México: Conferencia Interamericana de seguridad social – Noriega Editores; 2002.
18. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud. Lima: Minsa; 2016.
19. Fajardo-Dolci G. Calidad de la atención. Ética médica y medicina defensiva. Rev. CONAMED 2008; 13(4): 3-4.
20. Donabedian A. Quality assurance in our health care system. Qual Assur Util Rev. 1986. 1(1): 6-12.
21. Lorenzo S. Estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: S10.
22. Coronado-Zarco R, Cruz-Medina E, Macías Hernández SI y cols. Contexto actual de calidad. Rev Mex Med Fis Rehab 2013; 25(1): 26-33.
23. Malagón-Londoño G, Galván Morera R, Pontón Valverde G. Auditoría en Salud. Para una gestión eficiente. 2da ed. Bogotá: Editorial Medica Internacional; 2003.
24. Malagón-Londoño G, Galván Morera R, Pontón Valverde G. Administración Hospitalaria. 4ta ed. Bogotá: Editorial Medica Internacional; 2008.
25. Escudero CH. Manual de auditoría médica. 1ra ed. Buenos Aires: Editorial Dunken; 2013.

26. Fernández OA. Gestión de la calidad de servicios odontológicos. Monografías virtuales Intramed. [Revista en línea] 2008. Disponible en: <http://www.intramed.net/userfiles/archivos/gestion.pdf>
27. Losada Otálora M, Rodríguez Orejuela A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Cuad. Adm. 2007; 20 (34): 237-258.
28. Ministerio de Salud de Perú. Norma técnica de salud: Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Lima: MINSA; 2015.
29. Mora Martínez JR. Guía metodológica para la gestión clínica de procesos: Aplicación en las organizaciones de enfermería. España: Ediciones Diaz de Santos; 2003.
30. Jimenez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(1):17-36.
31. Torres Samuel M, Vásquez Stanescu CL. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. COMPENDIUM. 2015; 18(35): 57-76.
32. Begazo Villanueva JD. ¿Cómo medimos el servicio? Gestión en el Tercer Milenio. Rev. de Investigación de la Fac. de Ciencias Administrativas, UNMSM. 2006; 9(18): 73-81.
33. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: Multiple-Item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing. 1988; 64(1): 12-40.
34. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring service quality: A Reexamination and extensión. Journal of marketing. 1992; 56(3): 55-68.

35. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*. 1998; 4: 12-8.
36. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, Gracia J y cols. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18(5): 263-71.

ANEXOS

1. Instrumentos de recolección de datos

a) Lista de cotejo para evaluación de la Infraestructura y equipamiento según Norma técnica 113 – MINSA/DGIEM- V01

INFRAESTRUCTURA				
CARACTERÍSTICAS	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
	NE	ECP	ECT	
<ul style="list-style-type: none"> • Ubicación y relaciones principales 				
Los consultorios contarán con acceso independiente y directo desde el exterior del establecimiento de salud y estará ubicada preferentemente en el primer nivel de la edificación.				
Los consultorios se relacionan de manera directa con el Archivo de historias clínicas, área de tomas radiográficas y otras de atención directa según corresponda.				
De manera indirecta se relaciona con las oficinas administrativas del establecimiento.				
Caracterización general de los ambientes				
<ul style="list-style-type: none"> • Ambientes prestacionales – Consultorios 				
1	Área mínima de 14 m ² para atención ambulatoria por cirujano dentista.			
A	Están ubicados cerca de la zona de admisión. El acceso es a través de la sala de espera.			
B	Tablero resistente a ácidos y lavadero de acero inoxidable con grifería cuello de ganso.			
C	La silla dental deberá considerar una distancia apropiada hacia el muro más cercano para efectos de mantenimiento, y deberá contar con punto de agua ½" y desagüe 2", electricidad y aire comprimido.			
2	Área o ambiente mínimo de 6 m ² para la toma de rayos X oral			
<ul style="list-style-type: none"> • Ambientes prestacionales - Sala de Radiología 				
1	De preferencia en la planta baja, alejado de los ambientes que puedan ser afectados por las radiaciones como: almacén, farmacia, UPSS, entre otros.			
2	Cuenta con aire acondicionado y ventilación mecánica.			
3	Cabina cerrada para protección del operador donde se coloca el tablero de control.			

