

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN- MANAGUA
“RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA



**VALORACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA BRINDADA
POR LOS ESTUDIANTES DE CIRUGÍA ORAL III A USUARIOS EXTERNOS DE LA
UNAN-MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE A OCTUBRE DEL
2015.**

TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA

AUTORAS:

IRAXTZE FARID BERMÚDEZ LÓPEZ
INDIRA MASSIEL DELGADO SALINAS

TUTORA:

DRA. MICHELLE MÁRQUEZ GUEVARA

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Mi Dios todo poderoso.

A mis padres, pilares fundamentales, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad, los amo con mi vida.

Y a los docentes que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación como estudiante universitario.

Iraxte Bermúdez López

Esta tesis está dedicada a:

A Dios, mi fortaleza

A mis padres, mis guías

A mi hermano, mi inspiración

Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo en donde quiera que vayas.

Josué 1:9

Indira Massiel Delgado Salinas

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud, principalmente está dirigida al Dios Todopoderoso que supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se me presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin nunca desfallecer en el intento.

A mis padres por su apoyo, consejo, ayuda incondicional, y por ayudarme con los recursos necesarios para realizar esta gran meta.

A nuestra casa de estudios por haberme dado la oportunidad de ingresar al sistema de Educación y cumplir este gran sueño.

A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

A mi tutor y asesores metodológicos, quienes me han orientado en todo momento en la realización de este proyecto que enmarca el último escalón hacia un futuro en donde sea partícipe en el mejoramiento del proceso de enseñanza y aprendizaje.

Y finalmente a todos y todas quienes de una u otra forma han colocado un granito de arena para el logro de este Trabajo, agradezco de forma sincera su valiosa colaboración.

"La gratitud, como ciertas flores, no se da en la altura y mejor reverdece en la tierra buena de los humildes." – José Martí

Iraxtze Bermúdez López

Agradecimiento

Agradezco a Dios por manifestarse siempre en mi vida, por darme la fuerza y la sabiduría necesaria para culminar esta meta. Por amarme imperfecta tal y como soy.

A mi mamá Dabeyba Estela y a mi papá Víctor Rodolfo por inculcarme valores y hacer de mí una mujer decidida e independiente, por estar a mi lado cuando más los necesitaba, por aprender conmigo sobre odontología y por darme ánimos para superar los retos más difíciles.

A mi hermano Víctor Hugo por ser la personita que vino a revolucionar mi mundo y el que me hizo estudiar el doble para saber yo y poder explicarle a él.

A mis abuelos por ser mi conexión directa entre el cielo y la tierra, gracias por sus enseñanzas. A mis tías y mis tíos por ser mis segundos padres, porque me han cuidado y amado sin condición. A mis prim@s por ser mi ejemplo a seguir.

A mi novio Mauricio Noel por darme su amor, su tiempo y su paciencia incondicionalmente.

A mis amig@s por estar conmigo en las buenas, súper buenas y en las malas, muy malas. Porque me acompañaron en esta travesía.

A mi tutora Michelle Márquez y a mis asesores metodológicos Karen Acevedo y Dustin Amador, por compartir conmigo sus conocimientos, por ver el desarrollo de esta tesis y crearla junto a mí.

A mis docentes por haberme convertido en una odontóloga integral.

A mi compañera de tesis, Iraxtze por haberme impulsado a ser una persona perseverante.

Finalmente gracias a todos los participantes de esta investigación, pacientes y estudiantes, sin ustedes no se hubiera podido llevar a cabo.

Indira Massiel Delgado Salinas

OPINIÓN DEL TUTOR

Toda las referencias y estudios que involucran políticas de salud bucal, establecen que la atención odontológica en estos servicios debe tener forzosamente un carácter integral, es decir, se debe brindar a la población fomento y prevención de la salud, curación, rehabilitación y mantenimiento; incorporando con ello la difusión de información, así como tomar en cuenta la percepción que tienen los pacientes (usuarios) en relación con la calidad en la atención odontológica que reciben. La falta de un procedimiento de evaluación continua en los servicios odontológicos, que incorpore todas las dimensiones de la calidad y que sea expresión del trabajo colectivo entre el equipo de salud y la población, limita las posibilidades de transformación del modelo de atención en salud, de acuerdo al perfil de salud bucal de la población nuestra, este debería estar orientado al desarrollo del concepto de atención odontológica integral en el que se le dé respuestas a las necesidades clínico-curativas y se articule con actividades de fomento en salud y prevención, estableciendo mecanismos de corresponsabilidad entre la prestación del servicio y el usuario. El mejoramiento de la calidad de los servicios odontológicos requiere de saber articular las necesidades de la atención odontológica en la población con un adecuado desempeño del equipo de salud, oferta del servicio y evaluación continua del mismo. Dicho mejoramiento implica crear un modelo de gestión participativa, que involucre al equipo de salud en conjunto con las organizaciones formadoras de profesionales en este campo. Permitiendo con ello crear estrategias así como posibles indicadores en la evaluación de la calidad de estos servicios e incidiendo de manera directa en la satisfacción de los pacientes.

Considero por tanto que el estudio investigativo de las doctoras Iraxtze F. Bermúdez e Indira M. Delgado, **Valoración de la calidad en la atención odontológica brindada por los estudiantes de cirugía oral III a usuarios externos de la UNAN-Managua, durante el período de septiembre a octubre del 2015.** Es de suma importancia ya que podrá otorgarnos una panorámica general al enseñarnos los aspectos esenciales que involucra el proceso de atención odontológica, incorporando para eso la satisfacción tanto del usuario como del proveedor, con la finalidad de lograr una retroalimentación positiva tanto para los pacientes-usuarios, estudiantes y autoridades de esta prestigiosa y gran institución.

Dra. Michelle A. Márquez Guevara

ÍNDICE	Pág.
I.- INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.- Antecedentes.....	2
1.2.- Justificación.....	6
1.3.- Planteamiento del problema.....	7
II.- OBJETIVOS	
2.1.- Generales.....	9
2.2.- Específicos.....	9
III.- MARCO TEÓRICO	
3.1.- Calidad.....	10
3.2.- Componentes en la calidad en la atención.....	11
3.3.- Evaluación de la calidad en la atención.....	13
3.4.- Calidad en la atención en Odontología.....	17
3.5.- Indicadores para evaluar la calidad en la atención en Cirugía Oral.....	19
IV.- HIPÓTESIS	
4.1.- Hipótesis.....	31
V.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	
5.1.- Fase I: Enfoque Cuantitativo.....	32
5.2.- Fase II: Enfoque Cualitativo.....	43
VI.- ANÁLISIS DE RESULTADOS CUANTITATIVOS: FASE I	
6.1.- Caracterización de la muestra.....	49
6.2.- Resultados sobre el grado de satisfacción de los pacientes y estudiantes en relación con la percepción de la calidad y sus indicadores.....	52
6.3.- Correlación entre los indicadores de la calidad en la atención y variables sociodemográficas	57
6.4.- Conclusiones Cuantitativas.....	68
VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS CUALITATIVOS: FASE II	
7.1.- Categorías de primer, segundo y tercer orden sobre la valoración de la calidad de la atención.....	70

7.2.-	Codificación.....	78
7.3.-	Triangulación de la información.....	79
7.4.-	Relación entre recursos físicos y humanos.....	86
7.5.-	Conclusiones cualitativas.....	88
VIII.	ANÁLISIS ENTRE LA RELACIÓN DEL ENFOQUE CUANTITATIVO Y CUALITATIVO.....	89
IX.	DISCUSIÓN DEL ENFOQUE CUANTITATIVO Y CUALITATIVO.....	91
X.	RECOMENDACIONES.....	94
XI.	BIBLIOGRAFÍA.....	96
	ANEXOS.....	99

RESUMEN

La presente investigación se titula Valoración de la calidad de la atención que brindan los estudiantes de Cirugía Oral III a usuarios externos de la UNAN-Managua, durante el período de septiembre a octubre del 2015. En esta se pretende valorar la calidad de la atención odontológica brindada por los estudiantes a los usuarios externos. Es un estudio de enfoque mixto secuencial, donde el enfoque dominante es el cuantitativo, que es descriptivo, correlacional, de corte transversal; y el enfoque complementario es el cualitativo, que está basado en la teoría fundamentada. Para la valoración de la calidad se escogieron dos poblaciones de estudio: pacientes y estudiantes de Cirugía Oral III, las muestras fueron seleccionadas a través de un muestreo dirigido o por conveniencia. Debido al orden cronológico la investigación se dividió en dos fases, en la fase I del estudio (cuantitativa) se recolectó la información a través de dos encuestas y en la fase II (cualitativa) se hizo a través de una entrevista dirigida exclusivamente a los estudiantes. Los resultados obtenidos indican que los pacientes valoran la calidad de la atención que se les brinda como buena, sin embargo lo estudiantes valoraron como deficiente la estructura donde se brinda el servicio, esto se vio reflejado en el análisis cualitativo donde confirmaron que se sienten insatisfechos con este componente en particular. La valoración de la calidad de la atención en Cirugía Oral III permitió recomendar el mejoramiento de esta para que así se pueda brindar una atención de calidad total a los usuarios.

Palabras Claves: *calidad, atención, valoración, cirugía oral.*

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio investigativo pretende aportar un enfoque general respecto a la calidad de la atención odontológica brindada por los estudiantes de Cirugía Oral III a usuarios externos de la UNAN-Managua. Se considera que la calidad debería de ser una palabra que se incorpore como sello personal e institucional en el quehacer diario del odontólogo. Ya que constituye una ventaja en el tiempo de acuerdo al servicio brindado a nuestros pacientes.

