



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**PRINCIPALES CAUSAS DE QUEJAS DE LOS USUARIOS DE LAS CLINICAS DE PREGRADO Y
POSGRADO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
COLOMBIA.**

CRISTHIAN ADRIAN AMEZQUITA REY

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Odontología, Especialidad en Endodoncia
Bogotá, Colombia
2015**

PRINCIPALES CAUSAS DE QUEJAS DE LOS USUARIOS DE LAS CLINICAS DE PREGRADO Y
POSGRADO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
COLOMBIA.

Cristhian Adrián Amézquita Rey

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:

Especialista en Endodoncia

Director (a):

José Manuel González Carreño M. SC.

Codirector (a):

Sandra Lucia Patiño M. M. SC.

Línea de Investigación:

Grupo de Investigación:

Gerodontología

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Odontología, Especialidad en Endodoncia
Bogotá, Colombia
2015

NOTA DE ACEPTACIÓN

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

BOGOTÁ, D.C., NOVIEMBRE DE 2015

A mi madre y mi esposa que son el pilar de mi vida y mi razón de ser, a mis compañeros de posgrado porque sin ellos no habría sido tan maravillosa esta experiencia, a mis docentes por transmitir su conocimiento con la dedicación que lo hicieron, en especial al Doctor José Manuel González por todo su apoyo, solo tengo palabras de agradecimiento.

Resumen

La Facultad de odontología de la Universidad Nacional de Colombia, fundada en 1942, es una entidad que presta servicios de salud, siguiendo un modelo docente-asistencial, enmarcada en los preceptos del código de ética y ajustándose a la legislación Colombiana. El sistema de atención se ha organizado para resolver los problemas de salud oral de los usuarios de acuerdo a su nivel de complejidad, desde las clínicas de semiología, clínicas de atención integral y clínicas de posgrados.

El análisis de la satisfacción de los usuarios constituye una medición útil de la calidad de las consultas y de la relación odontólogo-paciente. Asimismo, las estimaciones basadas en la satisfacción de los pacientes son un indicador de la ejecución del sistema y permiten diseñar diferentes estrategias alternativas para mejorar la prestación de servicios, educar en la prevención de efectos adversos e instaurar políticas para evitar inconvenientes legales. Dentro de la organización asistencial de la Facultad de Odontología, desde el 2009 se cuenta formalmente con una oficina de atención al usuario encargada de recibir, valorar y asignar a los usuarios nuevos a las respectivas clínicas y recepcionar las quejas o inconformidades de los mismos acerca de los servicios prestados y darle trámite antes las instancias pertinentes para dar solución a dichas reclamaciones.

El propósito de este estudio fue describir cuantitativamente las principales quejas presentadas por los usuarios de los servicios odontológicos, atendidos en las clínicas de pregrado y posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, en el periodo comprendido entre el 2008 y el primer semestre de 2015.

Desde el año 2008 en donde se inició el registro de quejas en la Facultad de Odontología, hasta el primer semestre de 2015, se han recibido de 359 quejas radicadas por los usuarios. Las mujeres presentaron 240 quejas mientras que los hombres 119 correspondiendo al 67% y al 33% del total de quejas presentadas respectivamente. En cuanto al nivel de atención hubo 170 quejas en pregrado (64%) y 97 en todos los posgrados (36%), siendo la especialidad de rehabilitación en donde más inconformidad hubo y se dio autorización para repetir los procedimientos. Se encontró que en el 30% de los casos los usuarios reclamaron garantía en sus tratamientos y en el 14% se solicitó devolución del dinero.

Palabras clave: Quejas en los servicios de salud, insatisfacción de los usuarios, calidad de la atención en salud.

Abstract

The Faculty of Dentistry, National University of Colombia, founded in 1942, is an entity that provides health services, following a teaching-service model, part of the provisions of the code of ethics and adjusting to the Colombian legislation. Care system is organized to solve the problems of oral health of users according to their level of complexity, from semiotics clinics, comprehensive care clinics and postgraduate clinics.

The analysis of user satisfaction is a useful measure of the quality of consultations and the dentist-patient relationship. Also, estimates based on patient satisfaction are an indicator of system performance and allow different alternatives to design strategies to improve service delivery, education on prevention of adverse effects and establish policies to avoid legal problems. Within the aid organization of the Faculty of Dentistry, since 2009 it formally has a service office user responsible for receiving, evaluating and assigning new users to the respective clinics and to receive complaints or disagreements the same about the services provided and give processed by the relevant courts to resolve such claims.

The purpose of this study was to quantitatively describe the main complaints of users of dental services, clinics attended undergraduate and postgraduate of the Faculty of Dentistry, National University of Colombia in Bogotá, in the period between 2008 and the first half of 2015.

From the year 2008 where the registration of complaints in the School of Dentistry was started until the first half of 2015, they have received 359 complaints made by users. Women show 240 complaints while men 119 corresponding to 67% and 33% of all complaints respectively. As for the level of care there were 170 complaints in undergraduate (64%) and 97 in all postgraduate (36%), being the specialty of rehabilitation where there was more disagreement and authorization was given for repeat procedures. It was found that in 30% of cases users claimed warranty on their treatments and in 14% refund is requested.

Keywords: Complaints in health services, user dissatisfaction, quality health care.

Contenido

Resumen	5
Contenido	7
Lista de Ilustraciones	8
Lista de Tablas	9
1. INTRODUCCIÓN	10
3. METODOLOGÍA	23
3.1 Tipo de estudio: Cuantitativo, tipo descriptivo de carácter retrospectivo.....	23
3.2 Población	23
4. RESULTADOS Y DISCUSION	26
4.1 EN CUANTO A GÉNERO	26
4.2 NIVEL DE ATENCIÓN CLINICO:.....	27
4.3 Resultados de las quejas por Posgrado	30
4.4 QUEJAS DE TIPO ADMINISTRATIVAS	34
4.5 LABORATORIOS.....	35
4.6 MOTIVO DE LAS QUEJAS.....	35
4.7 MANEJO DE LAS QUEJAS	37
5. CONCLUSIONES	38
6. RECOMENDACIONES	39
7. BIBLIOGRAFIA.....	40
8. ANEXOS.....	43

Lista de Ilustraciones

Ilustración 1. Modelo organizacional de causalidad de sucesos adversos. Factores que pueden afectar la práctica clínica. Tomado de Protocolo de Londres.(26)	18
Ilustración 2. Diagrama de secuencia para investigar los eventos adversos cuando se presentan. Tomado de Protocolo de Londres 2007 (26).....	20
Ilustración 3. Diagrama de espina de pescado que asocia una acción insegura, teniendo en cuenta los factores contribuyentes. Tomado de Protocolo de Londres 2007.(26)	21
Ilustración 4. Formato para recolección y registro de la información de las quejas.	24
Ilustración 5. Quejas según género para desde el 2008 hasta el 1° semestre 2015.	26
Ilustración 6. Distribución de hombres Vs mujeres en el periodo evaluado del total de quejas.	27
Ilustración 7. Total quejas presentadas en clínicas de pregrado y posgrado.....	28
Ilustración 8. Total quejas presentadas en clínicas de pregrado entre 2008 y primer semestre 2015.	29
Ilustración 9. Quejas presentadas en clínicas de posgrado.....	29
Ilustración 10. Total quejas presentadas en clínicas de posgrado entre 2008 y primer semestre 2015	30
Ilustración 11. Quejas presentadas en clínicas posgrado de rehabilitación.....	31
Ilustración 12. Quejas presentadas en clínicas posgrado de Ortodoncia.....	31
Ilustración 13. Quejas presentadas en clínicas posgrado de Operatoria	32
Ilustración 14. Quejas presentadas en clínicas posgrado de Periodoncia	32
Ilustración 15. Quejas presentadas en clínicas posgrado de Endodoncia	33
Ilustración 16. Quejas presentadas en clínicas posgrado de Cirugía	33
Ilustración 17. Total de quejas presentadas de tipo administrativo en periodo del 2008 hasta 1° semestre 2015	34
Ilustración 18. Total quejas realizadas a nivel de laboratorios.	35

Lista de Tablas

Tabla 1 Factores que pueden afectar la práctica clínica. Tomado de Protocolo de Londres 2007. (26)	19
Tabla 2. Formato quejas de tipo administrativas.....	24
Tabla 3. Formato para almacenar datos de agrupación de las quejas para observar la distribución porcentual.	25
Tabla 4. Distribución porcentual por género	27
Tabla 5. Relación Pregrado Vs posgrado	28
Tabla 6. Agrupación quejas de tipo administrativas.....	34
Tabla 7. Motivo de las quejas	36
Tabla 8. Manejo de las quejas	37

1. INTRODUCCIÓN

Con la expedición de la Ley 100 de 1993 se dio un cambio total en el sistema de seguridad social en salud en Colombia; pasando de tener un sistema netamente manejado por el Estado, con cobertura para aquellos habitantes que poseían un trabajo formal y estaban afiliados al ya extinto Instituto de Seguros Sociales; a darle cabida a la prestación del servicio por parte de operadores privados (EPS). El espíritu de esa norma en esta materia, es el de buscar una mayor cobertura en salud para todos los Colombianos, bajo los principios de igualdad, equidad, solidaridad y eficiencia.

Pero proporcionalmente al aumento de la cobertura en salud, también aumentaron los problemas y las falencias de un sistema que fue creado sin los debidos controles; pretendió el legislador de la mencionada norma, que las EPS compitieran en un ambiente de lealtad, con calidad y con oferta de mejores servicios; sin contar que estas solo procurarían lo mismo que cualquier otra empresa: buscar un mayor porcentaje de utilidad, que les permitiese recuperar la inversión y obtener un gran margen de utilidad.(1) (2).

Se encuentra poca evidencia sobre la evolución de calidad de los servicios prestados en nuestro país. Santa María y Col. (2008) encuentran que la calidad percibida del sistema se deterioró entre 1995 y 2005, pero existen pocos indicadores objetivos de calidad sobre los cuales se hayan podido hacer mediciones de la evolución de la calidad de los servicios. (3)

El servicio de atención odontológico de la Facultad de odontología e la Universidad Nacional de Colombia, es prestado siguiendo un modelo docente-asistencial, organizado para resolver los problemas de salud oral de los usuarios de acuerdo a su nivel de complejidad, desde las clínicas de semiología, clínicas de atención integral y clínicas de posgrados.

Dentro de la organización asistencial de la Facultad de Odontología se cuenta con una oficina de atención al usuario encargada de recibir, valorar y asignar a los usuarios nuevos a las respectivas clínicas y recepcionar las quejas o inconformidades de los mismos acerca de los servicios prestados y darle tramite antes las instancias pertinentes para dar solución a dichas reclamaciones.

Hasta el momento no se ha realizado un estudio que permita valorar cuantitativa y cualitativamente las quejas y reclamos de los usuarios del servicio de odontología de la Universidad Nacional de Colombia. El análisis de la satisfacción de los usuarios constituye una medición útil de la calidad de las consultas y de la relación odontólogo-paciente. Asimismo, las estimaciones basadas en la satisfacción de los pacientes son un indicador de la ejecución del sistema y permiten diseñar diferentes estrategias alternativas para mejorar la prestación de servicios, educar en la prevención de efectos adversos e instaurar políticas para evitar inconvenientes legales(4), por lo anterior el aumento en número o frecuencia de este fenómeno

en los servicios es un indicativo de la ocurrencia de posibles fallas en el servicio que pueden llevar a generar sucesos adversos o incidentes clínicos.(5)

En este trabajo se identificaron los principales motivos de quejas de los usuarios de las clínicas de pregrado y posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad nacional de Colombia, y se presentan en cuanto al género, tipo de servicio, características de la quejas y nivel de prestación (pregrado o posgrado), como se mencionó anteriormente es la base para el diseño de aquellas estrategias para mejorar la prestación de servicios y todo lo que conlleva.

2. MARCO TEORICO

Desde la aparición del hombre en el planeta, se requirió de personas que se encargaran de las dolencias y enfermedades de otras, inicio de forma empírica en una forma de ensayo y error, se fue aprendiendo de todo lo que hacía parte de la naturaleza, aquellos que aprovechaban e iban entendiendo las bondades que ofrecía se convirtieron en hechiceros, sabios y chamanes que mediante rezos y ritos a los dioses que constituían parte de la naturaleza como el agua, el fuego, montañas, animales etcétera eran invocados para alivio de las enfermedades; también se descubrió que había plantas que tenían efectos curativos, se estableció un estatus para estos personajes y más aún que tenían éxito en los procedimientos que realizaban y se asumió que tenían una gran ética profesional la cual se divide en dos aspectos primero se enfocada en el enfermo con atención compasiva, con respeto y honestidad o en segunda instancia centrada en realizar procedimientos para ganar una reputación y una apariencia(6), conforme pasó el tiempo se fue adquiriendo conocimiento y se fue formando como profesión se fue aplicando con gran esfuerzo para mejorar la calidad de vida de aquellos que se encontraban enfermos, así poco a poco se fue conformando la medicina en el afán de ayudar al ser humano, se establece como una ciencia ya que no es solo con entrenamiento que se pueden lograr estos objetivos se requiere también fomentar la actividad intelectual para ser útiles y se produzca satisfacción de las personas, por ejemplo se ve el concepto de medicina como la ciencia dedicada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano, e implica el arte de ejercer tal conocimiento técnico para el mantenimiento y recuperación de la salud, aplicándolo al diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y que esta forma parte de las denominadas ciencias de la salud(7).