4	Para una adecuada visualización al paciente, dispondrá de una ventanilla con vidrio emplomado de 40 X 40 cm.				
5	Para protección de los muros contra las radiaciones: Tarrajeo con baritina la proporción será 1:4. En caso de existir servicios sobre o debajo de la sala, se debe recubrir el techo o piso con el mismo acabado de los muros.				
6	Canaletas en el piso para el cableado del equipo hasta la mesa de mando.				
• Ambientes prestacionales – Desinfección y esterilización					
1	En el ambiente se deben diferenciar las áreas de trabajo, limitando las áreas de recepción, contaminadas, no contaminadas y de abastecimiento, manteniendo un flujo unidireccional.				
2	Cuenta con muebles fijo de acero inoxidable y lavaderos de doble poza con escurridor, de acuerdo con el volumen de la demanda.				
3	Cuenta con ventilación mecánica climatizada a temperatura ambiente.				
4	Área mínima: 8.50 m ² para desinfección y lavado, 6.00 m ² preparación y empaque, 6.50 m ² esterilización y 8.50 m ² almacenamiento.				
• Ambientes complementarios - Zona de admisión					
Hall público e informes*					
1	Es un ambiente de tránsito que permite el acceso público hacia la zona de destino. Se ubica inmediatamente después del ingreso principal. Contará con un área de informes y atención al público en asuntos relacionados a información sobre los pacientes.				
2	Dispondrá de un mueble fijo que permita un trato personalizado y con acceso de cableado de computo.				
Admisión y citas*					
1	Dispondrá de un mueble fijo que permita un trato personalizado y con acceso de cableado de computo.				
2	El número de ventanillas está sujeto al análisis de la demanda, considerando la atención de personas con discapacidad en silla de ruedas de acuerdo con las disposiciones de la norma A.120 RNE a) Se habilitará por lo menos una de las ventanillas de atención al público, mostradores o cajas registradoras con un ancho de 80 cm. y una altura máxima de 80cm., así mismo deberá tener un espacio libre de obstáculos, con una altura mínima de 75 cm.				

	b) Los asientos para espera tendrán una altura no mayor de 45cm y una profundidad no menor a 50 cm.				
	Caja*				
1	El ambiente será independiente y dispondrá de gel antibacterial colocado a una altura a eje de 1.15m sobre el nivel del piso terminado.				
2	El número de ventanillas está sujeto al análisis de la demanda, considerando la atención de personas con discapacidad en silla de ruedas de acuerdo con las disposiciones de la norma A.120 RNE				
• Archivo de historias clínicas					
1	El archivo de historias clínicas debe ser centralizado y contar con ambientes para el manejo de un archivo activo y pasivo de ser el caso.				
2	La estantería no será superior a los 2.20m de alto dividido en 6 alturas y distante a 15 cm del muro por razones de mantenimiento estas deben estar fijadas a los muros o cielo raso (estantes fijos).				
3	La separación entre estanterías deberá considerar 1 m para pasillos principales y 75 cm para secundarios.				
4	El ambiente debe tener una temperatura que oscile entre 15 y 21°C y una humedad relativa de 45% y 65%, sistema de aire acondicionado, incluyendo dispositivos de control de temperatura, humedad y aire viciado.				
5	El piso debe ser lo suficientemente consistente como para soportar el peso de las estanterías considerando una carga de 750KG/m ² (estanterías fijas) y 1250Kg/m ² (estanterías móviles).				
6	Todos los elementos que constituyen el archivo deben estar constituidos con materiales ignifugo de alta resistencia mecánica y desgaste mínimo a la abrasión-				
7	Las pinturas deben tener propiedades ignifugas.				
8	Evitar que las ventanas se ubiquen sobre la fachada de mayor incidencia solar, así como evitar la oscuridad completa.				
• Servicios Higiénicos de personal					
1	Debe tener ventilación natural. No hacia corredores internos.				
2	Los servicios se deben diferenciar por genero				
3	La cantidad de aparatos será: <ul style="list-style-type: none"> - De 1 a 25 personas (1 inodoro,1 lavatorio, 1 urinario “solo en el baño de varones”) - Por cada 25 personas adicionales (un aparato adicional) 				