Rioboo (2000) define calidad como el proceso de identificar, satisfacer y superar las expectativas y necesidades de todos los colectivos humanos, relacionados con la empresa u organización y los servicios que proporciona; además explica que existen cinco razones por las cuales es necesaria la calidad en los servicios de salud: **Ética**: porque la buena atención técnica y humana es la consecuencia de la ética en la profesión, de **seguridad**: porque el diagnóstico clínico y tratamiento correcto depende de la vida y la salud del paciente, de **eficiencia**: porque se debe obtener el efecto óptimo al menor costo posible, **sociopolíticas**: porque la misión de los sistemas de salud es contribuir al bienestar de la población a la que sirven, y velar por el correcto uso de los recursos disponibles, **económicos**: porque reduce costos y mejora la productividad y rentabilidad de las actuaciones profesionales.

Para obtener dicha calidad es necesario valorar e identificar, en el proceso de atención brindada a los pacientes, sus expectativas, es decir cómo percibe el usuario la calidad de la atención recibida lo cual depende principalmente de la diferencia entre lo que espera (expectativa) y lo que percibe (percepción de resultados reales). Relacionado directamente con la información o expectativa que tenga el usuario respecto de la atención brindada. Por tal motivo una información clara, real y objetiva y que además se trate de equiparar a las expectativas será igual a la calidad real otorgada (Varo, 1994).

Un buen número de estudios respecto a la satisfacción y calidad del paciente odontológico, se encuentran en la región Latinoamericana. Pero en nuestro país es casi inexistente. En base a lo anterior se propone, un estudio de enfoque mixto, secuencial, bifásico a fin de conocer la calidad de la atención que se les brinda a los pacientes en las clínicas odontológicas en el área Cirugía Oral III.

1.1 ANTECEDENTES

Actualmente la calidad se ha convertido en uno de los elementos clave para los profesionales en odontología y su capacidad para mantenerse competitivos en un mercado cada vez más exigente (Ferrando y Granero, 2005). Siendo un aspecto fundamental y de importancia ya que muestra un camino para la mejora continua de los servicios en nuestro campo, así como el de lograr mantener la satisfacción de nuestros pacientes. Dado el interés constante en el tema han surgido una serie de estudios con una considerable repercusión en la atención hacia los pacientes y con el objeto del mejoramiento en el campo odontológico.

En la revisión bibliográfica se encontraron los siguientes antecedentes internacionales y nacionales, los cuales están relacionados con el tema de la presente investigación:

Carrillo y Romero (2007) *Evaluación en la calidad de la atención odontológica de los servicios de salud*. Universidad de los Andes (ULA), Venezuela.

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de la atención clínica que presta los servicios odontológicos, evaluar la efectividad de las actividades de fomento de la salud y prevención específica que ofertan los servicios odontológicos, evaluar la satisfacción y participación del proveedor y usuario de los servicios odontológicos. Esta investigación fue un estudio descriptivo, en el que las variables se estudiaron de manera independiente, incorporando conjuntamente las técnicas de investigación cuantitativas con las técnicas de investigación cualitativas. El diseño fue no experimental, transeccional, por objetivos, y la muestra fue seleccionada por medio de una técnica probabilística. Dicha investigación poseía dos poblaciones: el personal odontológico que se desempeñan en los servicios de salud adscritos a la Corporación Merideña de Salud, y los usuarios de esos servicios. Con respecto a los resultados obtenidos se pudo afirmar que el modelo de atención que predominaba en los servicios odontológicos, continua estando caracterizado por ser curativo, mutilador e inequitativo. Los resultados obtenidos evidenciaron que las actividades de atención curativa predominan sobre las actividades preventivas, teniendo las extracciones dentales un lugar preferencial. Por otra parte, los limitados servicios que se prestaban a la población, no garantizaban las condiciones de bienestar en cuanto a salud bucal se refieren. La inequidad se

expresó en el hecho de que dicha población fue la más deprimida económica y socialmente, ya que no recibía de los servicios públicos los tratamientos odontológicos necesarios para alcanzar los niveles de bienestar en función de sus condiciones particulares de salud bucal.

Agudelo (2008) *Satisfacción y factores asociados a estudiantes que eran usuarios del servicio odontológico de la Institución Prestadora de Servicios de Salud*. Universidad de Antioquia, Medellín.

El objetivo de este estudio fue evaluar la satisfacción de los estudiantes de la Universidad de Antioquia, sede Medellín, con los servicios odontológicos prestados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de la misma Universidad, se llevó a cabo un estudio descriptivo por medio de técnicas cualitativas y cuantitativas como una encuesta realizada en 98 estudiantes sobre aspectos tales como el trato del personal, la eficacia en la atención recibida, información, accesibilidad, oportunidad, seguridad, opinión sobre las instalaciones, satisfacción global; y se complementó con entrevistas semiestructuradas a los profesionales y a los mismos estudiantes. Como resultados se encontró una alta satisfacción de manera global (95,9%), acompañada de elementos que resaltaban la confianza técnica y profesional del personal odontológico y de la misma institución, con algunos elementos críticos en la atención que deberían mejorarse como lo eran la privacidad y la oportunidad en el servicio.

López, Cerezo y Paz (2010) *Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos*. Universidad Autónoma de Manizales.

Este estudio tenía como objetivo principal relacionar las variables sociodemográficas, los niveles de ansiedad y las creencias en salud oral con la satisfacción del paciente. La muestra fue de 352 pacientes. Concluyeron que existe relación entre las variables sociodemográficas con respecto a la insatisfacción de los pacientes, también hacia la susceptibilidad percibida, los beneficios percibidos, y la autoeficacia. Ser de sexo femenino, de la tercera edad y de bajo nivel de educación son factores de riesgo para el aumento de la ansiedad y por lo tanto se les hace más difícil medir de manera correcta las expectativas que se espera de la atención.

Elizondo y cols. (2011) sobre *La satisfacción del paciente con la atención técnica del servicio odontológico*. Universidad Autónoma de Nuevo León.

En este estudio su objetivo fue confrontar la atención técnica del servicio odontológico con los niveles de satisfacción percibidos y los elementos de satisfacción del cliente. La población de este estudio consistió en 5 grupos de 40 pacientes para igual número de clínicas de especialidad odontológica. Se observó relación entre el grado de satisfacción y la recepción del servicio como el paciente lo esperaba, la recomendación del servicio y la intención del paciente de regresar en caso de requerir otro tratamiento. Así mismo se concluyó que la atención técnica está relacionada con el grado de satisfacción del paciente.

Coyago (2014) *Percepción de la calidad de la atención odontológica según el grado de satisfacción del usuario que acude a la Clínica Integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador durante el período lectivo de septiembre 2013 a febrero 2014*. Universidad Central del Ecuador.

Este estudio tuvo como objetivo determinar la calidad percibida en la atención odontológica, de acuerdo al grado de satisfacción del usuario que acude a la Clínica Integral de octavo y noveno semestre de la Facultad de Odontología de la UCE, para esto se utilizó una encuesta, la cual consta de 15 preguntas. Se realizó la evaluación a 70 usuarios que acudieron a la atención odontológica durante el período lectivo de septiembre 2013 a febrero del 2014. De acuerdo al análisis estadístico se pudo concluir que no hay diferencia significativa en cuanto a la satisfacción de los usuarios de acuerdo al género, edad, número de citas y semestre del operador que lo atendió; esto de acuerdo a la prueba de chi cuadrado, en cuanto a las dimensiones de estructura y procesos, se establece un valor de 76 y 82% respectivamente, considerándose la percepción de calidad como muy buena, mientras que la dimensión de resultados un 71% considerándose buena, determinándose también que no hay una diferencia significativa para estructura, procesos y resultados de acuerdo al análisis de varianza ANOVA.

Vilchez y Quintana(1998) *Captación y Calidad de atención odontológica en mujeres embarazadas que asistieron a Control Prenatal, en el departamento de Rivas*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León.

En Nicaragua se logró encontrar este estudio en el cual concluyeron que la calidad de la atención hacia este grupo de mujeres embarazadas era deficiente, y que entre los principales factores que incidían en esto eran: Falta de un adecuado presupuesto de parte del Ministerio de Salud para la atención odontológica, el bajo nivel socioeconómico de la población, la falta de educación de la población y personal de salud y la carencia de organización del Ministerio de Salud.

Con respecto a los antecedentes encontrados sobre calidad de la atención en odontología podemos observar que al igual que en la presente investigación en el estudio elaborado por Carrillo y Romero (2007) se obtienen dos poblaciones de estudio los cuales son los prestadores de servicio y los usuarios, esto es importante porque la calidad de la atención se tiene que valorar desde estas dos perspectivas, ese mismo estudio se realizó desde un enfoque mixto donde la información cuantitativa se complementó con la cualitativa. La investigación elaborada por Agudelo (2008) se realizó la recolección de los datos a través de entrevistas semiestructuradas donde se valoraba los tres indicadores de la calidad: estructura, proceso y resultado esto aporta información para elaborar nuestro instrumento de recolección. La tesis elaborada por Coyago (2014) y la elaborada por López, Cerezo y Paz (2010) hicieron una correlación entre las variables sociodemográficas y la percepción de la calidad de la atención, al igual que se pretende realizar en esta investigación estos estudios serán guías para realizar el cruce de las variables. Los autores Elizondo y cols. (2011) aportan a esta investigación la relación que puede existir entre la atención técnica al paciente y la satisfacción del mismo. El estudio hecho por Vílchez y Quintana (1998) permite a la investigación centrarse en la problemática de décadas sobre la calidad de la atención odontológica que sufre el país.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Basándose en los requerimientos para obtener una adecuada calidad en los servicios de salud (ética, de seguridad, de eficiencia, sociopolítica y económica) y siendo la Carrera de Odontología de la UNAN – Managua una institución formadora de potenciales recursos humanos en el área dental, este estudio presenta:

Un impacto social ya que se valora la calidad de servicios que se les brinda a usuarios externos, en las clínicas odontológicas de la UNAN-Managua, por parte de los estudiantes de Cirugía Oral III. Reconociendo con ello los principales problemas o insatisfacciones de estos, respecto al servicio brindado. Esto ayudará a que el alumno responsable de brindar dicho servicio de calidad, al egresar de un servicio de calidad a la población en general. También se aportan conocimientos de las necesidades de usuarios externos, como estudiantes de Cirugía Oral III, generando información respecto a las condiciones y expectativas de dichas poblaciones en estudio.