Así se determinó con el paso del tiempo que la atención de todas las afecciones se realizaría exclusivamente por un médico, a esta forma de atención se le denomina paternalismo médico o beneficencia vertical(6); sin olvidar que la religión y la política han estado ligados a la salud desde sus inicios en conjunto a los cambios del mundo se presenta la aparición de los derechos humanos y libertades de decisión de las personas Pero a nivel de salud se mantuvo la misma figura de mando de parte de un solo médico y sumisión del paciente, cambio un poco incluyendo más profesionales a la atención, se puede decir que solamente en los últimos treinta años el paciente o usuario tuvo participación activa en la toma de decisiones(6), como menciona José Geraldo de Freitas “se elaboraron códigos de derechos para los enfermos : derecho a cuidados médicos de buena calidad, a la libertad de elección, a la autodeterminación, a la información, al rechazo de un tratamiento, a la confidencialidad, a la educación en salud, a la libertad religiosa y a la dignidad”(6). Se pensó en el bienestar del paciente como principio con una dedicación médica en función de las necesidades del paciente sin importar el tiempo, diferencias sociales y el valor desde el punto de vista económico, que el profesional debía ser sincero, resolver las dudas, respetar al paciente, tomar en cuenta su opinión y sus decisiones se llamó a esto principio de autonomía, se habló también del principio de la justicia social buscando erradicar la discriminación en los sistemas de salud género, etnia, religión etc.(6)

Ofrecer al mayor número de usuarios una atención de calidad es la meta de los servicios de salud a cualquier persona que lo requiera independientemente si su origen es público o privado, es de

recalcar la importancia que ha adquirido la calidad de la atención en salud y el interés que toma para cada una de las entidades al prestar los servicios de salud, las cuales van teniendo como parte de sus estrategias la mejora continua y elementos para detectar cuáles pueden ser los puntos débiles que se generan durante los procesos, en Colombia se menciona que el sistema de salud ha tenido históricamente cuatro periodos(1), el primero de ellos en donde el estado se preocupaba por los aspectos sanitarios, y en donde la atención básica en salud dependía del poder económico de los usuarios o de las entidades dedicadas a la caridad y se denominó “modelo higienista”, se mantuvo hasta 1950 aproximadamente, en este mismo año surgieron la caja nacional de previsión para empleados públicos y el instituto de los seguros sociales (ISS) para los empleados de entidades privadas, considerado el segundo periodo, entre 1970 y 1989 se implementa el Sistema Nacional de Salud, en donde el estado transfería sus recursos a la red de hospitales públicos, pero generó el aislamiento de las personas de bajos recursos ya que no podían acceder al sistema, tratando de cambiar esta situación se expide la ley 10 de 1990(8) realizando una intervención directa en el sistema de salud que hasta la época estaba establecida, este sería el tercer periodo por último basados en la constitución política de 1991 se genera la ley 100 de 1993(9) que marca el cuarto periodo.

En Colombia el porcentaje de población asegurada en salud ha ido en aumento, además de la cantidad de entidades prestadoras de servicios a raíz de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993(9) la cual busca dar un cambio al sistema de salud que existía, principalmente que todas las personas tuvieran acceso a la salud, Edgardo Maya quien fuera procurador de la nación en el periodo comprendido entre 2001 al 2009 manifestó que “Colombia adoptó un sistema de salud que introdujo mecanismos de mercado y formas de aseguramiento de la población, lo que implicó la sustitución progresiva de los subsidios a la oferta, orientándolos a la demanda”(10).

Con todo este revuelco se presentaron en el sistema las EPS (empresas promotoras de salud), las IPS (Instituciones prestadoras de servicios) y las ARP (administradoras de riesgos profesionales), se establecieron los regímenes contributivo, subsidiado, y especiales(9), y de la mano de estos entró a funcionar el POS (Plan Obligatorio de Salud), el POS-S, que es el plan de beneficios para la población más pobre(10), denominado régimen subsidiado, el cual es limitado y es el que mayores inconvenientes presenta, por último se manifiesta también un grupo de usuarios que no estaban asegurados denominados vinculados. Si bien revolucionó la prestación de servicios de salud, por ejemplo con la puesta en marcha de la mencionada ley 100 se pasó el nivel de aseguramiento de un 29% a un 68%(11) durante los primeros años pero luego el sistema presentó fallas que se han mantenido con el tiempo y que han generado el inconformismo y reclamo de diferentes actores como usuarios, organizaciones sociales, sindicatos, academia y medios de comunicación entre otros.

Como se puede apreciar por los diferentes cambios del estado y las limitaciones que presentaba la ley 100 hubo la necesidad de modificar la misma, y emitir nuevos decretos en donde se mencionan nuevos conceptos mediante el ministerio de la protección social por ejemplo el decreto 1011 de 2006 que definió la atención de salud como los servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población; además define la calidad de la atención de salud como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a

través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (12)

A pesar de lo que pueden decir las leyes se presentan situaciones como los son las privatizaciones de las entidades del estado que son el resultado muchas veces de las múltiples reformas al Sistema General de Salud, dando como resultado que de acuerdo a la capacidad económica del usuario dependerá la cantidad de servicios recibidos, no siempre de calidad cabe anotar abandonando los principios por las cuales fueron creadas como la calidad del servicio y la satisfacción lo que supondría la permanencia de estas entidades en el mercado, ya que por la obtención de un lucro se llegan a utilizar materiales de menor calidad por ejemplo o se limita al usuario el acceso a exámenes o medicamentos en algunos casos, el hecho que estas entidades sean grandes o reconocidas no garantiza que presten servicios de calidad eficientes y equitativos.(13)

Se debe además hablar de la importancia que ha tenido el desarrollo de la salud pública a través del tiempo ya que es la rama que más se ha dedicado a evidenciar las fallas e inequidades que se presentan en las diferentes sociedades, aportando mecanismos para dar posibles soluciones y con diferentes investigadores dedicados a este campo como por ejemplo Avedis Donabedian médico libanes (1919-2000) que dedico sus investigaciones a esta y quien fue uno de los personajes que más escribió sobre la calidad en la atención en salud, generó nuevas ideas sobre los sistemas de salud, logró integrar la respuesta social a los procesos de salud y que llevan unos principios generales como guía, de allí que los sistemas de salud y sus componentes hayan generado cada vez más investigaciones alrededor de estos temas;(14) Donabedian a nivel metodológico utilizó, las técnicas que mejoran la priorización y la formulación de criterios: la técnica nominal de grupo (Delbecq), el método Delphi, el desarrollo de la metodología de consenso, que representaron un avance muy significativo en metodología de la evaluación de la calidad. También aportó en el desarrollo del sistema de análisis de decisiones clínicas para identificar las características óptimas de la atención y el desarrollo de los métodos que permiten evaluar las preferencias de los pacientes ante determinados resultados clínicos, asimismo introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen los modelos y ejemplos de evaluación de la calidad de la atención a la salud y que pueden ser utilizados en otros trabajos derivados de este trabajo de investigación.

Como se sabe los servicios de salud tienen el propósito de mantener lo que se tomarían como situaciones de tipo preventivo o servicios para restaurar la salud de los individuos que serían de tipo curativo y de rehabilitación (15), deben ser prestados por profesionales del área de la salud, todos los servicios se producen ante una necesidad de un individuo, se debe sumar a este aspecto la expectativa que se genera en el individuo como es el caso de la odontología, ante la gran cantidad de información a la que pueden acceder los usuarios la cual no siempre es veraz o aplicable a un caso particular, en el caso de los medios masivos de información radio, televisión e internet sería bueno tener en cuenta lo que puede ocurrir si esa información se procesa mal por parte del usuario(16), por ejemplo un paciente con grandes ausencias dentales ante la gran cantidad de información a la que puede acceder genera grandes expectativas y que con las diferentes opciones de tratamiento y mejoras de tipo científico y tecnológico puede llegar a tener de nuevo sus dientes, si bien es cierto se puede llegar a recuperar estética y funcionalidad, nada reemplaza los dientes naturales y debe tener ciertos cuidados para prolongar la durabilidad de los tratamientos a los cuales accedió, en algunos casos llegan a pensar que son mejores que los dientes naturales y al

obtener los resultados finales sino se cumple con la idea que se hace el usuario vendrán las inconformidades y las quejas, también hay que tomar que los servicios son prestados por personas y juegan un papel importante las relaciones interpersonales y que de acuerdo a como se manejen dejan sensaciones agradables (positivas) o desagradables (negativas)(4) tanto en los usuarios como en los prestadores. Así puede darse la situación que la atención sea excelente, pero al usuario le resulte deficiente puede ser por falta de información, que esta no sea clara, que no se apegue a la realidad del caso puntual del usuario o simplemente que las expectativas del usuario sean muy altas y no se puedan igualar, también se da la situación en donde el usuario accede a los servicios de salud cuando sus afecciones están avanzadas, se hace más compleja la atención donde se ha expuesto que el usuario no confía en la efectividad de las entidades prestadoras de servicios, se ve afectado por las limitaciones del sistema, la atención en lugares con baja calidad de servicio, en donde además se genera maltrato al usuario y a los profesionales por la interacción deshumanizada que se van generando por todos los sistemas de salud(2). Se ve limitada la atención clínica por las inconformidades de los usuarios, las demandas que se dan por parte de estos, las condiciones desde el aspecto legal que van generando mal ofrecimiento del servicio como lo define Nelson herrera medina, “las barreras legales a las que se ven expuestos los médicos (demandas por parte de los pacientes y auditorias por parte de las EPS), minan el proceso de interacción clínica, contrario a su propósito inicial de optimizar la calidad de la consulta para el beneficio del paciente y del médico (en esta instancia se hacían auditorias para mejorar la calidad y la información debe mejorar la comprensión del paciente)”(2).

Se ha mencionado que en Colombia, la relación clínica entre profesional- usuario también se ve afectada porque no se tiene en cuenta la percepción, dudas y creencias que pueden tener los usuarios por parte del profesional ya que se basan netamente en el conocimiento técnico y científico generando vacíos en esta relación por la creencia del profesional de tener la razón absoluta, existen situaciones en donde se da la exageración de los síntomas de parte de los usuarios dando la percepción de manipulación hacia los profesionales y los usuarios sienten que los profesionales los pueden engañar o simplemente ocultar la información, son condiciones que generan una predisposición y aumentan el posible fallo en la atención o que se genere una queja y más aún que se viene presentado un fenómeno de considerar o tomar interés en las opiniones, percepciones y expectativas en lo que a satisfacción, quejas y calidad de servicios se refiere por parte de los usuarios(17).

Cuando una institución detecta un aumento en las quejas de los usuarios por lo general busca instrumentos o medidas que le ayuden a disminuir estos indicadores ubicar los puntos críticos o vulnerables para al menos darle pronta solución a todas aquellas situaciones que se van presentando este instrumento es denominado garantía de la calidad(18) es un proceso interno ejecutado por todos aquellos que desempeñan un rol activo en la institución prestadora y debe ser un programa sencillo, contar con la voluntad y el liderazgo de alguien de la institución, debe ser continuo y a largo plazo para generar cambios de fondo para ver los resultados orientado en obtener rendimientos más altos, debe ser confidencial para garantizar la transparencia para estimular a todos los participantes y corregir los errores sin entrar a acusarlos, debe ser descentralizado y debe estimular la autoevaluación, para que los prestadores puedan determinar que tanta calidad tienen sus servicios(18).Se han realizado diferentes estudios en cuanto a la percepción de los usuarios en cuanto a la satisfacción, las quejas y la calidad de los servicios de

salud(4, 17, 19-24) Martha Chang de la Rosa menciona que “La satisfacción puede referirse como mínimo a 3 aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, etc.); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado”(19), por medio de encuestas se puede lograr obtener la información al respecto y se usan con bastante frecuencia por ejemplo para conocer el estado de los usuarios, la percepción que tienen los usuarios de la atención, la satisfacción de usuarios o profesionales entre otros.