Ambientes complementarios - Zona asistencial				
• Sala de espera				
1	Área mínima de 12m ²			
2	Debe tener contra zócalo sanitario que permita su limpieza y asepsia.			
3	El ancho mínimo de los corredores de circulación es de 2.40 metros libres.			
• Servicios Higiénicos públicos				
1	La cantidad de aparatos será: - Hasta 4 consultorios (1 inodoro, 1 lavatorio, 1 urinario "solo en el baño de varones") - De 4 a 14 consultorios (2 inodoros, 3 lavatorio, 2 urinario "solo en el baño de varones") - Por c/10 consultorios adicionales (un aparato adicional)			
2	Los servicios colectivos, diferenciados por genero dispondrán de un área previa al ingreso del ambiente de 4m ² como mínimo y usaran ventiladores mecánicos si el área de ventilación de las ventanas es menor al 10% de la superficie del piso			
3	Los establecimientos de salud categoría I-3 y I-4, dispondrán de servicios higiénicos preescolar. Con aparatos d dimensión infante. (En establecimientos de salud no públicos la disponibilidad del ambiente es opcional)			
4	Los servicios higiénicos para discapacitados y/o gestantes de acuerdo con la norma A.120 del RNE (por lo menos 1 inodoro, 1 urinario y un lavatorio)			
5	En caso existan distinto niveles de edificación, se deben considerar los servicios en cada nivel.			
• Ambientes complementarios - Zona de apoyo clínico				
Cuarto de limpieza				
1	Debe tener ventilación natural hacia patio o jardín o ductos, evitando posible ventilación mecánica o forzada.			
2	Contará con un lavadero de mampostería de 2 pozas, a diferentes niveles.			
3	Utilizará contra zócalo sanitario y revestimiento de fácil limpieza hasta una altura no menor a 1.50m.			
4	Piso de fácil limpieza y con sumidero o rejilla.			
Almacén intermedio de residuos solidos				
1	Utilizará contra zócalo sanitario y zócalo hasta una altura no menor a 2 metros. Piso de fácil limpieza y con sumidero o rejilla.			
2	Debe tener sumidero de limpieza para mantenimiento.			
• Ambiente complementario – Almacén				

Almacén general				
1	Próximo al ingreso desde el exterior			
2	Comunicación fluida hacia las demás unidades funcionales del establecimiento			
3	Sistema de climatización (dependiendo de su función)			
4	Para los establecimientos de salud no públicos contarán con un ambiente de almacenamiento general de 12 m2 como mínimo.			
• Acabados				
	Pisos antideslizantes y resistentes a la abrasión del tipo PEI- III			
	Muros tarrajeados y pintados con material no toxico, lavable, en paredes y mobiliario.			
	El respaldar del lavamanos ubicado en ambientes sin zócalo recubierto con material que lo proteja de la humedad de 1m X1m como mínimo (sobre el nivel del piso terminado)			
	Los lavaderos y lavamanos instalados sobre mueble fijo llevaran protección de 30cm sobre el nivel del acabado del mueble respectivo.			
	Los lavamanos instalados de manera independiente y los lavaderos instalados sobre mueble fijo deben contar con caja de válvulas de metal y con tapa cuyo giro será de derecha a izquierda para agua caliente y al revés para agua fría; la apertura tipo push.			
	El encuentro de los cerramientos del almacén intermedio de residuos sólidos será boleado con un radio no menor de 5cm.			
• Bioseguridad				
	Todos los ambientes cumplen con estándares arquitectónicos de ventilación e iluminación natural.			

* En algunos establecimientos de salud se podrán fusionar las actividades de Informes – Admisión – Caja de acuerdo con la disponibilidad de soporte tecnológico.