Al mismo tiempo como implicación práctica este estudio es útil como base para planificar estrategias de mejoramiento en la calidad de la estructura, organización y sobre todo atención donde se brinda el servicio odontológico en la universidad. Además la presente investigación comprueba la teoría sobre los tres componentes de la calidad asistencial propuestos por Donabedian (1966), así mismo explica los modelos de calidad que permiten estandarizar la evaluación de la calidad y entender cuáles son los indicadores de la calidad de la atención en Cirugía Oral.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los mayores retos que tiene y tendrá el sector salud, es el de alcanzar cada vez mejores niveles de calidad de los servicios, lo cual constituye un tema de preocupación de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, entre ellas las de servicios odontológicos. La calidad es un factor fundamental de posicionamiento y de competitividad; la creciente tendencia a desarrollar el concepto de ciudadanía en salud (derecho a la salud, equidad e integralidad), permite tener personas más informadas y con mayor criterio para reclamar lo que por derecho les está dado (Varo, 1994).

Cada institución que presta un servicio de salud, dependerá en gran medida de sus usuarios, por lo que se hace importante el conocimiento de sus necesidades actuales y futuras, cumplir con sus requerimientos y tratar de superar sus expectativas. Con el propósito de lograr servicios más confiables a un costo razonable, así como con una mejor imagen de la institución, además del óptimo nivel profesional exigido para brindar la mejor calidad.

En las clínicas odontológicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en la ciudad de Managua se ofrecen servicios efectivos para la mejora de la salud bucodental, el área de Cirugía Oral es la que mensualmente tiene más demanda de atención por parte de los pacientes, por lo tanto es en la que los estudiantes necesitan más requisitos para aprobarla y donde utilizan más materiales para el procedimiento, además necesitan un área específica como es el quirófano para poder realizar las cirugías, sin embargo existen algunas limitaciones como son: accesibilidad demográfica al realizar el pago, la organización con respecto al uso de los recursos y la poca cantidad de insumos al realizar los procedimientos.

Por consecuente estas limitaciones no permiten brindar una atención de calidad total a los usuarios, viéndose afectada de cierta manera la proyección social de la carrera de odontología y de la universidad, así como el aprendizaje integral de los alumnos.

Por consiguiente la formulación del problema del presente estudio es:

¿Cómo se considera la valoración de la calidad en la atención odontológica brindada por los estudiantes de Cirugía Oral III a usuarios externos de la UNAN-Managua, durante los meses de septiembre a octubre del 2015?

II. OBJETIVOS

2.1.Objetivo General

Valorar la calidad en la atención odontológica brindada por los estudiantes de Cirugía Oral III a usuarios externos de la UNAN-Managua, durante el período de septiembre a octubre del 2015.

2.2.Objetivos Específicos

Objetivos Cuantitativos

- Caracterizar demográficamente a los pacientes del área de Cirugía Oral III.
- Conocer el grado de satisfacción de los pacientes y estudiantes de las clínicas odontológicas en relación a la percepción, estructura, proceso y resultado de la atención que se les brinda en el área de Cirugía Oral III.
- Relacionar los indicadores de la calidad de la atención con las variables demográficas de pacientes del área de Cirugía Oral III.

Objetivo Cualitativo

- Identificar las necesidades y expectativas de los estudiantes con el fin de promover medidas para mejorar la calidad en la atención odontológica que se les brinda.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Calidad

En este capítulo se abordará primeramente el concepto de calidad en el ámbito cotidiano, expuesto por las normas ISO, las cuales son un conjunto de directrices para la gestión de la calidad, que se pueden aplicar en cualquier organización que brinde bienes y servicios, y también se abordará desde el ámbito de la salud, el concepto expuesto por la OMS/OPS. Luego se expondrá la calidad de la atención en los servicios médicos.

3.1.1. Concepto de Calidad

La Normas ISO 9000 (2005) definen calidad como el grado en que un conjunto de características inherentes cumplen los requisitos. Se entiende por requisito como necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana(OPS/OMS, 1994) de la salud en su evaluación del desempeño del equipo de salud, definen la calidad según Deming "como el resultado integral ligado a determinados procesos de trabajo, en el marco de la producción de servicios sociales" es decir, que la calidad es una condición compleja, en donde los diferentes componentes y agentes productores de servicios de salud brindan su aporte significativo a un resultado que se está por obtener y que se puede perfeccionar, para dar mayor satisfacción a los que necesitan de esos servicios. La calidad viene a ser entonces el resultado de las formas como se da el proceso de producción de servicios.

La relación entre ambos conceptos es que la calidad depende de un grupo de propiedades para que esta se lleve a cabo y sea de excelencia para el usuario, la cual debe de cumplir con las expectativas y necesidades de estos. El concepto de las normas ISO 9000 permite ubicar a la calidad en la vida cotidiana, con respecto a los servicios que rodean el día a día, en cambio el concepto de la OMS/OPS ubica a la calidad en el área de la salud donde se incluye el servicio social y la satisfacción de los que ofrecen el servicio y de los usuarios que lo reciben. La calidad en salud no solo se trata de entregar un producto sino de dar calidez humana.

3.1.2. Calidad en la atención

La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda el máximo de beneficio para la salud sin aumentar con ellos sus riesgos. Es aquella que puede proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar. Tiene como objetivo principal la resolución o logro de un pronóstico médico preestablecido (Ministerio de Salud, 2008). Cuando hablamos de calidad de la atención en salud, según Aguirre (2002) no podemos dejar de mencionar el concepto de calidad total, la cual define como: “La calidad en la estructura, proceso, resultados y en cada uno de sus componentes, así como la participación comprometida de todos los involucrados en el proceso de atención”. Por lo tanto la calidad de la atención en salud se encuentra establecida como un instrumento válido para el desarrollo organizacional de hospitales y de otros establecimientos de salud (The Joint Commission, 1998).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2007):

“La calidad debe de ser una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.”

Esto permite reconocer que la calidad de la atención debe de ser implementada a nivel nacional en los puestos de salud, no solo es el deber de organizaciones si no que del gobierno de hacerla un derecho para todos los usuarios.

3.2. Componentes de la calidad en la atención

En el país la calidad de la atención es un derecho de la población nicaragüense, que garantice una atención humanizada, solidaria, con tecnología apropiada que logra una completa satisfacción del usuario, familia y comunidad (Ministerio de Salud, 2008).

Según Donabedian (1966), son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El *componente técnico*, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus

riesgos. El *componente interpersonal*, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los *aspectos de confort*, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

A partir de esto, la calidad de la atención en salud se encuentra sustentada sobre siete pilares por medios de los cuales se puede juzgar y reconocer entre los que destacan:

Tabla No.1. Componentes de la calidad de la atención

Elementos	Conceptos
Eficacia	Mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables.
Efectividad	Mejora de la salud alcanzada o que se espera conseguir, en las circunstancias normales de la práctica cotidiana.
Eficiencia	Coste que representa cualquier mejora de la salud. Si es eficaz, efectivo y menos costosa es eficiente
Optimo	Cuando los efectos de la atención y el coste sea relativo
Aceptabilidad	Adaptación de la atención a los deseos, expectativas y valores de los pacientes
Legitimidad	Aceptabilidad de la atención por parte de la comunidad o la sociedad en general
Equidad	Es el principio por el cual se determina justo en cuanto a su distribución y los beneficios entre los miembros de una población

*Adaptada de Avedis Donabedian, *An Introduction to Quality Assurance in Health Care* 2003, 9-24(Donabedian, 2003)

Estos pilares nos lleva a comprender que, si se utilizara el mejor instrumental, los mejores materiales y se aplicarían las mejores técnicas para abordar un problema de salud, satisfaciendo las necesidades del paciente, al menor costo y con los menores riesgos, pero se descuidara el aspecto interpersonal, el resultado del trabajo no sería de calidad.

Por consiguiente la calidad de la asistencia se debe de juzgar a través de estos elementos que poseen tres orígenes:

1. La ciencia de la atención en salud
2. Los valores y expectativas individuales
3. Los valores y expectativas sociales

Por lo anterior se puede afirmar que la calidad de la atención no debe de evaluarse únicamente en el área técnica, que brinda el profesional, sino que se deben de tomar en cuenta las preferencias de los pacientes y de la sociedad. Tenemos que dejar claro que la calidad de la atención no es una utopía, si se establece un equilibrio entre todos los elementos, principalmente entre las preferencias sociales e individuales, la excelencia en la atención de la salud será algo real. Para que esto se logre necesitamos evaluar la calidad de la atención sanitaria.

3.3.Evaluación de la Calidad en la atención

Para mejorar la calidad de la atención que se ofrece en los servicios de salud se debe de evaluar. En este capítulo se planteara el concepto de evaluación y los indicadores que permiten valorar la calidad.