Una encuesta para ser de utilidad debe combinarse con otros datos, como puede ser tomar el número y clasificación de quejas de una institución de los diferentes servicios que esta preste correlacionado con indicadores de satisfacción, en Odontología son pocos los cuestionarios publicados, ya que además su utilización es escasa(25), pero no significa que no tengan una alta utilidad. Generalmente se han desarrollado para evaluar la satisfacción del paciente, la ansiedad en la consulta dental, el temor al odontólogo y el estado general de salud oral. Algunos de los que se utilizan:

- OHIP (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE): Desarrollado en Australia, evalúa el grado de malestar del paciente con relación al estadios de salud oral, se ha adaptado a diferentes idiomas entre ellos el español, toma siete temas principales de valoración llegando a 49 preguntas.
- OHIP-14 (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE-SHORT FORM): Como el primer cuestionario podía considerarse muy largo en 1997 fue reducido a 14 preguntas con una escala de respuesta de 0 que representa (Nunca) a 4 que representa (Muy a menudo)
- GOHAI (General Oral Health Assessment Index): La finalidad es medir el impacto de la salud oral en la calidad de vida, compuesto de 12 temas sobre la salud oral como insatisfacción con la estética dental, apariencia de las encías, hipersensibilidad dentaria, movilidad dentaria, entre otras.
- DENTAL INDIFFERENCE SCALE: Fue realizado en Escocia para medir la indiferencia de los usuarios a las recomendaciones propuestas por el profesional encargado de su tratamiento está compuesto por 8 preguntas, se clasifica el nivel de indiferencia dental como bajo (puntuaciones obtenidas en el rango de 0 a 1), medio (de 2 a 4), o alto (de 5 a 9). La versión original presenta buenos niveles de validez y de fiabilidad.
- DENTAL FEAR SURVEY: Diseñado en Estados Unidos, compuesto por 20 temas resultados de validez y fiabilidad satisfactorias, evalúa la percepción de temor durante la atención odontológica. Donde 1 es un temor muy bajo a un valor máximo de 5 temor muy alto para evaluar el comportamiento.
- DENTAL BELIEFS SURVEY: Este cuestionario valora principalmente las opiniones del paciente sobre la forma en que el odontólogo realiza su trabajo. Fue desarrollado en 1985 en Estados Unidos con unos buenos resultados de validez y fiabilidad en varios estudios. Está compuesto por temas a los que se contesta en una escala donde 1 es (nunca) y 5 (casi siempre).
- ORAL IMPACTS DAILY PERFORMANCES: valora cual es la percepción del paciente de como su estado oral influye al realizar actividades cotidianas, que en este cuestionario son: hablar, comer, higiene dental, trabajar, sonreír, dormir, estado emocional y relaciones sociales.(25)

Estos ejemplos de cuestionarios pueden medir además los reclamos o quejas que se generan por parte de los usuarios, también se debe mencionar que a la hora de analizar quejas existe un documento guía para administradores de riesgo y a fines que se conoce como protocolo de Londres(5) que desde 2004 es una versión actualizada del de 1999 sobre la Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos. El anterior tenía un proceso de investigación de análisis, informes sobre riesgos de seguridad además de investigadores que pedían mejoras en cuanto a la seguridad. Los nuevos cambios supusieron un mayor desarrollo tanto dentro como fuera de la sanidad y fue usado para la formación y prevención de cualquier accidente en el sector de la salud y el propósito principal es el análisis y la investigación clara y objetiva de todos los incidentes clínicos y no se limita a detectar quien tuvo la falla, se toma como un proceso de reflexión estructurado y sistemático, no se guía por sospechas o en juicios de valor, aunque toma en cuenta las reflexiones de los clínicos ni la experiencia clínica, solo establece el momento adecuado de utilizar estas reflexiones, con esta guía se mejora el proceso de investigación ya además de identificar errores u omisiones hace una retroalimentación de todas las situaciones que pudieron generar el resultado adverso(5, 26), toda la investigación es planeada y se dice que es predecible, menciona que el abordaje sistemático disminuye la asignaciones de culpa, aunque no deja de lado que pueda existir la asignación de la misma lo que sucede es que no se da desde el inicio porque se dificulta y distorsiona la investigación, busca elementos para reducir los eventos adversos, el investigador debe sentir respeto por las partes involucradas en cada caso; realizar un manejo responsable de la información disponible y mostrar con los resultados de su estudio los problemas subyacentes, de manera tal que al identificarlos se eviten situaciones futuras que causen daños a más personas. Todo esto cobra mayor relevancia cuando se trata de quejas que se originaron en los servicios de salud.

Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason (figura 1).(26), Según este modelo, son muchos los factores que inciden en la secuencia de un suceso adverso, cuando se realiza el análisis del suceso hay que considerar cada uno de los elementos, comenzar con las acciones inseguras, luego con las barreras que fallaron, los factores que contribuyeron y finalmente los procesos de la organización.



Ilustración 1 Modelo organizacional de causalidad de sucesos adversos. Factores que pueden afectar la práctica clínica. Tomado de Protocolo de Londres.(26)

Se toman los siguientes conceptos Acciones inseguras: acciones u omisiones que pueden causar un evento adverso. Barreras y defensas: se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas los ejemplos de este caso son las listas de verificación, códigos de barras, entrenamiento y supervisión. Primeros en lista de los factores contributivos están los del paciente. En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Por esto el modelo establece unos factores que pueden afectar la práctica clínica que se pueden apreciar en la tabla 1.(26)

En la práctica clínica las fallas que se dan durante la atención de pacientes o usuarios se deben a olvidos, descuidos, equivocaciones o en algunos casos desviaciones intencionales de los procedimientos establecidos como seguros. Estas fallas constituyen una “acción insegura” ya sea que se presenten en conjunto o de manera individual. El protocolo de Londres, por motivos culturales y de implicaciones legales, prefiere referirse a las acciones inseguras como “Care Delivery Problems (CDP)”(26), para investigar y realizar el análisis de los incidentes o errores, el proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en incidentes menores, como en eventos adversos graves y no diferencia el

accionar si es realizado por una sola persona o por un grupo de trabajo, a continuación se muestra como es la secuencia para investigar los eventos adversos(Figura 2).(26)

Tabla 1 Factores que pueden afectar la práctica clínica. Tomado de Protocolo de Londres 2007. (26)

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUYENTE
PACIENTE	Complejidad y gravedad Lenguaje y Comunicación Personalidad y Factores sociales
TAREA Y TECNOLOGÍA	Diseño de la tarea y claridad de la estructura Disponibilidad y uso de protocolos Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas Ayudas para toma de decisiones
INDIVIDUO	Conocimiento, habilidades y competencia Salud física y mental
EQUIPO DE TRABAJO	Comunicación verbal y escrita Supervisión y disponibilidad de soporte Estructura de equipo
AMBIENTE	Personal suficiente, mezcla de habilidades, carga de trabajo, patrón de turnos, diseño y disponibilidad y mantenimiento de equipos, soporte administrativo y gerencial, clima laboral, ambiente físico (luz, espacio, ruido)
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Recursos y limitaciones financieras, estructura organizacional, políticas, estándares y metas, prioridades y cultura organizacional
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Económico y regulatorio Contactos externos

Ilustración 2. Diagrama de secuencia para investigar los eventos adversos cuando se presentan. Tomado de Protocolo de Londres 2007 (26)



Identificación del suceso adverso y decisión de investigar: Una herramienta imprescindible para identificar sucesos adversos es la notificación de los mismos. Una vez identificado el suceso adverso, la institución debe decidir si inicia o no su análisis.

Selección del equipo: Dado que es un proceso complejo, debería estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador.

Obtención y organización de la información: Todos los hechos deben recolectarse tan pronto como sea posible: Historia clínica completa, Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente, Declaraciones y observaciones inmediatas, Entrevistas con los involucrados, Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, etc), Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado. Una de las mejores formas de obtener información son las entrevistas personales. El equipo investigador decide a quién entrevistar y la entrevista debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos.

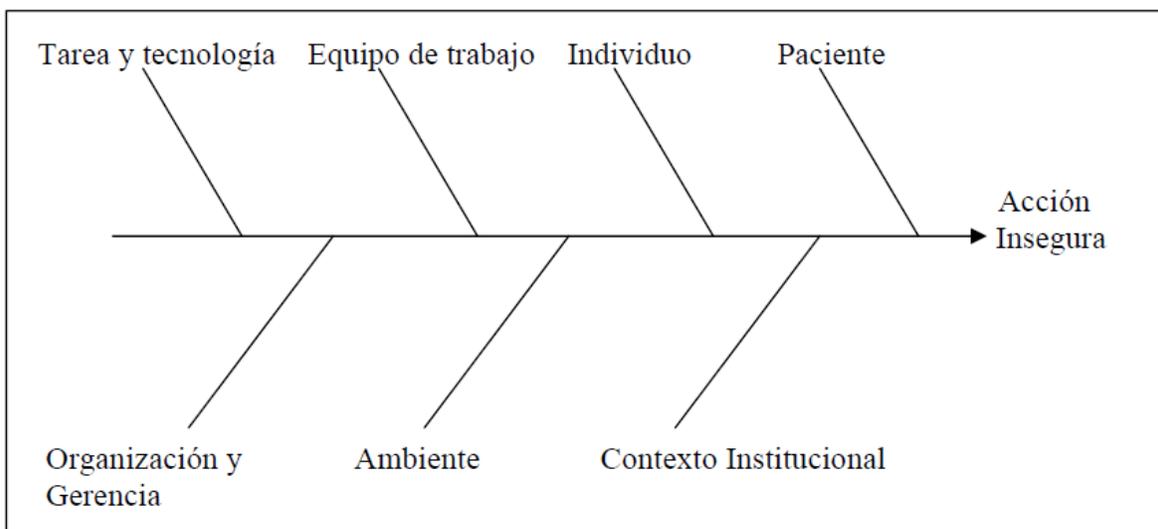
Cronología del suceso adverso: Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto con la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo se generó este.

Identificar las acciones inseguras: Una vez identificada la secuencia de eventos que llevaron al incidente, se deben enmarcar las acciones inseguras. Aquellos que participaron de alguna forma participaron en el suceso son capaces de identificar el o los motivos por los que ocurrieron.

Identificar los factores contribuyentes: Identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando hay un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y realizar el análisis de cada una.(26)

En la figura 3 se muestra un diagrama de espina de pescado asociada a una acción insegura, teniendo en cuenta los factores contribuyentes.

Ilustración 3. Diagrama de espina de pescado que asocia una acción insegura, teniendo en cuenta los factores contribuyentes. Tomado de Protocolo de Londres 2007.(26)



Al identificar aquellos factores que contribuye a la acción insegura termina el análisis y la investigación, de allí solo queda realizar las recomendaciones para mejorar en las condiciones de falla detectadas y elaborándose un plan de acción que contenga información que ayude a tratar en primera instancia aquellos factores que lleguen a afectar la seguridad futura de los usuarios, una lista de acciones para contrarrestar cada factor que fue identificado, asignar un encargado que implemente las acciones, definir un tiempo de acción e implementación, identificar y asignar recursos que se requieran, seguir el cumplimiento y ejecución de dicho plan, terminar las acciones y hacer un cierre cuando se hayan efectuado, realizar seguimiento y controles para evaluar la efectividad del plan de acción, para finalizar el equipo investigador debe ser centrado e implementar acciones que sean realizables y que en verdad mejoren las situaciones adversas.

Las quejas en los servicios de salud implican que la percepción del usuario frente a la atención recibida es deficiente, no le genera confianza o inclusive puede ser percibido como peligroso o

amenazante, de allí que haya cada vez más interés en detectar las quejas que se generan en las entidades prestadoras de servicios de salud, no se debe dejar de lado que la Facultad de odontología de la Universidad Nacional de Colombia es una entidad que presta servicios de salud desde 1942 y no es ajena a todos los cambios que se van generando con el paso del tiempo, hace parte del sistema y debe implementar estrategias para detectar las diferentes causas que afecten el buen desarrollo de estos servicios. El servicio de atención odontológico, es prestado siguiendo un modelo docente-asistencial, organizado para resolver los problemas de salud oral de los usuarios de acuerdo a su nivel de complejidad, desde las clínicas de semiología, clínicas de atención integral y clínicas de posgrados.

Dentro de la organización asistencial de la Facultad de Odontología, desde el 2009 se cuenta formalmente con una oficina de atención al usuario encargada de recibir, valorar y asignar a los usuarios nuevos a las respectivas clínicas y recepcionar las quejas o inconformidades de los mismos acerca de los servicios prestados y darle trámite antes las instancias pertinentes para dar solución a dichas reclamaciones,(27) aunque no se debe olvidar que desde antes se recibían las quejas pero no se había establecido una conducta organizada para el manejo de las mismas. Las quejas de los usuarios se convierten en un signo que manifiesta posibles fallas en la atención o incumplimiento de las normas que garantizan la calidad en la atención de los usuarios.