EQUIPAMIENTO MÍNIMO					
CARACTERÍSTICAS	N°	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		NE	ECP	ECT	
• Consultorio odontológico					
Armario de acero inoxidable para instrumental dental de 2 cuerpos	1				
Bandeja acrílica doble para escritorio	1				
Computadora personal	1				
Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa accionada a pedal	1				
Destartarizador ultrasónico	1				
Escritorio estándar	1				
Esterilizador con generador eléctrico de vapor de 20 litros	1				
Lampara de fotocurado	1				
Mesa de acero inoxidable tipo mayo	1				
Mesa de uso múltiple de acero inoxidable de 90 x 45 cm	1				
Papelera metálica de piso	1				
Refrigerador de 4 p3	1				
Set de instrumental para curación dental	1				
Set de instrumental para diagnostico odontológico	1				
Set de instrumental para endodoncia	1				
Set de instrumental para exodoncia	1				
Set de instrumental para cirugía	1				
Silla metálica apilable	2				
Silla metálica giratoria rodable	1				
Teléfono IP de mesa de uso general	1				
Unidad dental completa	1				
Vitrina de acero inoxidable para instrumentos o material estéril de un cuerpo	1				
• Sala de radiología					
Collarín emplomado	1				
Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa accionada a pedal	1				
Equipo de rayos X estacionario digital	1				
Escalinata metálica de 2 peldaños	1				
Mandil emplomado	1				
Negatoscopio de 2 campos	1				
Reloj de esfera de pared	1				
Silla metálica apilable	2				
Teléfono de mesa IP uso general	1				
• Desinfección y esterilización					
Biodestilador de agua de 4 litros/hora	1				
Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa accionada a pedal	1				
Lavador desinfectador	1				

Lavador ultrasónico de instrumental quirúrgico	1				
Cortadora eléctrica de gasas	1				
Estantería de acero inoxidable de 01 cuerpo 05 divisiones	1				
Mesa de uso múltiple de acero inoxidable de 90 X 45 cm	1				
Reloj cronometro de pared	1				
Selladora de bolsas	1				
Silla metálica giratoria rodable con asiento alto	2				
Esterilizador con generador eléctrico de vapor	1				
Computadora personal	1				
Carro para transporte de material estéril	1				
Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa accionada a pedal	1				
Escalinata de acero inoxidable de 2 peldaños	1				
Estantería de acero inoxidable de 1 cuerpo 5 divisiones	2				
Teléfono IP de mesa uso general	1				
• Ambientes complementarios - Zona de admisión					
Hall público e informes*					
Cámara de video IP fija interior tipo domo	1				
Papelera de acero inoxidable de forma cilíndrica	1				
Reloj de una esfera de pared	1				
Admisión y citas*					
Archivador metálico de 4 gavetas	1				
Computadora personal	1				
Impresora láser baja demanda	1				
Silla metálica giratoria rodable con asiento alto	1				
Teléfono IP de mesa uso general	1				
Vitrina metálica para anuncios con puertas corredizas de vidrio	1				
Lector de código de barras	1				
Papelera metálica de piso	1				
Percha metálica de pared con 4 ganchos	1				
Caja*					
Bandeja acrílica doble para escritorio	1				
Computadora personal	1				
Caja fuerte con clave tipo reloj	1				
Caja registradora digital	1				
Cámara de video IP fija interior tipo domo	1				
Silla metálica giratoria rodable con asiento alto	1				
Teléfono IP de mesa uso general	1				
Vitrina metálica para anuncios con puertas corredizas de vidrio	1				
Papelera metálica de piso	1				
• Archivo de historias clínicas					
Archivador metálico de 4 gavetas	2				
Computadora personal	1				
Escalera de aluminio de 3 pasos	1				

Escritorio estándar	1				
Estantería para historias clínicas	6				
Silla giratoria rodable	1				
Teléfono IP de mesa uso general	1				
Papelera metálica de piso	1				
• Servicios higiénicos de personal					
Papelera de plástico con tapa y ventana batible en cada ambiente	1				
• Sala de espera					
Reloj de una esfera de pared	1				
Reproductor de blu ray	1				
Silla metálica apilable	2				
Televisor Led de 42" aprox. Inc. Rack	1				
Tensiómetro anaeroide rodable adulto	1				
Tensiómetro anaeroide pediátrico - neonatal	1				
Vitrina metálica para anuncios con puertas corredizas de vidrio	1				
• Servicios higiénicos públicos					
Papelera de plástico con tapa y ventana batible en cada ambiente	1				
• Ambientes complementarios - Zona de apoyo clínico					
Cuarto de limpieza					
Carro para útiles de limpieza	1				
Maquina lustradora tipo industrial	1				
Almacén intermedio de residuos sólidos					
Contenedor rodable para residuos sólidos	1				
• Almacén General					
Escalinata metálica de 2 peldaños	1				
Estantería metálica de ángulos ranurados de 01 cuerpo 05 anaqueles	6				
Parihuelas para depósito	2				