3.3.1. Concepto de Evaluación

La evaluación consiste en medir, comparar y formarse un juicio. En el contexto de la salud según Piedrola (1998) se puede definir como “Los procesos sistemáticos y científicos de una determinación del grado de cumplimiento de una estructura y/o de acción o de un conjunto de acciones, y los resultados de salud obtenidos”. La evaluación de la calidad comprende aquellas actividades realizadas por una institución, para conocer la calidad en ésta. Supervisa las actividades del control de calidad.

Habitualmente se utilizan modelos de calidad o referenciales, que permiten estandarizar el proceso de la evaluación y sus resultados. Los modelos de gestión de calidad total más difundidos son (Euskalit, 2008):

1. Modelo Deming: Se desarrolló en Japón en 1951 por la JUSE (Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros). El principal objetivo de la evaluación es comprobar que mediante la implantación del control de calidad en toda la compañía, se hayan obtenido buenos resultados. El enfoque básico es la satisfacción del cliente y el bienestar público.
2. Modelo de Malcom Baldrige: El premio de la calidad de Malcom Baldrige se crea en Estados Unidos en 1987, se postula que la Calidad Total-Excelencia es necesaria para que las organizaciones puedan competir en el mercado internacional.
3. Modelo de EFQM de Excelencia: La European Foundation for Quality Management se creó en 1988, esta fundación propuso un modelo de calidad que se basa en la siguiente premisa “Los resultados excelentes en el rendimiento general de una organización, en sus clientes, personas y en la sociedad en la que actúa se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia que se hará realidad a través de la organización, las alianzas y recursos y los procesos.”

Donabedian (1966), resalta el valor de la satisfacción del paciente como un indicador en la atención de salud. El propone medir la calidad asistencial de acuerdo a la *estructura* (recursos materiales y humanos) y *proceso* (interacción entre profesionales y cliente) y el *resultado* (mejoras en salud y satisfacción).

La base conceptual de la evaluación en salud se trata sobre la relación causal entre estos componentes. De tal manera que el administrador debe de confrontar el resultado logrado con el esfuerzo, para alcanzar ese resultado.

3.3.2. Indicadores de la calidad en la atención en salud.

Los indicadores de la calidad en salud constituyen uno de los pilares fundamentales para la mejora continua de este sistema.

En la evaluación integral de la calidad de la atención se incluye la evaluación de los recursos físicos, del personal, del proceso y de los resultados conforme a Aguirre (2002) se presentan los siguientes indicadores:

A. Estructura:

- a. *Recursos Físicos:* se evalúan su suficiencia en congruencia con las necesidades de satisfacer la demanda de atención, en cuanto a número y capacidad de las unidades de atención médica, número y características de los quipos, instrumental y mobiliario disponibles, sus condiciones de conservación y su estado funcional.
- b. *Dotación de artículos de consumo:* con suficiencia tanto del punto de vista cualitativo como cuantitativo, oportunidad en suministros, con el propósito de lograr que el proceso de la atención se otorgue en forma continua.

B. Proceso:

- a. *Organización:* Para estar en condiciones de otorgar atención médica a los usuarios con calidad es necesario que los servicios cuenten con una organización adecuada que incluya una planeación estratégica del trabajo. Como elementos fundamentales que den formalidad a la organización deberá contarse con un manual de organización, un programa de trabajo y con protocolos de procedimientos requeridos.
- b. *Oportunidad de atención:* verificar todas las áreas donde se otorguen servicios y evaluar la disponibilidad de los recursos y si el conjunto de acciones que se deben realizar para satisfacer necesidades del paciente, se llevan a cabo en el momento que se requieren.
- c. *Satisfacción del prestador de servicio:* un personal insatisfecho no estará dispuesto a desempeñar sus actividades cotidianas con calidad, por esta razón es importante evaluar la satisfacción del prestador de servicios entre los principales motivos para su satisfacción se encuentran:

1. Disponibilidad de áreas físicas, mobiliario, equipo e instrumental
2. Reconocimiento por su trabajo realizado
3. Opciones de superación
4. Capacitación y desarrollo
5. Seguridad en su puesto

C. Resultado:

- a. *Capacidad resolutive:* incluye dos aspectos: La oportunidad en la solución del problema que motivó la atención y las condiciones de salud y calidad de vida esperada del paciente.
- b. *Satisfacción de las expectativas del usuario:* esta satisfacción se consigue a través de logros o cumplimiento de las expectativas con las que acude a solicitar y recibir atención. Es necesario considerar que las expectativas del usuario son elemento de referencia para brindar calidad en la atención (Aguirre, 2002).
 1. Accesibilidad a los servicios
 2. Oportunidad en la atención
 3. Trato personalizado y amable
 4. Solución a su problema de salud
 5. Comodidad durante el proceso

Tabla No. 2 Ejemplos de expectativas de los diferentes factores

Pacientes	Prestadores de Servicio	Institución
Atención oportuna	Recursos para sus tareas	Alcanzar metas y objetivos
No demora	Métodos adecuados	Mejorar la salud de usuarios
Respeto a su autonomía	Seguridad en el trabajo	Equilibrio eficiencia/calidad
Respeto a su integridad	Apoyo y trato respetuoso	Mejor prestigio
Que lo escuchen	Motivación	Asegurar liderazgos
Que le informen y orienten	Resultados positivos	Cumplir misión
Buen clima organizacional	Superación y capacitación	Alcanzar misión

*Adaptada de Ramos, Benito. *Control de calidad de la atención de salud*. 2da edición, p. 48.

3.4. Calidad de la atención en Odontología

La calidad de la atención en odontología es una iniciativa reciente que permite mejorar la organización en el consultorio dental y de esta manera transformar positivamente la atención que se les brinda a los pacientes.

3.4.1. Prestación del servicio Odontológico

El modelo en Atención Primaria de la Salud articula las acciones de prevención y promoción de la salud con aquellas terapéuticas y de rehabilitación, que tienden a ser intersectoriales e interdisciplinarias donde involucra integralidad, equidad, participación, eficacia y costo. Este modelo ubica a las personas como su eje de intervención y desarrolla sus prestaciones desde los criterios de oportunidad y complejidad creciente. El enfoque de la personalización de la atención permite generar una excelente relación médico-paciente. La atención en salud dentro de los servicios odontológicos está organizada de la siguiente forma de acuerdo con Slipak (2010): *Ingreso, Derivación y Urgencia (I.D.U.)*

Esto es realizar el primer abordaje del paciente que ingresa al servicio, orientarlo respecto de la práctica recomendada, elaborar su historia clínica y plan de tratamiento. En esa oportunidad se le programan y entregan a las especialidades que se requiera, de acuerdo a las etapas, y a la complejidad en curso, para llegar a la brevedad posible a una rehabilitación oral.

3.4.2. Calidad en Odontología

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (2007)

“La caries y las enfermedades periodontales son las enfermedades bucales más comunes, y que la atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental.”

Esto nos indica que la cantidad de personas con enfermedades bucodentales no tienen un acceso económico para recibir asistencia en salud oral.

La calidad de la atención odontológica es un tema polémico ya que como odontólogo hay que homogeneizar la práctica asistencial, disminuir la variabilidad y mejorar la efectividad y la eficiencia, contribuyendo a minimizar los errores derivados de dicha práctica. Como se ha reflejado en diferentes estudios (Núñez, 2008), las quejas que existen por parte de los usuarios de odontología va en aumento, y se debe de considerar el ambiente médico-legal que rodea estas situaciones. Por lo tanto la calidad y la seguridad del paciente odontológico deben de ser una prioridad.

Según el Sistema Integral de la calidad en Salud (2013) la calidad de la atención en odontología presenta tres componentes:

1. *Seguridad del paciente odontológico*: Garantizar la seguridad del paciente en los centros de atención buco dental, mediante el diseño e implementación de esquemas de gestión de riesgos para la prevención de eventos adversos.
2. *Expediente clínico integrado y de calidad en estomatología*: Implementar esquemas de capacitación, evaluación y seguimiento que promuevan la integración de un expediente clínico estomatológico con criterios uniformes y apego a la normatividad vigente, que permitan garantizar la calidad en la atención de los pacientes odontológicos.
3. *Control de infecciones bucodentales*: Implementar un programa de gestión de riesgos por infecciones, para contribuir en la disminución de contaminación y presencia de infecciones en los centros de atención odontológica.

Es importante destacar que la calidad de la atención odontológica se logra cuando se tienen en cuenta normas, procedimientos y técnicas que satisfagan las necesidades y expectativas del usuario, por lo tanto se puede decir que la percepción del usuario es la que determina la excelencia del servicio.

La calidad de los servicios es un elemento clave para los odontólogos porque genera una serie de ventajas como: mantenerse competitivos en un mercado cada vez más exigente, muestra un camino para la mejora continua de los servicios de salud, logra mantener la satisfacción de los

pacientes, mejora la satisfacción del odontólogo y promueve un ambiente laboral optimo, reduce costos y tiempo de trabajo en el consultorio y genera muchas utilidades siendo totalmente gratis.

3.4.3. Relación entre los componentes de calidad y la satisfacción de los usuarios en Odontología

De los componentes propuestos como atributos de la calidad, la satisfacción del paciente, aunque permite medir la bondad de la asistencia, no constituye una característica de la calidad sino que es el objetivo de la misma. Esta implica una experiencia racional, definida entre términos de discrepancia percibida entre logros y aspiraciones. La satisfacción está subordinada a diferentes factores como son: experiencias previas, las expectativas y la información recibida por otros usuarios y de la propia organización prestadora de servicio (Varo, pag. 63).