Por lo anterior el aumento en número o frecuencia de este fenómeno en los servicios prende las alarmas de la ocurrencia de posibles fallas en el servicio que pueden llevar a generar eventos adversos. De otro lado las quejas permiten identificar cuáles son las características que el usuario percibe del modelo de atención que se instauran en los servicios así que se realizó una valoración cuantitativa de las quejas y reclamos de los usuarios del servicio de odontología en las clínicas de pregrado y posgrado de la Universidad Nacional de Colombia entre el 2008 y el primer semestre de 2015. El análisis de la satisfacción de los usuarios constituye una medición útil de la calidad de las consultas y de la relación odontólogo-paciente. Asimismo, las estimaciones basadas en la satisfacción de los pacientes son un indicador de la ejecución del sistema y permiten diseñar diferentes estrategias alternativas para mejorar la prestación de servicios, educar en la prevención de efectos adversos e instaurar políticas para evitar inconvenientes legales.

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio: Cuantitativo, tipo descriptivo de carácter retrospectivo.

3.2 Población: Quejas presentadas por los Usuarios y sus correspondientes historias clínicas que fueron atendidos en la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá en el periodo comprendido entre el 2008 y el primer semestre de 2015.

3.3 Metodología:

En la primera fase se solicitó por escrito autorización de los entes competentes para acceder legalmente a la información, luego se realizó la recolección y registro de la información mediante formato diseñado para tal fin (figura 4) a partir del historial de quejas que se encuentran en la oficina de atención al usuario, el formato contenía fecha de atención, motivo de consulta, el motivo que generó la queja, como se manejó la queja y ante cual instancia se presentó la queja, ejemplo (Clínicas de pregrado, posgrado, oficina de atención al usuario, planta física etc.), el nombre del usuario, número de identificación, este par de datos se almacenaron temporalmente para facilitar la búsqueda y evitar repetición de la queja, pero para el registro final se protegió la confidencialidad y reserva de la información, y luego fueron borrados nombre y documento dado que la información que se recolectó implicaba diferentes personas de los niveles administrativos, académicos y financieros una sola persona registró la información, se hizo en un sitio aislado, se realizó toda la lectura de las quejas desde que se recibió hasta la respuesta de los diferentes entes a los que competía para determinar el manejo dado a cada queja este se dio en el periodo comprendido entre mayo y septiembre de 2015 para el almacenamiento de los datos se utilizó programa Excel (Anexos), se registró en cuadros por años y estos a su vez se dividieron por semestres para hacer una toma de datos más detallada, pero para los resultados se agruparon nuevamente por años. En la segunda fase al tener el número de quejas en el periodo seleccionado se procedió a hacer una agrupación de las mismas para observar la distribución porcentual de acuerdo a como se presentaron las mismas, se realizaron por género, la especialidad que atendió el paciente, nivel de pregrado o posgrado. Se hizo identificación de la causa de acuerdo a la oficina a la que se dirigió (administrativo) y / o el personal tratante (clínico), en donde al grupo de quejas de tipo administrativo se consignaron si se presentaron por manejo de historias clínicas, planta física, tesorería, en oficina de atención al usuario, quejas sin claridad, servicio de radiología, cajas de la facultad, docentes, por solicitud del usuario de cambio del pregrado al posgrado, bases de datos, esta agrupación se hizo de esta forma para facilitar el entendimiento por parte del lector (Tabla 2), se realizó una agrupación de las quejas con respecto a los laboratorios dentales que

prestan los servicios a la facultad para determinar que tanto influyeron en la cantidad de quejas presentadas.

Luego de agruparon de acuerdo al motivo de las quejas, con respecto a sí la queja se presentó por garantía de tratamiento, inconformidad con el tratamiento, demora en el tratamiento (por demora en historias clínicas, del estudiante, oficina atención al usuario, falta de unidades para la atención), inconformidad con la atención recibida (ya fueran por atención administrativa, por el estudiante, el docente, por equipos , planta física, falta de materiales) de acuerdo a si el paciente no acepta opción de tratamiento (si no llena sus expectativas debido a costos o imposibilidad de cumplir con lo que quiere el usuario), devolución de dinero (por no realización de los tratamientos, traslado de pregrado a posgrado, saldos a favor, eventos ajenos al cumplimiento de los tratamientos y que conllevaron a esta decisión de parte del usuario), por ultimo copia de historia clínica y/o radiografías(Tabla 3).

El presente estudio cumplió con los requerimientos éticos para la investigación en salud. Se garantizó la confidencialidad y el manejo oportuno y veraz de los datos recolectados.

NOMBRE	GENERO	DOCUMENTO	FECHA DE ATENCION	MOTIVO DE CONSULTA	MOTIVO DE QUEJA	MANEJO DE QUEJA	QUEJA PRESENTADA EN

Ilustración 4. Formato para recolección y registro de la información de las quejas.

Tabla 2. Formato quejas de tipo administrativas

Administrativo
Docente
Egresado
Historias clínicas
Planta Física
Tesorería
Solicitud de cambio al posgrado por usuario
Quejas sin claridad
Oficina de atención al usuario
Radiología
Bases de datos
Caja de facultad
Total

Tabla 3. Formato para almacenar datos de agrupación de las quejas para observar la distribución porcentual.

MOTIVO	AÑOS	PORCENTAJE
Garantía de tratamiento		
Inconformidad con el tratamiento		
Demora en la prestación del servicio		
Inconformidad con la atención recibida		
Paciente no acepta opción de tratamiento		
Devolución de dinero		
Copia de historia clínica o radiografía		
Total		

4. RESULTADOS Y DISCUSION

Con la información recopilada se encontró un total de 359 quejas presentadas por los usuarios, en el periodo comprendido entre el año 2008 y primer semestre de 2015. Es de resaltar que sólo a partir del año 2008 se abrió una oficina en la Facultad de Odontología encargada de la recepción y registro detallado de las quejas.

4.1 EN CUANTO A GÉNERO.

Las mujeres presentaron 240 quejas mientras que los hombres 119 correspondiendo al 67% y al 33% del total de quejas presentadas respectivamente (Fig. 5). Se presenta una tabla que muestra la distribución porcentual de hombres y mujeres durante el periodo analizado (Tabla 4); encontrándose que para el año 2012 y 2014 las mujeres presentaron el mayor número de quejas ambos años con 58 correspondiendo al 24,16% cada año y el menor número de quejas en el año 2009 con 9 correspondiente al 3,33% del total, y para los hombres el mayor número de quejas se dio en el año 2012 con 34 28,57% y el menor número de quejas se presentó en el año 2009 con 6 correspondiendo al 5,04% del total de las quejas. Se muestra un gráfico del comportamiento de las quejas en todo el periodo evaluado (Fig. 6).

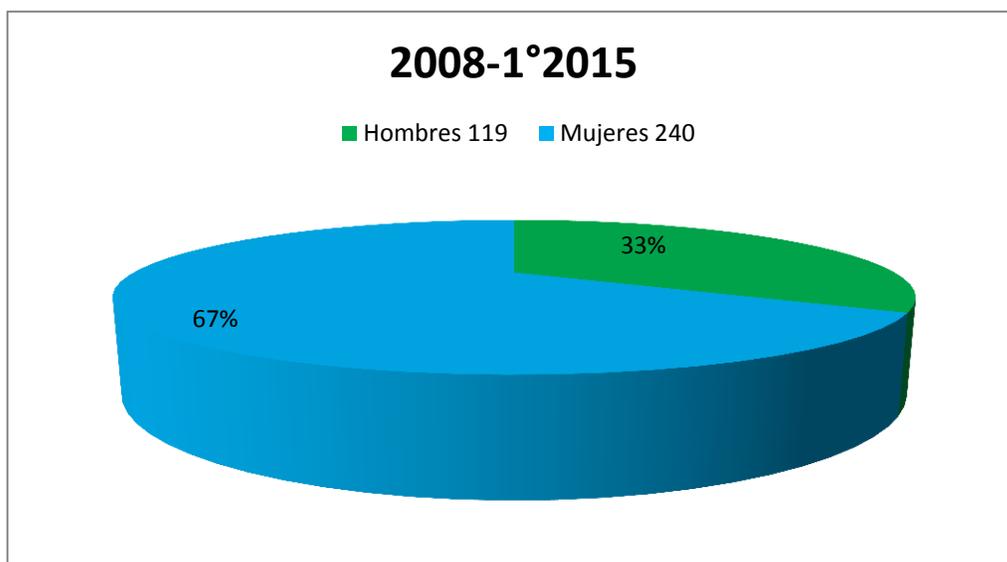


Ilustración 5. Quejas según género para desde el 2008 hasta el 1º semestre 2015.

Tabla 4. Distribución porcentual por género

Año	Mujeres	%	Hombres	%
2008	9	3,75%	8	6,72%
2009	8	3,33%	6	5,04%
2010	15	6,25%	4	3,36%
2011	16	6,66%	11	9,24%
2012	58	24,16%	34	28,57%
2013	55	22,91%	23	19,32%
2014	58	24,16%	21	17,64%
2015	21	8,75%	12	10,08%
Total	240	100%	119	100%

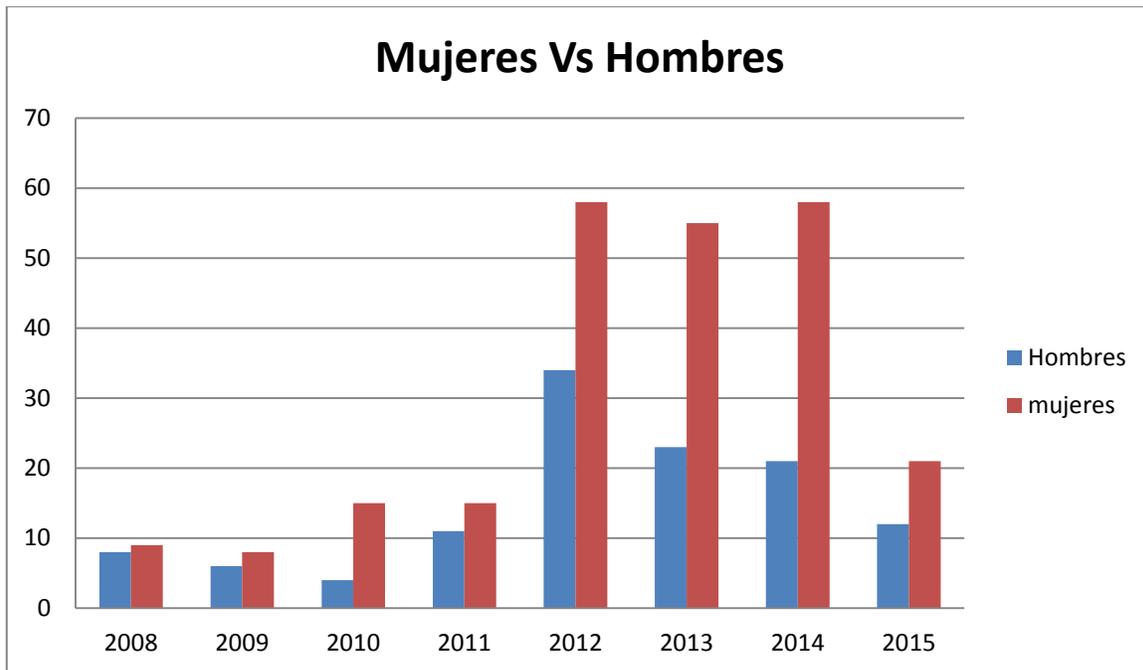


Ilustración 6. Distribución de hombres Vs mujeres en el periodo evaluado del total de quejas.