* En algunos establecimientos de salud se podrán fusionar las actividades de Informes – Admisión – Caja de acuerdo con la disponibilidad de soporte tecnológico.

b) Ficha para registro tiempo

Código	
---------------	--

Datos que registrar		Observaciones
Hora de la cita		
Hora de llegada		
Tiempo de registro en la recepción	0 – 5 min	
	6 – 10 min	
	11 – 15 min	
	16 a más min	
Hora de llamado para la atención		
Tiempo de espera real	0 – 5 min	
	6 – 15 min	
	16 – 30 mi	
	31 a más min	

c) Encuesta SERVQHOS

Calidad de atención en una CLINICA DENTAL ESPECIALIZADA

Estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de la atención que recibe en nuestra clínica.

Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradecemos su colaboración.

Asigne los siguientes puntajes según su experiencia:				
Mucho peor de lo esperaba 1	Peor de lo que esperaba 2	Como me lo esperaba 3	Mejor de lo que esperaba 4	Mucho mejor de lo que esperaba 5

	1	2	3	4	5
La tecnología de los equipos odontológicos para los diagnósticos y tratamientos que necesita ha sido:					
La apariencia (limpieza y uniforme) del personal, ha sido:					
Las (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir dentro de la Clínica es:					
El interés del personal por cumplir lo ofrecido (citas, servicios, horarios) ha sido:					
El estado de los ambientes clínicos y la sala de espera (aparencia, comodidad), ha sido:					
La información que el doctor le proporcionó sobre su problema de salud o su tratamiento fue:					
El tiempo de espera para ser atendido en la clínica fue:					
La facilidad (acceso) para llegar a la clínica odontológica ha sido:					
El interés del personal por resolver o solucionar su problema de salud ha sido:					
La puntualidad para la atención de las consultas ha sido:					
La rapidez con que se solucionaron sus molestias durante la atención fue:					
La disposición del personal para ayudarlo cuando lo necesitó ha sido:					
La confianza (seguridad) que el personal le transmite ha sido:					
La amabilidad (cortesía) del personal ha sido:					
La preparación (capacidad) del doctor para realizar su trabajo ha sido:					
La preparación (capacidad) del personal para realizar su trabajo ha sido:					
El trato personalizado que se le ha dado ha sido:					
La capacidad del personal para comprender sus necesidades, dudas o temores ha sido:					
La duración de la atención que le han dado ha sido:					

2. Validación de instrumento

Procedimientos de validación según el criterio de expertos

Validación de instrumento mediante Juicio de expertos

Prueba aplicación del objetivo del instrumento a validar y del juicio de expertos, los cuals propiamente, valida el instrumento y asigna el puntaje según considere.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN
1.- ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende?	1 2 3 4 5
2.- ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en este versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1 2 3 4 5
3.- ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1 2 3 4 5
4.- ¿Considera Usted que, si aplicamos en diferentes oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1 2 3 4 5
5.- ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento son claros y cada uno de ellos, propiamente de la materia de estudio?	1 2 3 4 5
6.- ¿Considera Usted que los ítems y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento, tienen los mismos objetivos?	1 2 3 4 5
7.- ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1 2 3 4 5
8.- ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1 2 3 4 5
9.- ¿Cree Usted que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1 2 3 4 5
10.- ¿Qué aspectos habría que modificar, complementar o suprimir? <i>Preguntas vinculadas al interés o disposición del personal // Revisar términos (diferentes sistemas de salud - operarios, "operarios")</i>	

Nombre del Jefe: Órgano Académico:	Maria Encarnación Cuatrecasas Villalón Mg. / Dra. Encarnación Cuatrecasas Villalón
Área de expertise profesional:	Operarios, Mantenimiento de sistemas de salud
Firma:	