Por lo tanto existe una interrelación entre la satisfacción del paciente en odontología y los componentes de la calidad, lo cual es un fenómeno complejo que contribuye tanto a los resultados que se obtienen en la salud individual y colectiva como al éxito de las medidas que se aplican en el campo. Esta satisfacción influye en la aceptación del paciente, en el uso de los servicios odontológicos y en la ansiedad. La satisfacción del paciente es también un componente importante de estímulo hacia el autocuidado y es un indicador de la calidad de la prestación de los servicios de salud.

3.5. Indicadores para evaluar la calidad de la atención en Cirugía Oral

Antes de mencionar los indicadores de la calidad se señalaran las generalidades de Cirugía Oral en odontología:

3.5.1. Generalidades de Cirugía Oral

La definición de cirugía oral formulada por el Consejo Norteamericano (2013) de cirugía bucal y aceptada por la Asociación Médica Americana es: Cirugía Oral es la parte de la Odontología que se ocupa del diagnóstico y tratamiento quirúrgico y medicamentoso de las

Enfermedades, Traumatismos y Defectos de los maxilares del ser humano y sus estructuras asociadas.

Igual que en otras especialidades, no existe un límite específico para las actividades quirúrgicas que pueda desarrollar el cirujano o el odontólogo general. El cirujano maxilofacial puede participar en un equipo multidisciplinario y el odontólogo general puede aplicar adecuadamente los principios quirúrgicos.

Dentro de los tratamientos más frecuentes en cirugía bucal se encuentran: Extracciones dentarias convencionales, terceras molares incluídas, tratamientos ortodónticos quirúrgicos, tratamientos alveolodentarios, resección de frenillos bucales, infecciones ontogénicas, comunicaciones bucosinusales, cirugía periapical, cirugía preprotésica, quistes de los maxilares, hiperplasias y tumores benignos.

Según Bustamante (2012) la cirugía oral consiste en un proceso de atención con un grupo de técnicas utilizadas para aliviar un cuadro nosológico donde los procedimientos no invasivos han fracasado. De esta manera la decisión de realizar una cirugía, ha concluido con los pasos iniciales de diagnóstico clínico y de exámenes complementarios que han derivado en la elección de la instrumentación quirúrgica, que de acuerdo a cada caso, se realizará en base a un procedimiento particular propio de cada patología.

Los pasos fundamentales de un procedimiento quirúrgico radican en el manejo de las normas de bioseguridad antes, durante y después del mismo, que permitan el total restablecimiento del paciente. Es de este modo que el cirujano dispondrá de los materiales y su correspondiente esterilización, antes de iniciado el acto quirúrgico, resguardando durante el acto operatorio el cumplimiento de los protocolos (SECIB, 2005) establecidos.

En la técnica ideal se realiza un manejo preoperatorio del paciente, donde se incluye el diagnóstico clínico, apoyado en resultados de exámenes complementarios. Antes de la cirugía el profesional a cargo debe comunicar al paciente el tipo de procedimiento a realizar, los objetivos planificados, la técnica a ser utilizada, las razones para su uso, y el resultado esperado, debiendo

el paciente tener esta misma comunicación a través de un documento escrito que se denomina "consentimiento informado".

Las técnicas durante el transoperatorio (Bustamante, 2005) incluyen varios acápites a mencionar como son: Asepsia y antisepsia, disposición del campo operatorio, anestesia, técnicas de diéresis en la que se incluye la incisión y la hemostasia, técnica de exceresis, en la que se realiza la exposición, la disección y separación; y por último la técnica de síntesis donde se sutura el colgajo. Estas técnicas quirúrgicas se han desarrollado, junto con la aplicación de nuevas tecnologías entre las que destacan los sistemas de corte por ultrasonido, nuevos anestésicos locales, materiales de sutura, hemostasia e injertos óseos o regeneradores tisulares permiten brindar mejores oportunidades de rehabilitación a los pacientes.

Mantenerse actualizados en un continuo aprendizaje de estos conocimientos y adiestrados en nuevas técnicas son una necesidad profesional, la actualización del equipo e insumos de trabajo tienen un valor en el diario ejercicio profesional, pero brindar atención con calidad a los pacientes es un compromiso ético profesional. Desafortunadamente, la mayoría de estos procedimientos se llevan a cabo con tiempos reducidos para una valoración correcta, niveles de estrés elevado, con pocos recursos tecnológicos y en áreas de trabajo poco organizadas.

Por lo tanto es necesario hacer un llenado completo y correcto de la historia clínica, para conocer previamente las patologías sistémicas de los pacientes, hacer un excelente diagnóstico a través de los métodos necesarios, y que el paciente tenga el conocimiento total de su tratamiento y del procedimiento que se le realizará al igual que de las posibles complicaciones que esté presente (consentimiento informado). Estableciendo el grado de dificultad quirúrgica, se obtienen aplicaciones, clínicas, operativas y legales, entre las que se encuentran predecir riesgos para evento adverso, decidir entre recursos e insumos necesarios, formular consentimientos informados más específicos, al tiempo que se indicará del posible manejo y costo, así como reducir el tiempo operatorio.

Según Gay y Berini (2003) los Indicadores para evaluar la calidad en cirugía oral son:

3.5.2. Estructura:

Comprende la infraestructura, los materiales tecnológicos y financieros.

En la evaluación de la estructura se abordara:

a. Infraestructura del Quirófano: Es una estructura independiente en la cual se practican intervenciones quirúrgicas y actuaciones de anestesia-reanimación necesarias para el buen desarrollo de una intervención y de sus consecuencias que tienen lugar en general en el exterior del quirófano. Dentro de las características generales del quirófano:

b. Diseño y estructura del quirófano

Tamaño: El tamaño ideal es de 35-60 m cuadrados, a partir de aquí sería demasiado grande, sería poco útil tener el material a utilizar a 5-6 metros de distancia y nos tendríamos que mover aumentando el riesgo de contaminación. Menos de 35 m cuadrados sería demasiado pequeño, el personal de quirófano no podría moverse de forma cómoda.

Paredes y techos: Los techos deben ser lisos, de material inalterable y absorbente del sonido. Las paredes y puertas deben ser anti-flama y estar revestidas con material impermeable e inalterable, a prueba de manchas, sin grietas, de fácil limpieza, sin brillo, sin colores fatigantes para la vista. Los quirófanos deben estar desprovisto de ventanas al exterior y las tuviera deberán estar selladas herméticamente. No deben usar los azulejos para revestir sus paredes debido a que las uniones son sitios propicios para el desarrollo de gérmenes.

Pisos: Los pisos deben ser antiestáticos para disipar la electricidad de los equipos y personal, y como prevenir la acumulación de cargas electrostáticas en sitios que se usan anestésicos inflamables. De material plano, impermeables, inalterable, duros y resistentes. A nivel del zócalo, las esquinas deben ser redondeadas para facilitar su limpieza. Hay disponibles pisos conductores de losa de cemento, linóleo y terrazo.

Presión positiva: El aire debe ser expulsado desde los quirófanos hacia las zonas no estériles, extrayendo las partículas flotantes. Para conseguir este objetivo, la instalación de aire acondicionado ha de estar calculada para obtener mayor presión en el quirófano. La diferencia de presión ha de ser como mínimo de cinco milibares entre cada zona, es decir: dentro del quirófano habrá presión atmosférica + quince milibares, en las zonas pre y post-quirúrgicas será de presión atmosférica +10 milibares, y por último en la zona de entrada-salida de pacientes será de presión atmosférica + 5 milibares.

Humedad y temperatura: El control de la temperatura y la humedad del área quirúrgica son automáticos, con sensores de ambiente que mandan una señal a los reguladores y éstos, a su vez, gobiernan las etapas de producción de frío o calor. Debe conservar una alta humedad relativa de 55% para ayudar a reducir la posibilidad de una explosión. Las chispas se forman con mayor facilidad si la humedad es baja. La Temperatura se debe conservar entre 18 a 24° C (termostato).

Control del ambiente: Se calcula que el hombre emite en su entorno próximo un número determinado de partículas de 0,5 a 10 mm de diámetro. Estas partículas se ponen en suspensión en el aire, y se producen por las escamas cutáneas, la sudoración y principalmente por gotas de Flügge de las vías respiratorias. El mejoramiento del ambiente en quirófano se obtiene principalmente con un personal bien entrenado, que usa el pijama quirúrgico correctamente, que transita solo lo indispensable dentro del quirófano, que habla lo menos posible durante las intervenciones y que se apega a las normas de asepsia y antisepsia.

Iluminación:

Iluminación general: La iluminación general debe ser distribuida uniformemente por el quirófano, suficiente para detectar cambios en el color de la piel del paciente, proporcionada con la del campo operatorio, para reducir la fatiga ocular. Tanto en el área operatoria como la general en el quirófano debe ser flexible, ajustable y controlable.

Iluminación quirúrgica: La iluminación Quirúrgica debe ser: Intensa, sin reflejos y regulable en intensidad Iluminar en la área de incisión a un rango de 2500 a 12 500 bujías-pie (27 000 a 127 000 lux) Una profundidad de foco de 25 a 30cm. Permite una intensidad que sea similar en la superficie y parte profunda.

No producir sombras Color azul blanco (luz diurna). No producir calor, de fácil limpieza y fácil de ajustar en posiciones.

Climatización: El quirófano debe estar aislado del exterior y dotado de un sistema de aire acondicionado provisto de filtros especiales (retienen el 99% de las partículas mayores de 3 micras). Con control de filtros y grado de humedad (revisión cada 6 meses) Este sistema de aire acondicionado debe de ser de flujo laminar y debe tener un control de humedad.