4.2 NIVEL DE ATENCIÓN CLINICO:

A continuación se presenta una tabla con el número de quejas presentadas en las clínicas de pregrado y posgrado en el periodo comprendido entre el 2008 y el primer semestre de 2015. (Tabla 5)

Tabla 5. Relación Pregrado Vs posgrado

	Pregrado	%	Posgrado	%
2008	11	6,5%	3	3,1%
2009	8	4,7%	1	1%
2010	8	4,7%	3	3,1%
2011	15	8,8	4	4,1%
2012	43	25,3%	16	16,5%
2013	33	19,4%	25	25,7%
2014	31	18,2%	38	39%
1° 2015	21	12,3%	7	7,2%
Total	170	100%	97	100%

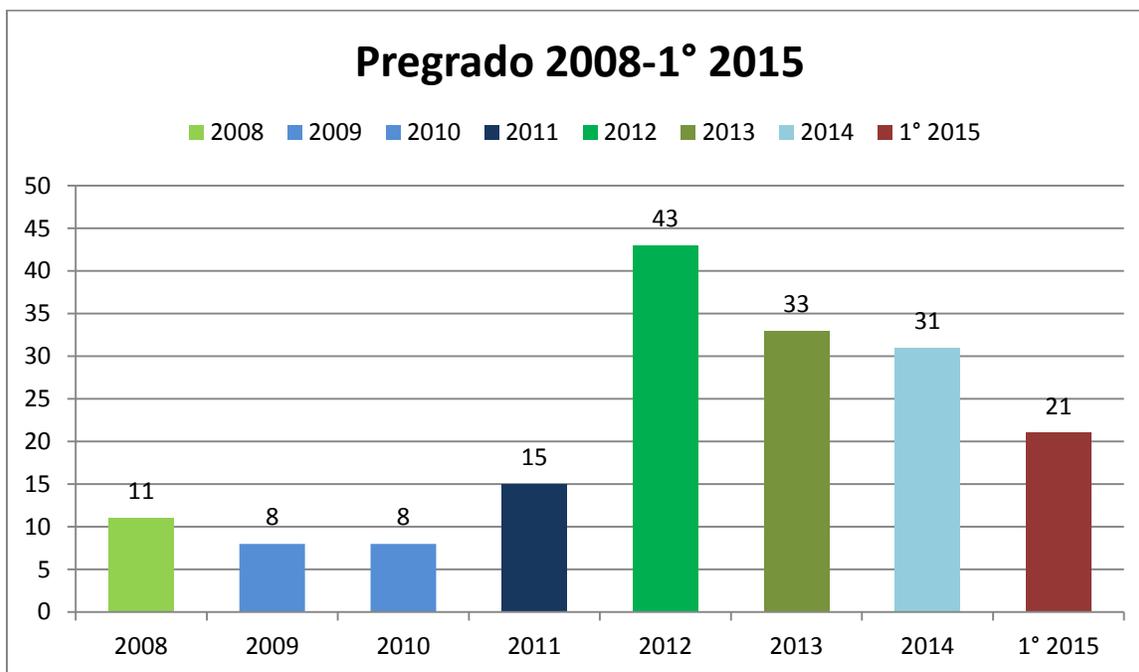
Se presentaron en todo el periodo 170 quejas en pregrado y 97 en todos los posgrados, una relación del 64% para pregrado y 36% para posgrados (Fig. 7), resulta una pequeña diferencia en el número debido a que en algunos casos se presentaba más de una queja por el usuario, a nivel de pregrado la mayor cantidad de quejas se presentaron en el año 2012 con 43 quejas y el menor número de quejas en los años 2008 y 2009 con 8 quejas cada uno del total, a nivel de posgrados el mayor número de quejas se presentó en el 2014 con un total de 38 y solo 1 quejas en el 2009 (Tabla 5).

Ilustración 7. Total quejas presentadas en clínicas de pregrado y posgrado.



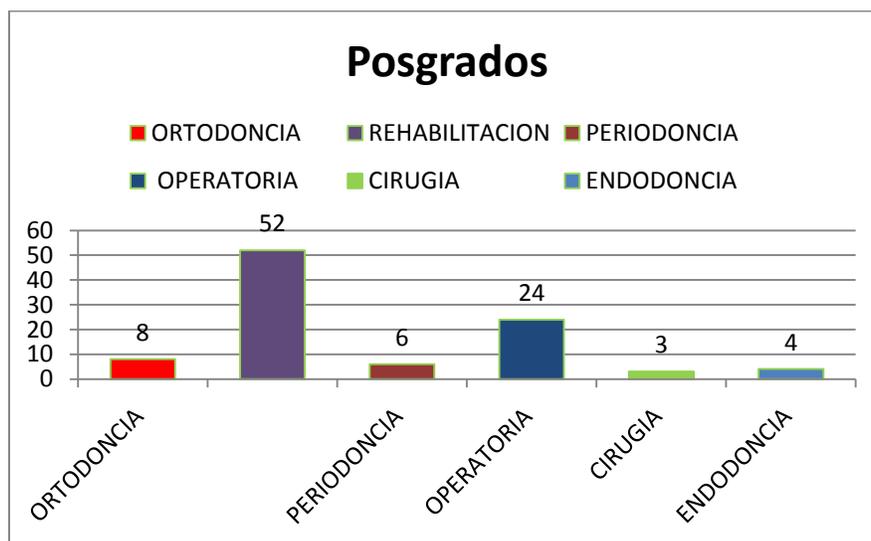
La distribución de quejas en pregrado en todo el periodo analizado se muestra en detalle en la figura 8.

Ilustración 8. Total quejas presentadas en clínicas de pregrado entre 2008 y primer semestre 2015.



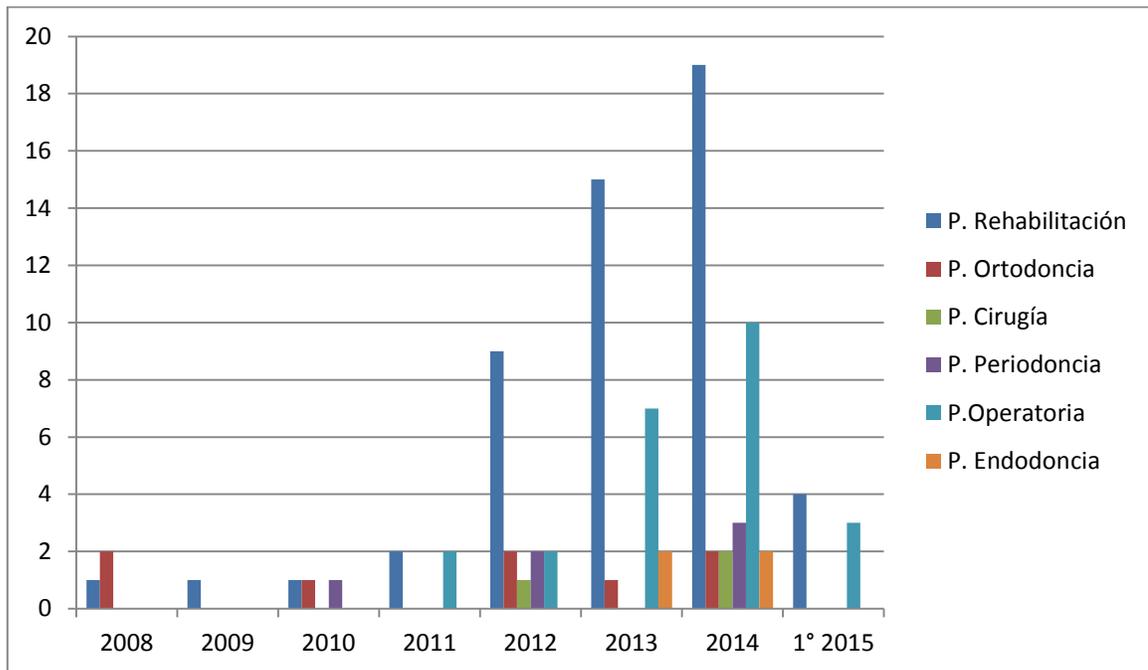
En cuanto a los posgrados el menor número de quejas se presentó a nivel del posgrado de Cirugía oral y maxilofacial con 3 y el mayor número se presentó a nivel del posgrado de rehabilitación con un total de 52 quejas. (Fig.9)

Ilustración 9. Quejas presentadas en clínicas de posgrado.



La distribución de quejas en posgrado en todo el periodo analizado se muestra en detalle en la figura 10.

Ilustración 10. Total quejas presentadas en clínicas de posgrado entre 2008 y primer semestre 2015

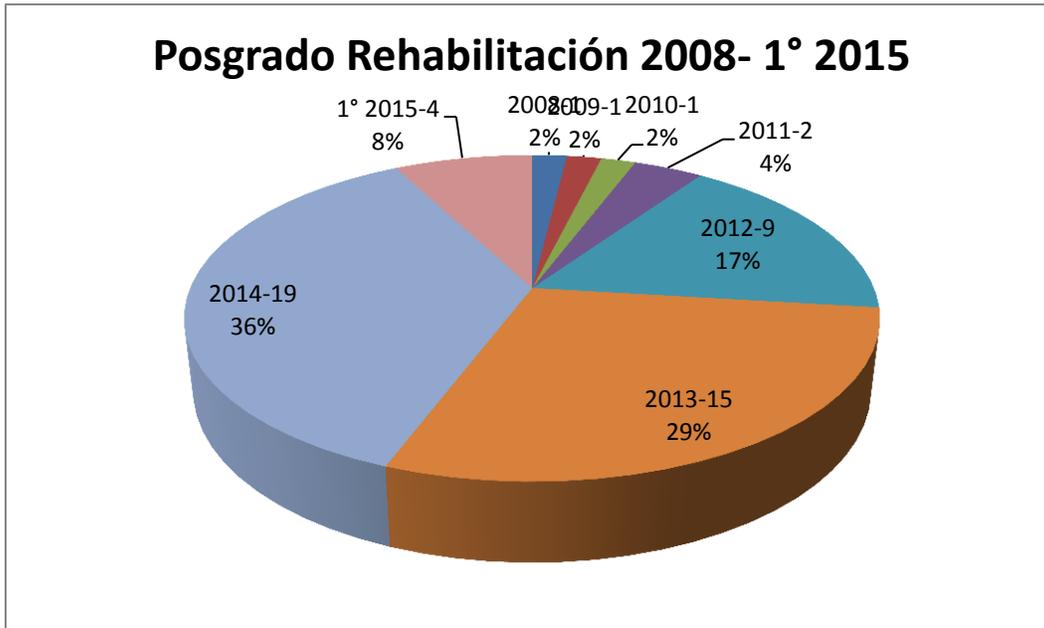


Se evidencia un aumento las quejas a partir del 2012, probablemente por la apertura de los posgrados de estética, endodoncia y periodoncia. El posgrado con mayor número de quejas es el de rehabilitación oral, mostrando una tendencia en aumento, posiblemente ocasionada por el mayor número de pacientes tratados y tratamientos terminados, así como por la cultura que se ha establecido de demandar o exigir garantía por parte de los usuarios.

4.3 Resultados de las quejas por Posgrado

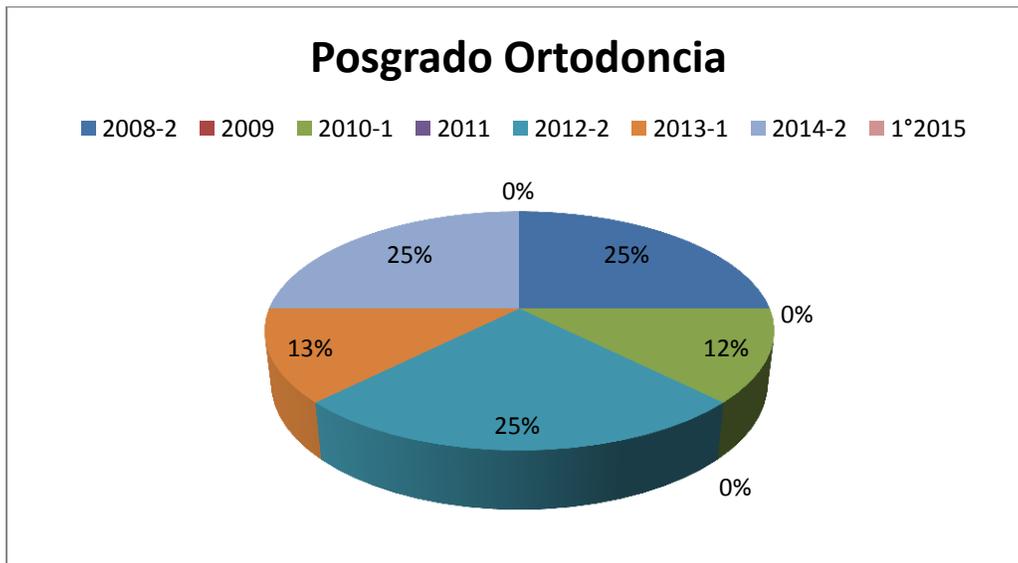
En cuanto al posgrado de rehabilitación en la Figura 11 se muestra la distribución de las quejas.

Ilustración 11. Quejas presentadas en clínicas posgrado de rehabilitación.