Validación de instrumento mediante Juicio de expertos

Prueba aplicación del objetivo del instrumento a validar y del juicio de expertos, los cuals propiamente, valida el instrumento y asigna el puntaje según considere.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN
1.- ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende?	1 2 3 4 5
2.- ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1 2 3 4 5
3.- ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1 2 3 4 5
4.- ¿Considera Usted que, si aplicamos en diferentes oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1 2 3 4 5
5.- ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento son claros y cada uno de ellos, propiamente de la materia de estudio?	1 2 3 4 5
6.- ¿Considera Usted que los ítems y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento, tienen los mismos objetivos?	1 2 3 4 5
7.- ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1 2 3 4 5
8.- ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1 2 3 4 5
9.- ¿Cree Usted que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1 2 3 4 5
10.- ¿Qué aspectos habría que modificar, complementar o suprimir? <i>Revisar algunos preguntas (cosiderar)</i>	

Nombre del Jefe: Órgano Académico:	Dr. Jorge Rivera Mg. / Dr. Jorge Rivera
Área de expertise profesional:	Administración y asistencia
Firma:	

Validación de instrumento mediante Juicio de expertos

Prueba aplicación del objetivo del instrumento a validar y del juicio de expertos, los cuals propiamente, valida el instrumento y asigna el puntaje según considere.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN
1.- ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende?	1 2 3 4 5
2.- ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1 2 3 4 5
3.- ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1 2 3 4 5
4.- ¿Considera Usted que, si aplicamos en diferentes oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1 2 3 4 5
5.- ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento son claros y cada uno de ellos, propiamente de la materia de estudio?	1 2 3 4 5
6.- ¿Considera Usted que los ítems y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento, tienen los mismos objetivos?	1 2 3 4 5
7.- ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1 2 3 4 5
8.- ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1 2 3 4 5
9.- ¿Cree Usted que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1 2 3 4 5
10.- ¿Qué aspectos habría que modificar, complementar o suprimir? <i>Modificar de acuerdo a las sugerencias la redacción de las preguntas 7, 8, 9, 12 y 14.</i>	

Nombre del Jefe: Órgano Académico:	Nelly Gabriela Rodríguez Mg. / Dra. Nelly Gabriela Rodríguez
Área de expertise profesional:	Asistencial y administrativa
Firma:	

1. Se construye una tabla en la cual se colocan los puntajes para cada ítem y según cada experto además de sus respectivos promedios.

Ítems	A	B	C	Promedio
1	5	3	4	4
2	4	5	5	4.7
3	5	4	4	4.3
4	5	4	5	4.7
5	4	4	4	4
6	5	5	4	4.7
7	3	1	3	2.3
8	4	2	4	3.3
9	5	5	5	5

2. Con los promedios hallados se determina la distancia del punto promedio mediante la siguiente ecuación:

$$D = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_{ii})^2}$$

DDP= Distancia del punto promedio

X = Valor máximo en la escala concedido para cada ítem.

Y= Promedio para cada ítem.

Si el **DDP** es igual a **1.66** significa que el instrumento tiene adecuación en gran medida con lo que se pretende medir y por consiguiente puede ser aplicado para obtener la información.

3. Determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_{ii} - 1)^2}$$

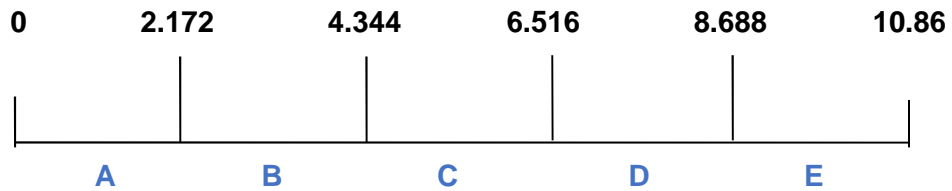
X= Valor máximo en la escala para cada ítem.

1= Valor mínimo en la escala para cada ítem.

La **Dmax** es igual a **10.86**

4. La **Dmax** se divide entre el **valor máximo de la escala**, lo que nos da un valor de **2.172**.

5. Con el valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de 0 hasta llegar al Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre s, llamándose a cada punto con las letras A, B, C, D y E.



6. El punto DPP debe caer en las zonas A o B, en caso contrario el cuestionario requiere reestructurar y/o modificar, luego de las cuales se volverá a someter a un juicio de expertos. El valor hallado es de **1.66** cayendo en la **zona A** lo que significa que hay una adecuación total de instrumento.