Equipo: Serie de elementos con los que se deben de tener para la realización de cualquier procedimiento dental, tanto en quirófano como en área clínica.

Equipos del quirófano: **(Ver Anexo 4, pág. No. vii)**

Mobiliario La labor odontológica implica la tenencia de ciertos implementos en el consultorio dental, dentro de los cuales tenemos a los muebles y los aditamentos generales del consultorio dental. Obviamente dependiendo del tamaño del consultorio dental, podemos encontrar uno o varios de los muebles o aditamentos generales que le detallamos a continuación:

Mobiliario del quirófano **(Ver Anexo 5, pág. No. viii)**

Instrumental quirúrgico en cirugía oral **(Ver Anexo 6, pág. No. ix)**

Elementos o útiles diseñados para facilitar la técnica quirúrgica y las maniobras intraorales:

Material Quirúrgico en cirugía oral (Ver Anexo 7, pág. No. xii): Serie de sustancias, elementos, o productos, que se utilizan para muy diversos fines y concebidos para entrar en contacto con tejidos y fluidos orgánicos.

Gases por quirófano: Se dispondrá de canalizaciones fijas, de suministro de gases de uso médico, desde el almacenamiento exterior al bloque, y tendrán en cada quirófano las siguientes cantidades mínimas de puntos de suministro:

Dos tomas de oxígeno.

Dos tomas de vacío con diferenciación de alto y bajo flujo.

Dos tomas de protóxido de nitrógeno.

Aire medicinal.

Todas las tomas estarán perfectamente identificadas mediante señalización universal.

Mantenimiento: Se debe tener a disposición del Servicio de Salud, la documentación acreditativa de estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones en materia de disciplina y control del mantenimiento.

3.5.3. Proceso:

Comprende los medios por el cual se realizan los cuidados de la salud fundamentados en estándares aceptables.

Dentro del proceso se valora:

- a. Diagnóstico:** Se define como la calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte (Real Academia Española, 2014) , en cirugía oral para ofrecer un diagnóstico acertado, por ende un tratamiento resolutivo y de calidad, se utilizan los siguientes métodos:

Historia clínica: Es la realización de un interrogatorio del paciente dirigido y orientado a recordar o traer a la memoria cosas y datos olvidados. El odontólogo debe de obtener una historia completa o poner al día la que había hecho previamente. La historia clínica debe incluir el máximo de información posible de los datos personales y familiares referentes al propio paciente, previos o anteriores a la enfermedad actual. Esta información puede ser obtenida mediante una entrevista con el propio paciente o en forma de cuestionario sobre

la salud que rellena el mismo y que es luego revisado por el odontólogo al hacer la primera visita.

En todas las especialidades médicas y en la odontología, la historia clínica tiene un papel destacado por el correcto diagnóstico y posterior tratamiento es decir para el correcto ejercicio de la profesión.

Estudio radiológico: La radiología es un medio auxiliar fundamental en cirugía bucal, completando el estudio clínico del paciente. Las radiografías confirman muchos de los datos observados en la historia clínica y revelan otros nuevos de una manera rápida y efectiva.

En nuestra especialidad Cirugía oral pueden utilizarse distintas técnicas radiológicas como son; radiografías periapicales y/o radiografías panorámicas, entre otra.

Modelos Diagnósticos: Los modelos de estudios en cirugía oral se utilizan como medio educativo, ilustrativo e interactivo por parte de los estudiantes

Exámenes de laboratorio: Son una serie de pruebas que se envían al paciente antes de la cirugía, con el fin de conocer el estado actual del paciente y de esa manera reducir el riesgo de posibles complicaciones a la hora del procedimiento. En cirugía oral los exámenes de laboratorio prescrito para los pacientes pueden variar, entre ellos están: Biometría hemática completa (BHC), Pruebas de Coagulación (PT y PTT), Glicemia (Nivel de Glucosa en sangre), entre otros.

Información y consentimiento: Tras el estudio clínico y radiológico o eventualmente tras la realización de otros estudios complementarios, obtendremos un diagnóstico provisional al efectuar un adecuado diagnóstico diferencial, momento en el cual podrá indicarse la terapéutica pertinente al caso ya sea quirúrgica o médica. El profesional debe de tener los conocimientos teóricos pertinentes y un entrenamiento práctico adecuado en cirugía oral. El paciente debe recibir la información adecuada a cada caso, procurando que esté preparado para comprender y asimilar los datos que se le facilitan y siempre debemos comentar el caso con los familiares. Es importante responder a todas las preguntas y duda

de forma inteligible sin emplear terminología científica, procurando transmitir la seriedad y la experiencia de todo el equipo humano.

Finalmente antes de realizar una intervención quirúrgica debe obtenerse el consentimiento escrito del paciente, de un familiar o tutor si es menor de edad, llenando el formulario adecuado.

b. Bioseguridad: Es otro de los elementos a considerar cuyos objetivos destacan:

- Proteger la salud y la enfermedad personal de los profesionales de salud y pacientes. Condición segura, barreras apropiadas. Adoptar “Precauciones Universales”,
- Garantizar la Desinfección y Bioseguridad tanto de los pacientes como del personal de salud.

Zonas de acceso:

- Zona negra. Es el área de acceso, en ella se revisan las condiciones de operación y presentación de los pacientes; se hace todo el trabajo administrativo relacionado y el personal (cambiar el vestido por la ropa especial de uso de quirófanos).
- Zona gris. Todo personal que entra a la zona gris, debe vestir pijama quirúrgico. La cabeza se cubre con un gorro de tela y oculta todo el pelo para impedir la caída de los cabellos en zonas estériles; la nariz y la boca se cubren con una mascarilla.
- Zona blanca. El área de mayor restricción es el área estéril o zona blanca en la que se encuentra la sala de operaciones propiamente dicha.

- **Normas para el control de infecciones:**

Circulación: Debe de tener una amplitud conveniente para evitar la contaminación del material en su paso por áreas sucias. El personal puede acceder a quirófano colocándose el vestuario. El ingreso del paciente se hará en camilla especial. Las puertas del quirófano se mantendrán cerradas mientras dure la cirugía. Al terminar la cirugía, la ropa sucia y los residuos contaminados deben salir del quirófano en bolsas de acuerdo con las normas.

Vestimenta quirúrgica: Todas las formas de vestimenta quirúrgica sirven a un solo propósito: constituyen una barrera entre las fuentes de contaminación y el paciente o el personal. Los estándares de la asepsia nunca deben ceder a la comodidad individual o las tendencias de la moda. Cofias, barbijos, cubre zapatos, guantes de goma; lavables o descartables. No usar joyas. Uñas cortas.

La Seguridad durante los procedimientos es otro aspecto fundamental, entre los cuales destacan:

Asepsia: Método para prevenir infecciones por la destrucción de agentes patógenos, en especial por métodos físicos. Prevención de la contaminación, Instrumentación, Empaque y rotulación, Esterilización, Campo estéril, Ropa de campo, Vestimenta, Agentes de limpieza.

Ropa de campo: Resistente a la humedad, Resistente a la abrasión, Libre de hebras y pelusas, No inflamable.

Limpieza: Es la remoción de todos los materiales extraños (detritus, sangre, proteínas, etc.) que se adhieren a los diferentes objetos. Se realiza con agua, detergentes y productos enzimáticos.

Este proceso puede reducir en 3-4 logaritmos la contaminación microbiana inicial y es el paso previo a cualquier proceso de desinfección y/o esterilización. Si el instrumental no está limpio los procesos de desinfección y esterilización no serán totalmente eficaces, ya que la suciedad no permitirá el contacto del agente con la superficie y actuará protegiendo a las bacterias.

Desinfección: Este proceso reduce en 3 a 5 log. La contaminación microbiana inicial. Produce la destrucción de agentes infecciosos o contaminantes presentes en objetos y ambientes. Asegura la eliminación de formas vegetativas pero no de esporas bacterianas. Posee una seguridad de 1 en 1000. Se da por acción de agentes químicos.

Descontaminación: Proceso de liberación de un objeto de una sustancia contaminante como la suciedad, material infectante.

Esterilización: Proceso validado usado para obtener un producto libre de todo microorganismo en estado latente o activo, causante de enfermedades o infecciones. La esterilidad es una noción relativa, reduce 6 log. La contaminación microbiana inicial con probabilidad de encontrar 1 microorganismo en 1.000.000. Se debe mantener este estado hasta su utilización. Se realiza a través de un proceso físico-químico que destruye toda forma de vida (bacterias, virus, hongos) tanto patógenos como no patógenos incluidas sus formas esporuladas, altamente resistentes.

Lavado de manos: Es el procedimiento de reducir el mayor número de microorganismos patógenos de manos a tercio inferior de brazo, por medio de movimientos mecánicos y desinfección con productos químicos antes de practicar una intervención quirúrgica.

El lavado de las manos y la preparación de la región anatómica a operar del paciente, son los eslabones más débiles de la cadena aséptica, por lo que debe de ser una conducta estricta en el desarrollo de la técnica.