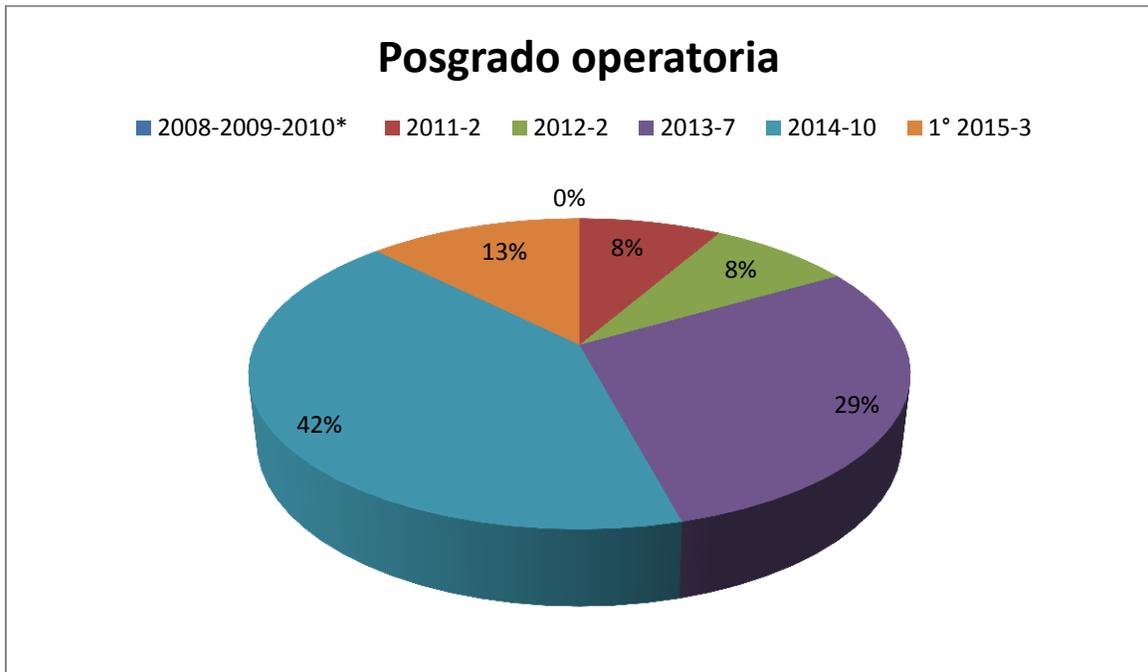
Para el posgrado de ortodoncia se presentaron un total de 8 quejas se muestra la distribución (Fig. 12)

Ilustración 12. Quejas presentadas en clínicas posgrado de Ortodoncia.



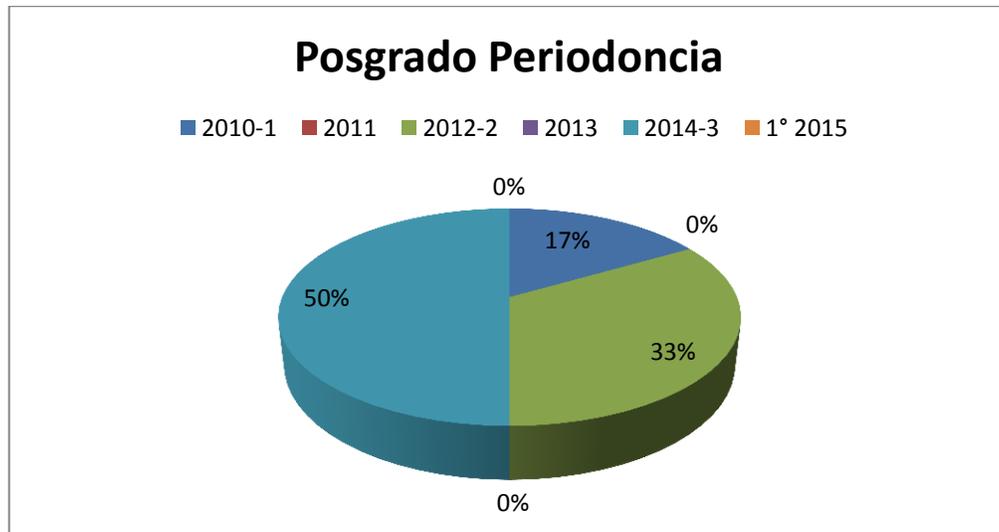
Para el posgrado de operatoria dental y estética se presentaron 24 quejas (Fig.13).

Ilustración 13. Quejas presentadas en clínicas posgrado de Operatoria



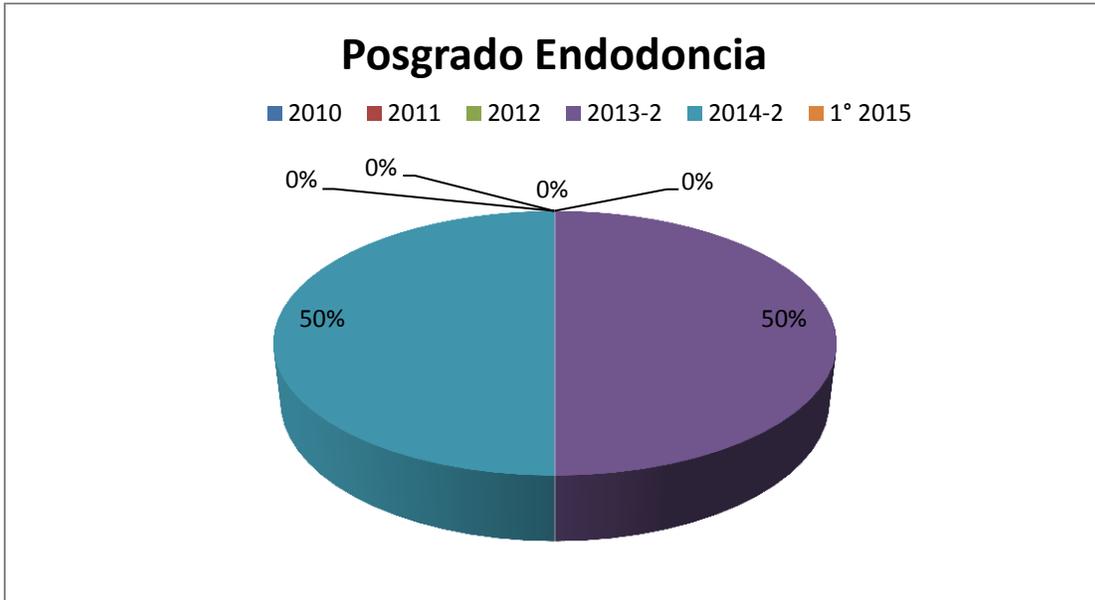
Con respecto al posgrado de periodoncia se tomaron datos desde el 2010, año en el que fue reactivado este posgrado, se observó un total de 6 quejas (Fig. 14).

Ilustración 14. Quejas presentadas en clínicas posgrado de Periodoncia



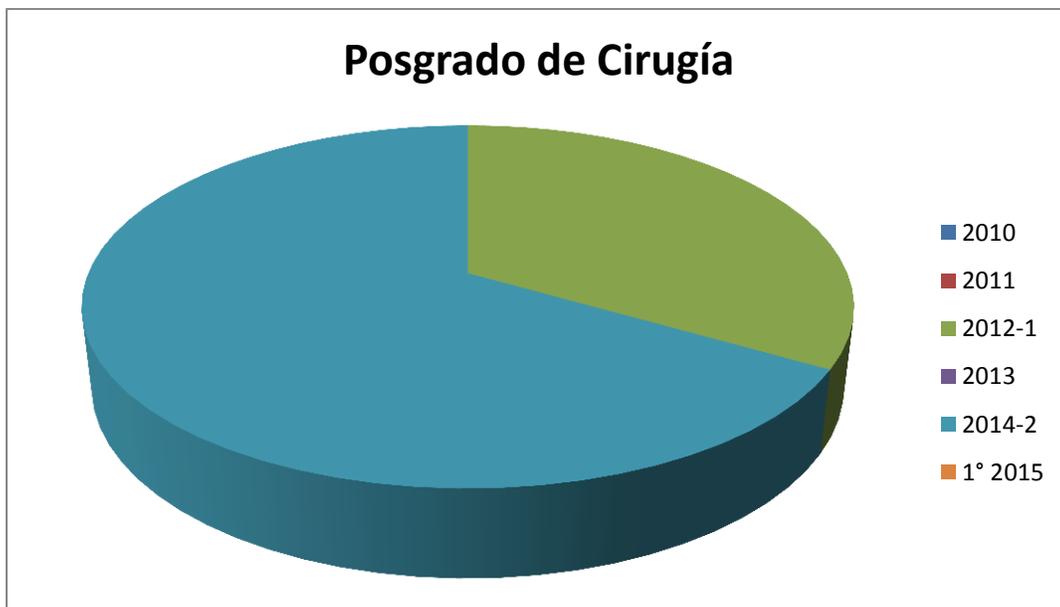
Con respecto al posgrado de Endodoncia se realizó el análisis desde el año 2010, periodo en el que fue creado (Fig. 15).

Ilustración 15. Quejas presentadas en clínicas posgrado de Endodoncia



Por último está el posgrado de cirugía que presentó un total de tres quejas (Fig.16).

Ilustración 16. Quejas presentadas en clínicas posgrado de Cirugía



4.4 QUEJAS DE TIPO ADMINISTRATIVAS

La tercera agrupación se realizó tomando varias quejas en diferentes estamentos a nivel de facultad, y se denominaron subtemas (Docente, Historias Clínicas Planta física, Tesorería, Oficina de atención al usuario, Radiología, Bases de datos, Laboratorio y quejas que no estuvieron claras en cuanto a solicitud, manejo y respuestas) estos subtemas se consignaron como de tipo administrativo (Tabla 6), en donde se dieron el mayor número de quejas en el 2012 con 27 correspondiente al 36% del total y el menor número de quejas se dio en el año 2008 con 2 (Fig. 17).

Tabla 6. Agrupación quejas de tipo administrativas

Administrativo	
Docente	5
Egresado	1
Historias clínicas	19
Planta Física	4
Tesorería	23
Solicitud de cambio al posgrado por usuario	1
Quejas sin claridad	7
Oficina de atención al usuario	4
Radiología	3
Bases de datos	1
Caja de facultad	1
Total	69

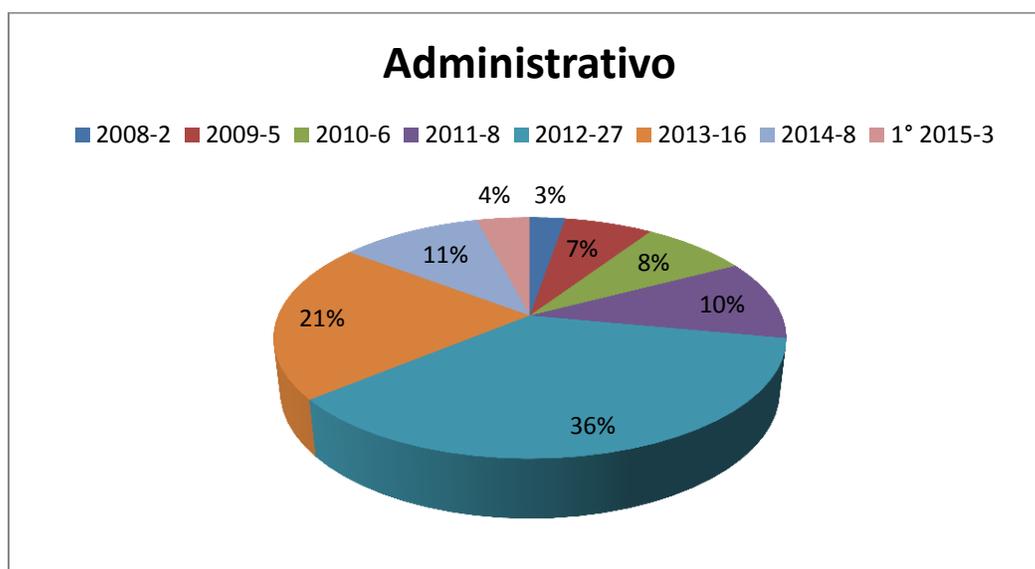
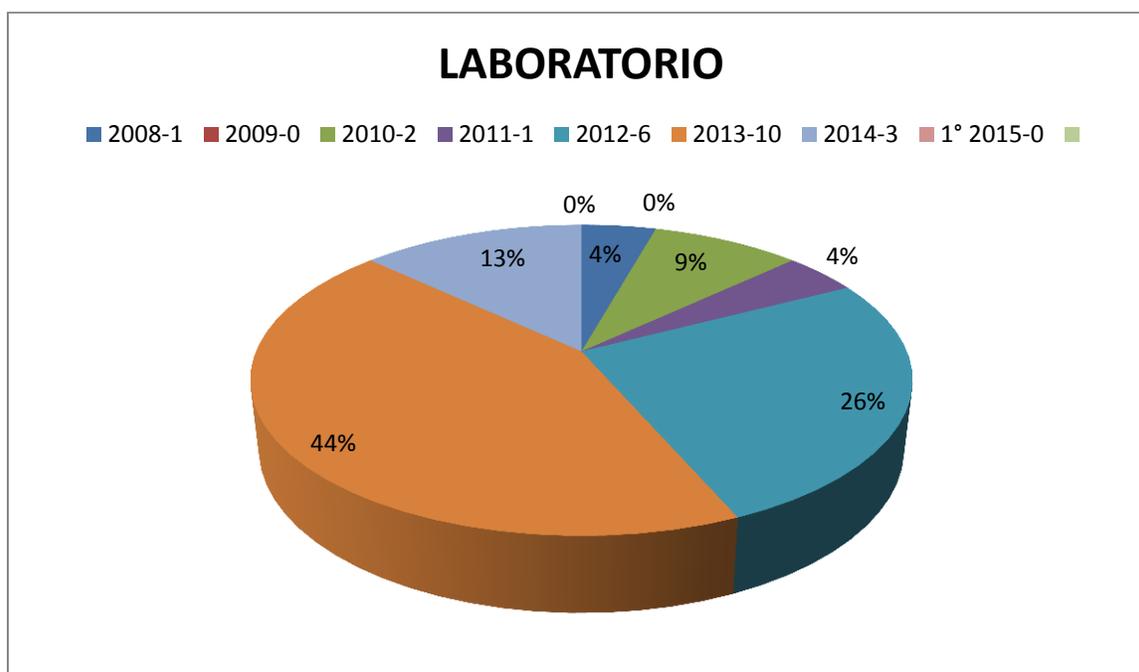


Ilustración 17. Total de quejas presentadas de tipo administrativo en periodo del 2008 hasta 1° semestre 2015

4.5 LABORATORIOS

La cuarta agrupación se hizo tomando las quejas realizadas a nivel de los laboratorios encargados de la elaboración de prótesis, coronas núcleos, aparatos de ortopedia, etc. En donde se registró el mayor número de quejas en el 2010 con 10 es decir 44% del total y el menor valor se dio con solo 1 en el 2011 siendo 4% del total de este grupo (Fig. 18).

Ilustración 18. Total quejas realizadas a nivel de laboratorios.



4.6 MOTIVO DE LAS QUEJAS

Con respecto al manejo dado a las quejas se agruparon como garantía de tratamiento dando el mayor número en los años 2013 y 2014 con 28 respectivamente y el menor número en 2008 y 2009 con 1 para cada año, siendo las de mayor prevalencia con un 30,9% del total de las quejas presentadas; otra agrupación se hizo como inconformidad en el tratamiento con 16 quejas en el año 2014 siendo este el valor más alto y 3 en los años 2009 y primer semestre de 2015 con un resultado de 18,9% del total de las quejas; la tercera agrupación al respecto se denominó como demora en la prestación del servicio con 22 quejas en el año 2014 y 3 para los años 2010 y primer semestre 2015, siendo el 13,4% del total de quejas presentadas, el cuarto subgrupo se llamó inconformidad con la atención recibida y tuvo el mayor número de quejas en el año 2012 con 16 y el menor número en los años 2008 y primer semestre de 2015 con 5 quejas, con el

18,6% del total de las quejas, la quinta división correspondió al grupo que se denominó como paciente que no aceptaba la opción de tratamiento propuesto en donde se presentaron 4 casos en todo el periodo observado y correspondió al 1,1% del total de las quejas; el sexto grupo se denominó para aquellos usuarios que solicitaron alguna devolución y/o traslado de dinero en donde para el año 2012 se presentaron 29 casos y en el primer semestre de 2015 1 caso, este grupo representó el 14,5% de todos los casos y el último grupo se relacionó con aquellos usuarios que solicitaron copia de historia clínica y/o radiografías en donde se presentaron 9 casos correspondientes al 2,5% de todos los casos. (Tabla 7)

Tabla 7. Motivo de las quejas

MOTIVO	AÑOS								PORCENTAJE
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	1° 2015	
Garantía de tratamiento	1	2	1	7	24	28	28	20	30,9%
Inconformidad con el tratamiento	9	3	4	8	11	14	16	3	18,9%
Demora en la prestación del servicio	0	0	3	0	9	11	22	3	13,4%
Inconformidad con la atención recibida	5	4	8	7	16	13	9	5	18,6%
Paciente no acepta opción de tratamiento	0	1	0	0	2	1	0	0	1,1
Devolución de dinero	2	0	2	5	29	9	4	1	14,5%
Copia de historia clínica o radiografía	0	4	1	0	1	2	0	1	2,5%
Total	17	14	19	27	92	78	79	33	

4.7 MANEJO DE LAS QUEJAS

Para este grupo se generaron 6 divisiones con una excepción ya que dentro del total de quejas se halló una felicitación por la atención prestada en el posgrado de Periodoncia en el año 2014, que fue registrada en la información obtenida, el mayor porcentaje con respecto al manejo se dio con respecto a las autorizaciones de garantías con 112 casos que representaron el 31,2% con el mayor número de estos en el año 2013 con 30, el menor porcentaje se presentó con cartas de respuesta pidiendo disculpas a los usuarios por diferentes situaciones con 7 casos correspondiendo al 1,9%, se observó una situación en donde no se encontró respuesta alguna en 44 ocasiones, siendo el 12,2% del total de los casos, no quiere decir que no se le haya dado manejo a las mismas, pero hace un llamado a ser rigurosos con el manejo de las respuestas.(Tabla 8)

Tabla 8. Manejo de las quejas

TRATAMIENTO DADO A LA QUEJA	AÑOS								PORCENTAJE
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	1°2015	
Sin respuesta	3	8	3	1	11	7	10	1	12,2%
Explicación al paciente	10	5	9	6	12	15	13	17	24,2%
Devolución de dinero	2	0	0	5	26	10	3	1	13%
Disculpas al paciente	1	0	0	1	2	1	2	0	1,9%
Investigación de lo ocurrido	1	1	4	0	15	15	27	0	17,5%
Autorización de garantía	0	0	3	14	26	30	25	14	31,2%
Felicitación por Atención							1		0,2%
Total	17	14	19	27	92	78	79	33	

5. CONCLUSIONES

La oficina de atención al usuario de la Facultad de Odontología, abierta en 2008 ha sido eficiente en la recepción y seguimiento de las quejas y reclamos interpuestas por los usuarios de las clínicas de pregrado y posgrado.

Se han recibido de 359 quejas radicadas por los usuarios. Las mujeres presentaron 240 quejas mientras que los hombres 119 correspondiendo al 67% y al 33% del total de quejas presentadas respectivamente

En cuanto al nivel de atención hubo 170 quejas en pregrado (64%) y 97 en todos los posgrados (36%), siendo la especialidad de rehabilitación en donde más inconformidad hubo y se dio autorización para repetir los procedimientos.

Se encontró que en el 30% de los casos los usuarios reclamaron garantía en sus tratamientos y en el 14% se solicitó devolución del dinero.

A nivel de posgrados el mayor número de quejas se presentaron a nivel del posgrado de rehabilitación y se observa que Hay un aumento en el número de quejas presentadas desde la apertura de los posgrados de estética, endodoncia y periodoncia

Hay deficiencias en la información dada con respecto al tratamiento que reciben los usuarios, los compromisos, derechos y deberes que se adquieren al hacer parte de un modelo docente asistencial.

6. RECOMENDACIONES

Este estudio de tipo cuantitativo es la base para el planteamiento de próximos estudios de tipo cualitativos, donde se analicen variables como los tipos de queja y sus implicaciones.

Se debe analizar el impacto económico que representan para la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia las garantías y repeticiones de los tratamientos fracasados.

El detectar las fallas que se presentan en el servicio es el punto de partida para generar estrategias de tipo docente y administrativo que permitan prevenir quejas y demandas por parte de los usuarios.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Castaño Castrillón JJ. El Sistema de Salud Colombiano. Archivos de Medicina 2013; vol. 13(núm. 2):115-7.
2. Herrera Medina NE, Gutierrez-Malaver ME, Ballesteros-Cabrera M, Izzedin-Bouquet R, Gómez-Sotelo AP, Sánchez-Martínez LM. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. Revista de Salud Pública. 2010;12:343-55.
3. S. MSM. El sector salud en Colombia: impacto del sgsss después de más de una década de la reforma. Fedesarrollo. 2008; 38: 39-10.
4. Agudelo S AA, Valencia L LY, Oullón H E, Betancur G LG, Restrepo A LM, Peláez D LV. Satisfacción y factores asociados en estudiantes usuarios del servicio odontológico de la institución prestadora de servicios de salud "IPS Universitaria" (Medellín). Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2008;19:13-23.
5. Wikipedia cd. Protocolo de Londres 20015 [updated Última revisión: 30 de agosto del 2015, 21:15 UTC; cited 2105 25 octubre 2015]. Protocolo de Londres]. Available from: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Protocolo_de_Londres&oldid=84777523.
6. Drumond JGdF. ÉTICA Y CALIDAD EN SALUD: FILOTECNIA VERSUS FILANTROPIA. Acta bioethica. 2010;16:119-23.
7. Wikipedia cd. MEDICINA [updated Última revisión: 27 de octubre del 2015, 03:06 UTCFecha de consulta: 27 de octubre del 2015, 13:32 UTC]. Available from: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Medicina&oldid=86133106>.
8. Colombia. CdIRd. LEY 10 DE 1990. 1990:1-21.
9. Republica RdCCdl. Ley 100 de 1993, art. 279. 1993.
10. Maya E. El derecho a la salud en la perspectiva de los derechos humanos y del sistema de inspección, vigilancia y control de quejas en materia de salud *. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2008;37:496-503.
11. Estadística. RdCDANd. Censo general, nivel nacional Acceso 25 sep 2015. 2005(Internet):Disponible en: <http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>.

12. República. RdCCdl. Decreto Numero 1011. 2006.
13. Castaño Convers S. Calidad en la atención en salud: Nuestra responsabilidad como profesionales de la salud y como sistema. *Acta Medica Colombiana*. 2005;30:289-94.
14. Frenk J. Avedis Donabedian. *Salud Pública de México*. 2000;42:556-7.
15. Losada Otálora M, Rodríguez Orejuela A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración*. 2007;20:237-58.
16. Fresno Chávez C. La Calidad de los recursos de información en salud presentes en INTERNET. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2001;17:399-402.
17. VELANDIA S F, ARDÓN C N, JARA MI, CÁRDENAS M JM, PÉREZ A N. Oportunidad, Satisfacción y Razones de no Uso de los Servicios de Salud en Colombia, según la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, 1997. *Revista de Salud Pública*. 2003;5:46-58.
18. Burmester H. Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 1997;1:149-54.
19. Chang de la Rosa M, Alemán Lage MdC, Cañizares Pérez M, Ibarra AM. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1999;15:541-7.
20. LOSADA OTÁLORA M, RODRÍGUEZ OREJUELA A, HERNANDEZ-ESPALLARDO M. PROPUESTA METODOLÓGICA PARA MEDIR LA CALIDAD DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN MEDICINA GENERAL. *Estudios Gerenciales*. 2011;27:185-204.
21. Tsuchida Fernandez MB, Bandres Sanchez MP, Guevara Linares X. Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. *Revista Medica Herediana*. 2003;14:175-80.
22. Fajardo-Dolci GE, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J, Hernández-Ávila M, Kuri-Morales P, Gómez-Bernal E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. *Salud Pública de México*. 2009;51:119-25.
23. Portela León FJ. Caracterización de los aspectos bioéticos en los reclamos realizados ante la Superintendencia de Salud de Chile en el área de odontología. *Acta bioethica*. 2013;19:143-52.
24. Valdés-Salgado R, Molina-Leza J, Solís-Torres C. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Salud Pública de México*. 2001;43:444-54.

25. GARVÍ AJL. ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN ODONTOLOGÍA MEDIANTE CUESTIONARIOS DE SALUD: ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO "DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE". 2012:1-200.
26. P JG. PROTOCOLO DE LONDRES- INCIDENTES CLINICOS. 2007:10.
27. Odontología Fd. Quejas y reclamos. Universidad Nacional de Colombia. 2014;Sede Bogota.

8. ANEXOS

Se muestran ejemplos de la forma en la que recopilamos los datos.