Eliminación de desechos:

- Residuos que hayan entrado en contacto con la sangre: son desechos sólidos, se eliminan en bolsa de plástico, color rojo.
- Cultivos y cepas almacenadas de agentes infecciosos: son desechos sólidos, se eliminan en bolsa de plástico, de color rojo.
- Residuos no anatómicos derivados de la atención a pacientes y los laboratorios: son desechos líquidos, se eliminan en recipientes herméticos, de color rojo.
- Residuos anatómicos: desechos en estado sólidos, se eliminan en bolsa de plástico amarillos, cuando estos desechos están en estado líquido se eliminan en recipientes herméticos, del color anterior.
- Objetos corto punzantes usados y sin usar: se eliminan en recipientes rígidos de color rojo.

c. Satisfacción del prestador de servicios (Usuarios Internos)

No puede pretenderse que el personal insatisfecho en el desempeño de sus actividades cotidianas, este dispuesto a desempeñarlas con calidad y eficiencia; por el contrario, la insatisfacción en el desarrollo del trabajo diario da lugar a desmotivación, ineficiencia y conflictos laborales frecuentes. Existen diferentes motivos de satisfacción de los prestadores de servicios como: Disponibilidad de áreas físicas, mobiliario, equipo, instrumental e insumos suficientes para la realización del trabajo con calidad, El reconocimiento por el trabajo realizado con calidad y eficiencia, percepción salarial congruente con las características del trabajo, opciones de superación, capacitación y desarrollo, seguridad en el puesto como elemento de tranquilidad hacia el futuro. Es por eso que cualquier institución que brinda servicios de salud deben de garantizar que tanto los prestadores como los usuarios de los servicios se encuentren satisfechos (Aguirre, 2002).

3.5.4. Resultados

Engloban los efectos del cuidado de la salud, es el producto final de la atención esperada. Los resultados de la calidad de la atención en cirugía oral según Aguirre en el libro Calidad de la Atención médica son:

- a. Capacidad resolutive:* Corresponde al nivel de respuesta efectiva que se le da al usuario externo en relación con aspectos humanos, técnicos y terapéuticos empleados.
- b. Satisfacción de usuarios externos:* En la actualidad, la satisfacción del usuario con los servicios recibidos ha adquirido una relevancia fundamental. Esta satisfacción se consigue a través del logro o cumplimiento de las expectativas como las que acude a solicitar y recibir atención. Es necesario considerar que las expectativas del usuario son elementos de referencia para brindad calidad de la atención, y por lo mismo deben de tomarse en cuenta como elementos necesarios para evaluar. Las principales expectativas que ha sido posible identificar son las siguientes: Accesibilidad de los servicios, oportunidad en la atención, Trato personalizado y amable y comodidad durante el proceso. Poniendo en práctica todos estos parámetros se garantizara calidad de la atención a los usuarios y también ellos estarán satisfecho del servicio que se les brindó.

IV. HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

Las hipótesis de investigación se formularon a partir de los objetivos específicos, a continuación se exponen las hipótesis que se crearon a partir del objetivo específico número 3, en el cual se realiza una correlación entre las variables demográficas de los pacientes y la calidad de la atención. Por lo tanto son hipótesis correlacionales.

1. Existe relación entre la percepción de calidad y variables sociodemográficas (edad, sexo, procedencia, escolaridad) de los pacientes.
2. Existe relación entre la percepción de la estructura y variables sociodemográficas (edad, sexo, procedencia, escolaridad) de los pacientes bajo estudio.
3. Existe relación entre la percepción del proceso de atención y variables sociodemográficas (edad, sexo, procedencia, escolaridad) de los pacientes.
4. Existe relación entre la percepción de los resultados y variables sociodemográficas (edad, sexo, procedencia, escolaridad) de los pacientes.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación por su enfoque filosófico es Cuanti-cualitativa. Hernández, Fernández y Baptista (2003) señalan que los diseños mixtos:

(...) representan el más alto grado de integración o combinación entre los enfoques cualitativo y cuantitativo. Ambos se entremezclan o combinan en todo el proceso de investigación, o, al menos, en la mayoría de sus etapas (...) agrega complejidad al diseño de estudio; pero contempla todas las ventajas de cada uno de los enfoques. (p. 21).

La organización que presentó este estudio es de estatus dominante y de orden secuencial, en el cual se priorizó el método cuantitativo, posterior a la recolección de información de este, se continuó con el método cualitativo el cual fortaleció a la etapa anterior.

El diseño metodológico utilizado contempló dos fases, las que, por cronología en la aplicación, se han nombrado Fase I y Fase II. La primera fase respondió a un enfoque cuantitativo mientras que la segunda a un enfoque cualitativo. Cada una de estas fases se describe a continuación.

5.1.Fase I: Enfoque Cuantitativo.

El enfoque cuantitativo es la primera fase de esta investigación ya que es el estatus dominante y el de primacía. Este consiste en una concepción global positivista, hipotética-deductiva, objetiva, particularista y orientada a los resultados para explicar ciertos fenómenos. Se aplican los test, entrevistas, cuestionarios, escalas para medir actitudes y medidas objetivas, utilizando instrumentos sometidos a pruebas de validación y confiabilidad. En este proceso se utilizan las técnicas estadísticas en el análisis de datos y generaliza los resultados.

5.1.1. Tipo de estudio

De acuerdo al diseño metodológico el tipo de estudio es No Experimental porque es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para luego analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista 2006).

De acuerdo a Canales, Alvarado y Pineda (1996), según el periodo y secuencia del estudio es Transversal, porque el estudio de las variables y la recolección de los datos se realizan en un solo momento, haciendo un corte en el tiempo.

De acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista (2006), según el nivel de conocimiento el tipo de estudio es Descriptivo Correlacional, porque se indaga en la posible relación que existe entre las características demográficas de los usuarios y sus perspectivas de la atención, también se plantea una relación entre los diferentes componente de la calidad en la atención: estructura, proceso y resultado.

5.1.2. Área de estudio

El área de estudio es en las clínicas odontológicas (clínicas multidisciplinarias y quirófano), pabellón 64, segunda planta de la Universidad Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua).

5.1.3. Población y Muestra

Unidad de análisis: Los datos se proporcionan por personas, las cuales están conformadas por Pacientes que acuden al área de Cirugía Oral III en las clínicas odontológicas de la UNAN-Managua y por los estudiantes de IV año de la carrera de Odontología que se encuentren activos en el área de Cirugía Oral III.

Población:

U1: El universo está compuesto por 200 pacientes que acuden a las clínicas odontológicas, en el área de cirugía oral III, en el periodo de septiembre a octubre del 2015.

U2: El universo está compuesto por 72 estudiantes de IV año de la carrera de odontología que cursan en el área de cirugía oral III y ofrecen procedimientos quirúrgicos.

Muestra:

U1: 144 pacientes que asisten en el período de septiembre a octubre al área de cirugía oral III.

U2: 63 estudiantes que cursan el IV año de la Carrera de Odontología y realizan procedimientos quirúrgicos en el área de Cirugía Oral III.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo es no probabilístico, dirigido. Se realiza de esta manera debido a que la afluencia de pacientes no es constante y que se posee un conocimiento previo de las características de la población para que sean parte de la muestra.

Tabla No. 3 Criterios de Inclusión y Exclusión.

	Pacientes	Estudiantes
Criterios de Inclusión	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes que acuden al área de cirugía oral III atendidos y cuenten con historia clínica.• Pacientes que llenen hoja de consentimiento informado para la participación en el estudio.	<ul style="list-style-type: none">• Estudiantes de IV año de odontología que se encuentren activos en el área de cirugía oral III.• Estudiantes que llenen hoja de consentimiento informado para su participación en el estudio.
Criterios de Exclusión	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes del área de cirugía oral III que no llenen hoja de consentimiento informado.	<ul style="list-style-type: none">• Estudiantes de IV año que no desean participar en el estudio y que no se encuentren activos en el área de Cirugía oral III.

5.1.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas:

Se emplea una herramienta cuantitativa como es la encuesta, la cual se aplica a los pacientes que acuden al área de Cirugía Oral III a realizarse procedimientos y a los estudiantes de IV año que realicen tratamientos quirúrgicos en dicha área.

Instrumentos:

Los instrumentos para la recolección de los datos fueron creados por las autoras de la investigación, de acuerdo a los objetivos a alcanzar en el estudio y la información expuesta en el marco teórico. Están compuesta por ítems, donde se involucran los siguientes aspectos: Datos generales, estructura, proceso y satisfacción. Las encuestas están compuestas por 26 ítems para usuarios externos y de 28 ítems para estudiantes del área de Cirugía Oral III.

Para calificar cada uno de los instrumentos se le dio un puntaje del 0-26 y del 0-28 respectivamente, luego se dividió este número de ítems por los cuatro criterios establecidos para valorar la calidad, que son: deficiente, regular, bueno y excelente; cada uno de los criterios tiene asignada una ponderación porcentual donde la suma de estos equivale a un 100%. Al realizar la valoración el evaluador hace la suma de ellos y lo coloca en el criterio correspondiente. (Ver **Tabla No.4**)

Tabla No.4. Criterios y puntajes para valorar las encuestas de calidad de la atención.

Criterios de valoración de la calidad de la atención	Puntajes	
	Pacientes	Estudiantes
Deficiente	0-6	0-7
Regular	7-13	8-14
Bueno	14- 20	15-22
Excelente	21-26	23-28

Previamente a la recolección de los datos e información se hizo una prueba de campo a cinco estudiantes y a cinco pacientes para la validación de los instrumentos, en la que se toma en cuanto el tiempo que duran los participantes llenando la encuesta y que si estos comprenden las preguntas. Al mismo tiempo se realizó una validación de contenido por parte de cuatro docentes que manejan el tema de investigación y metodología de la investigación.

5.1.5. Procedimientos para la recolección de datos e información.

Para la selección de la muestra primeramente se obtuvieron los permisos correspondientes de las Clínicas Odontológicas de la UNAN-Managua, los cuales serán autorizados por el Jefe de clínicas.

Una vez que se obtuvo el permiso se acude al área de archivo y se consulta cuantos pacientes acuden en promedio en un mes al área de cirugía oral III. Así mismo se revisó cuantos estudiantes se encuentran activos en la clase de cirugía oral III.