GENERO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Hombres	8	6	4	11	16/18	13/10	12/9	12	119
Mujeres	9	8	15	16	27/31	28/27	27/31	21	240
Pregrado	11	8	8	15	17/26	16/17	10/21	21	170
Laboratorio	1	0	2	1	3/3	9/1	3/0	0	23
Docente	1	0	0	2	1/0	1/0	0/0	0	5
Posgrado Ortodoncia	2	0	1	0	0/2	0/1	1/1	0	8
Egresado	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Historias Clínicas	0	4	2	0	0/5	4/0	2/2	0	19
Posgrado Rehabilitación	1	1	1	2	5/4	7/8	8/11	4	52
Planta Física	0	0	2	0	0/1	0/1	0	0	4
Posgrado Periodoncia	0	0	1	0	1/1	0/0	2/1	0	6
Tesorería	0	1	1	4	11/5	0/1	0/0	0	23
Cambio de Pregrado a Posgrado	0	0	1	0	0	0/0	0/0	0	1
No definido	0	0	0	1	2/0	1/0	1/1	1	7
Posgrado Operatoria	0	0	0	2	2/0	2/5	6/4	3	24
Atención al Usuario	0	0	0	0	1/0	0	1/0	2	4
Radiología	0	0	0	1	0/1	1/0	0	0	3
Posgrado Cx	0	0	0	0	0/1	0	2/0	0	3
Base de Datos	0	0	0	0	0	1/0	0	0	1
Posgrado Endodoncia	0	0	0	0	0	0/2	2/0	0	4
Caja Facultad	0	0	0	0	0	0	1/0	0	1

MOTIVO QUEJA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Garantía de tratamiento	1	2	1	7	24	28	34	20
Inconformidad con el tratamiento	7	3	3	7	7	5	2	3
Inconformidad con la atención recibida	5	4	8	7	16	13	9	5
Fallas en el laboratorio	2		1	1	4	9	4	0
Paciente no acepta opción de tratamiento		1			2	1	1	0
devolución de dinero	2		2	5	29	9	4	1

Copia HC o RX		4	1		1	2	2	1
Demora en la prestación del servicio	0	0	3		9	11	20	3

TRAMITE QUEJA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sin respuesta	3	8	3	1	11	7	10	1
Explicación al paciente	10	5	9	6	12	15	13	17
Devolución de dinero	2			5	26	10	3	1
Disculpas al paciente	1			1	2	1	2	0
Indagación ocurrido	1	1	4		15	15	27	0
Autorización garantía			3	14	26	30	25	14

NOMBRE	SEXO	NO C.C	FECHA ATENCION	MOTIVO DE CONSULTA	MOTIVO QUEJA	FECHA QUEJA	SOLUCION	CLINICA EN LA QUE SE PRESENTO LA QUEJA	EN GANCHO
	M		05-may-14	Atención urgencia para pulpectomia 16 por fractura	Realización de tratamiento no requerido cobro de costos de laboratorio, procedimientos no contemplados por paciente, manifiesta no contar \$\$, debido a elaboración de plan tratamiento integral	25-may-15	Tutela a Favor de Facultad 4 junio/2015- soportes presentados donde no hubo fallas en la Atención	Posgrado operatoria	En gancho
	F		05-jul-05	Realización núcleo y corona(Collar less) 15	Desalojo -núcleo y corona, cementada en 2013	06-abr-15	Comité técnico científico 17 junio/2015 -ha estudiado el caso el caso varias veces- solicita Vx y Px para dar respuesta a la paciente	Pregrado	En gancho
	F		06-mar-14	PPF 13a 16	Hace 3 años asisto a al Departamento de odontología, donde debido al trabajo que exigía mi dentadura. Donde el maxilar de arriba lado derecho, exigía una fija, fue cementada y ha presentado dificultad para la higiene, de periodoncia manifiesta que requiere Cx	10-nov-14	Comité técnico científico 19 junio/2015 -ha estudiado plantea 3 opciones: Cx periodontal, despejar furca y facilitar higiene de 16. 2:Extraer 16 y PPR 3: Extraer- e implante	Pregrado	En gancho

	F		ago-14	Tratamiento 11-12	En 2 semestre 2014, ingrese para realizarme el tratamiento necesario, luego de haber asistido a la vx en 1 semestre se decidió mantener, este semestre el px no es bueno para rehabilitar con corona, manifiesta afectación económica y emocional.	01-jun-15	Comité técnico científico 09 junio/2015- solicita vx y px de 11y 12	Pregrado	En gancho
	F		21-ene-14	Garantía PPF implanto soportada 12-11-21, mplantas2,23	Alteración puntos cenit PPF 12-11-21.	04-jun-15	Comité técnico científico 30 junio/2015- solicita Vx y Px de 11y 12	Posgrado rehabilitación- Cirugía-Periodoncia	En gancho
	M		05-jul-05	Garantía corona 24	Garantía premolar superior izquierdo ya que quedo corona desadaptado y robusto	01-jun-15	En tramite	Pregrado	En gancho
	F		nov-14	Corona 14 y 23	Desalojo y perdida de corona de 23	09-dic-14	Comité técnico científico 25 Febrero/2015- Repetición corona 23	Pregrado	En gancho
	M		1 SEM. 2014	Endodoncia 47	Me terminaron un conducto finalizando semestre y no me realizaron la calza definitiva me dejaron un cemento, paso un semestre donde no me hicieron seguimiento, ni control y ahora me dicen que tengo una fisura	05-jun-15	Comité técnico científico 19 junio/2015 -Carta en donde se explica Vx y Px 47 y recomendaciones para continuidad de tratamiento	Posgrado Endodoncia	En gancho
	M		10-dic-13	Fx núcleo 12	Valoración remoción de núcleo y provisionalizacion 12	12-mar-15	Comité técnico científico 23 junio/2015 -carta en donde se solicita estabilización y explicar alternativas de tratamiento ya que no se puede realizar remoción núcleo por riesgo estallido radicular	Posgrado operatoria	En gancho
	F		nov-14	Prótesis removible	Garantía fractura de gancho de prótesis"	19-ene-15	Comité técnico científico 25 febrero/2015- repetición ppr inferior	Pregrado	En gancho
	F		25-may-15	Apertura de historia	Cancele la inscripción y la apertura de HC a las 4 pm pero perdí la cita debido a que en atención al usuario laboran hasta esa hora y no se pudo hacer el proceso de apertura"	26-may-15	S horarios de 4 a 7pm	Atención al usuario	En gancho
	M		27-may-15	Fractura PPR	Garantía PPR	27-may-15	Consejo Facultad 11 junio/2015 Aprueba repetición PPR	Posgrado rehabilitación	En gancho
	F		16-dic-13	Endodoncia 47	Corona desadaptada de 16	07-abr-15	Consejo Facultad 02 junio/2015 Aprueba repetición corona	Pregrado	En gancho

	F		1 SEM 2014.	Prótesis removible	En mi atención en la clínica de adulto mayor el día de la toma de impresión definitiva me aplicaron una pasta de color verde la cual me quedo pegada en el paladar el Dr me la retiro fuerte lo cual me genero dolor y pienso que se me aflojaron los dientes de la PPF superior y se me fracturo el colmillo de lado derecho	01-mar-15	Comité técnico científico 25 Febrero/2015- Dx, Px y plan tratamiento acorde con lo explicado a la paciente- además pide anteriormente le sean realizadas exodoncias y prótesis total	Pregrado	En gancho
	F		09-oct-14	Remoción amalgama desadaptada de 36- luego se decidió que era mejor ceromero en ese Diente	Solicito repetición de provisional, toma de impresión y elaboración de ceromero para 36	13-mar-15	Consejo Facultad 25 Marzo/2015 Aprueba repetición ceromero.	Pregrado	En gancho
	F		2 SEM.2010	Prótesis removible	Solicito que el trabajo realizado quede a mi entera satisfacción"	27-abr-15	Comité técnico científico 05 mayo/2015 carta en donde se explica elaboración de tratamiento y mantenimiento del mismo y que se le han repetido y cambiado ajustes de prótesis sin costo y que estos presentas desgastes por el tipo de ajustes y el dinero debe ser asumido por la paciente	Pregrado-posgrado rehabilitación	En gancho
	F		26-ago-14	Dolor y mal olor en prótesis del frente, realizan exodoncias de 11-12 mal Px, método abierto se produce dehiscencia en 13 que es pillar PPF en donde ya se iba a cementar por	Continuar con tratamiento explicado por estudiante de pregrado y docente, solución de prótesis fija de 13 a 15, valoración con periodoncia sin Dr Sergio Lozada	14-may-15	Comité técnico científico 01 Junio 2015 -Carta en donde se explica que continuidad de tratamiento y mantenimiento del mismo debe ser realizado en posgrado de rehabilitación y debe ser remitida luego de estabilizarla	Pregrado-posgrado periodoncia	En gancho
	M		2 SEM. 2014	Prótesis removible Superior e inferior	Solicito me sean entregados los moldes de las removibles con los que elaboraron las prótesis transicionales y que la superior se ha fracturado en repetidas ocasiones y los requiero para unas nuevas		Comité técnico científico 09 Abril/2015 Carta donde se explica que los moldes se usan para hacer las prótesis y que se fracturan al momento de realizar las mismas, que no se pueden recuperar	Pregrado	En gancho

	F		1 SEM. 2014	Requiero tratamiento	Llevo aproximadamente año y medio siendo paciente de la facultad y aun no me han resuelto mi problema odontológico, solicito me arreglen la boca lo más pronto posible	13-abr-14	Comité técnico científico 28 mayo/2015 Carta donde explica que presenta PPF 13 a 23 desadaptada desde hace más de 7 años que al asistir a finales de 2014 se informó que iniciaría 1 semestre 2015 cuando asignaran docente y el estudiante y que atención docente asistencial que hace que el tratamiento sea un poco más demorado.	Pregrado	En gancho
	M		2 SEM. 2014	Prótesis Total superior inferior	Realizaron Prótesis total superior e inferior, la superior quedo bien la inferior suelta me hicieron rebase pero no siento que haya quedado bien, solicito cambio de prótesis	08-abr-15	Consejo Facultad 13 Mayo 2015 Aprueba repetición Prótesis total inferior	Pregrado	En gancho
	M		11-feb-15	Inscripción	Solicito devolución de dinero puesto que el tratamiento nunca llevo a ser iniciado	23-abr-15	Consejo Facultad 15 Abril/2015 Aprueba devolución del dinero	Pregrado	En gancho
	M		2 SEM. 2013	Edentulismo total superior y parcial inferior	Solicito repetición de prótesis total superior y parcial inferior debido a que se pigmento el material y me dijeron que era por el laboratorio	25-feb-15	Consejo Facultad 11 marzo/2015 Aprueba repetición Prótesis total superior y removible inferior sin costo materiales y laboratorio asume costo restante	Posgrado rehabilitación	En gancho
	F		2 SEM. 2014	Prótesis Total superior inferior	Solicito repetición de prótesis total superior E inferior debido a que me hicieron 3 controles y no se adaptaron	16-mar-15	Consejo Facultad 25 marzo/2015 Aprueba repetición Prótesis total superior y removible inferior	Pregrado	En gancho
	M		2 SEM. 2011	Prótesis removible Superior inferior	Solicito reintegración al tratamiento odontológico iniciado hace 4 años, la atención es posgrado y garantía	08-abr-15	Comité técnico científico 08 Abril/2015- Asignación a pregrado nuevamente Vx ydx- Garantía No cubre ya que el paciente manipulo las prótesis	Pregrado	En gancho
	F				Modificación de ventanilla de atención al usuario por ser muy baja, pequeña e incómoda	17-mar-15	Comité técnico científico 25 Marzo /2015- Observación tomada en cuenta	Atención al usuario	En gancho
	F		2012	Prótesis total superior	Garantía ya que desde que me entregaron la prótesis hace 3 años me siento inconforme y traslado a posgrado rehabilitación	19-mar-15	Comité técnico científico 25 Marzo /2015- No considera precedente ya que en 3 años nunca expuso inconformidad	Pregrado	En gancho

	M			Exodoncia cordales	Solicito copia de la hc ya que tengo posibilidad de que me cubra una asociación los costos	20-mar-15	No hay respuesta aun	Pregrado	En gancho
	F			Ppf 23 A 25	Repetición PPF 23 A 25 incluyendo núcleo	22-oct-14	Consejo Facultad Octubre/2014 Aprueba repetición	Posgrado operatoria	En gancho
	M				Queja con respecto a estudiante Andrea Escobar	10-dic-14	Atención al usuario cita al paciente	Posgrado rehabilitación	En gancho
	F			Coronas 43-47-33	Repetición de coronas"		Consejo Facultad 27 Mayo/2015 Aprueba repetición	Pregrado	En gancho
	F		06-may-14	Perdida raíz 22	Proceso implante	16-mar-15	Atención al usuario cita al paciente para definir procedimiento		En gancho
	F			Carilla 21	Garantía carilla abril 2013	21-ene-15	Posgrado operatoria autoriza garantía	Posgrado operatoria	En gancho
	F		04-abr-13	Corona 46	Garantía corona 46	21-ene-15	Solicitud garantía estudiante operatoria	Pregrado-posgrado operatoria	En gancho