Luego de identificados estos datos, se acudió al área de quirófano y clínicas odontológicas, donde se realizaron los servicios de cirugía oral y se le explicó al paciente el propósito del estudio, solicitándole su participación, el cual marcara de manera clara en el instrumento de recolección de datos. **(Ver Anexo 1, pág. No. ii)**

A los estudiantes de igual modo se les aplicó un cuestionario **(Ver Anexo 2, pág. No. iv)**, previo al cual se le explicó el motivo del estudio y su importancia en la participación en este.

Cuando se finalizó el proceso de llenado de instrumento de recolección de datos para ambos usuarios bajo estudio, se les agradeció a los participantes por su apoyo y colaboración en el estudio.

5.1.6. Tabla No. 5. Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Indicador	Valor	Instrumento
Edad	Tiempo transcurrido de un individuo desde el nacimiento	Edad de una persona	Ordinal	Años	18-28 29-39 40-49 50-59 ≥60	Encuesta
Sexo	Son características anatómicas, biológicas y fisiológicas que diferencian al hombre y mujer	Son todos aquellos rasgos, elementos o signos externos que componen el aspecto de una persona, las cuales sirven para diferenciarlo del resto de los semejantes.	Nominal	Características físicas	Femenino Masculino	Encuesta
Escolaridad	Nivel de estudios académicos alcanzados	Cuando se cursa o aprueba un año académico.	Ordinal	Último grado aprobado	Ninguno Primaria Secundaria Universidad	Encuesta
Procedencia	Lugar geográfico de donde acude el usuario	Lugar de donde procede originalmente una persona	Nominal	Lugar de origen	Urbano Rural	Encuesta

Variable	Definición	Definición Operacional	Escala	Indicador	Valor	Instrumento
Percepción de Calidad	Sensación o idea interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos	Sensación o idea que poseen los pacientes y estudiantes del área de Cirugía Oral III con respecto a los componentes de la calidad: Estructura, proceso y resultados.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura • Proceso • Resultados 	Deficiente Regular Bueno Excelente	Encuesta

Variable	Definición	Definición operacional	Escala	Indicador	Valor	Instrumento
Estructura	Características de los proveedores de la atención sanitaria y los lugares físicos	Infraestructura de las clínicas odontológica y quirófano en donde se brinda la atención de cirugía oral III	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos físicos: Quirófano clínicas odontológicas <ul style="list-style-type: none"> - Superficies - Paredes - Techo - Suelo - Climatización - Temperatura - Iluminación - Gases • Artículos de consumo <ul style="list-style-type: none"> - Mobiliario quirúrgico - Instrumental quirúrgico. 	Deficiente Regular Bueno Excelente	Encuesta

Variable	Definición conceptual	Dimensión operacional	Escala	Indicador	Valor	instrumento
Proceso	Secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr algún resultado específico	Serie de pasos y acciones que se debe de realizar antes, durante y después de la atención de los pacientes que acuden al área de cirugía oral III	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Organización - Protocolo de procedimientos - Programas de trabajo - Tiempo de espera • Oportunidad de atención - Trato cordial - Métodos diagnósticos: historia clínica, modelos de estudios radiografía, exámenes de laboratorio • Satisfacción de las expectativas de los prestadores del servicio - Relación médico-paciente - Capacitación y desarrollo 	Deficiente Regular Bueno Excelente	Encuesta

Variable	Definición conceptúa	Definición operacional	Escala	Indicadores	Valor	Instrumento
Resultados	La oportunidad en la solución del problema que motivo la atención y las condiciones de salud y calidad de vida esperada del paciente	Grado de Satisfacción del paciente con el tratamiento que se le realizo en el área se cirugía oral III.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad resolutive - Accesibilidad del servicio - Métodos diagnósticos y terapéuticos • Satisfacción de las expectativas de los usuarios externos • Comodidad • Trato • Recomendaciones Postoperatorias 	Deficiente Regular Bueno Excelente	Encuesta

5.1.7. Plan de Tabulación y Análisis Estadísticos de los Datos

A partir de los recolectados, se diseñó la base de datos correspondiente, utilizando el software estadístico SPSS, v. 20 para Windows. Una vez que se realizó el control de calidad de los datos registrados, fueron realizados los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables (*cuantitativas o cualitativas*) y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos, fueron realizados los análisis descriptivos correspondientes a las variables nominales y/o numéricas, a través de un análisis de frecuencia. Además, se realizaron gráficos del tipo pastel de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano.

Estadística inferencial para comprobación de hipótesis

Se realizaron los Análisis de Contingencia pertinentes, (crosstab análisis), para todas aquellas variables no paramétricas, a las que se les aplicó la prueba de Correlación no Paramétrica de Chi cuadrada de Pearson, la cual permite demostrar la correlación lineal entre variables de categorías, mediante la comparación de la probabilidad aleatoria del suceso, y el nivel de significancia pre-establecido para la prueba entre ambos factores, de manera que cuando $\alpha \leq 0.05$ se estará rechazando la hipótesis nula planteada de $\rho = 0$.

5.1.8. Consideraciones Éticas

Antes del llenado de la encuesta a los participantes se les explicó en qué consistía la encuesta, con qué propósito se realizaba y se les pidió su consentimiento para su colaboración en la investigación.

El estudio se realizó con fines estrictamente académicos y los resultados fueron manejados de manera confidencial, con el único objeto que sean de provecho y retroalimentación positiva para nuestros pacientes, institución y futuros profesionales en el área de la Salud.

5.2. Fase II: Enfoque Cualitativo

El enfoque cualitativo es la segunda fase del estudio y sirvió como complemento para la información recolectada en el enfoque cuantitativo.

5.2.1. Preguntas de investigación

Al presentarse un estudio de enfoque mixto y secuencial se plantearon preguntas de investigación las cuales se formularon luego de obtener los resultados cuantitativos y corresponden como guía para realizar el enfoque cualitativo del estudio, o la segunda fase.

1. ¿Cómo es la valoración de los estudiantes con respecto a la calidad de la atención en las clínicas odontológicas?
2. ¿Cómo es la organización de las clínicas odontológicas de la UNAN-Managua?
3. ¿Cómo es la relación interpersonal entre los estudiantes y el personal de las clínicas odontológicas?
4. ¿Cómo es la estructura y el funcionamiento de las clínicas odontológicas?
5. ¿Cómo es la percepción de la calidad que tienen los estudiantes?
6. ¿Por qué los estudiantes valoraron como deficiente la estructura donde se brinda el servicio?

5.2.2. Tipo de estudio

El enfoque cualitativo trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. De aquí, que lo cualitativo no se opone a lo cuantitativo, sino que lo implica e integra, especialmente donde sea importante.

Con respecto al diseño esta investigación cualitativa se basa en la Teoría Fundamentada (Glasser y Straus, 1967) la cual consiste en comprender cómo definen los individuos un fenómeno o acontecimiento a través de su interacción social. El objetivo principal de la metodología es, a través del estudio de fenómenos sociales en contextos naturales, y generar teorías que expliquen el fenómeno estudiado. Esto se hará a través del método de comparación constante y el muestreo teórico.

5.2.3. Contexto de la Investigación

En Cirugía Oral III se imparten clases teóricas y clases prácticas. En las clases prácticas los estudiantes tienen que realizar como requisito cuatro cirugías de terceras molares y veinte extracciones convencionales. Estos procedimientos se realizan en el área de quirófano y clínicas odontológicas.

El quirófano cuenta con dos unidades dentales, un área de esterilización, donde se prestan instrumentos al momento de la cirugía, y una sala de espera, también en este se ofrecen los servicios diferidos, que es la atención a trabajadores de la UNAN o público en general que decidan recibir atención por un odontólogo graduado.

Las clínicas odontológicas tiene un área de proveeduría donde se dan los materiales que se utilizan en la cirugía, para recibir estos materiales necesitas presentar un recibo, que se cancela en el área de tesorería (pabellón 10b) y con un precio ya establecido, y llenar un vale con los materiales que solicitas. También hay un área de esterilización, en la cual se introducen los instrumentos, previamente lavados y en sus bolsas para esterilizar, con 24 horas de anticipación. Además se encuentra el área de archivo donde solicitan los expedientes, un día antes, y te proporcionan las historias clínicas nuevas, hay un área de rayos x, que cuenta con dos sillones y dos rayos. Está el área de lavado, donde se lavan y

secan los instrumentos y el área de revelado o cuarto oscuro, donde se revelan las radiografías.

5.2.4. Participantes

La muestra seleccionada fueron 10 estudiantes, de la carrera de odontología de la UNAN-Managua. La distribución por sexo fue de 8 mujeres y 2 varones. La edad promedio de los participantes era de 18 a 28 años. El criterio de selección utilizado se basó en que estos estudiantes fueran alumnos de IV año de odontología, que se encontraran activos en el área de Cirugía Oral III y que brindaran servicios de extracciones convencionales y cirugías complejas.

Esto se realizó a través de un muestreo dirigido por conveniencia, ya que se seleccionaron los casos que de manera fortuita se presentaron ante el investigador (Hernández, Fernández y Baptista 2006). De esta manera se completaron 10 entrevistas individuales.

5.2.5. Técnicas e Instrumento de recolección de datos

Las fuentes de información y métodos que se utilizaron para recolectar los datos fueron:

1. Observación durante la inmersión en las áreas donde se realizó la investigación
2. Fotografías
3. Entrevistas a los estudiantes

La observación de la investigación se realizó durante el proceso de la atención, en el pre y posoperatorio, se observó el procedimiento desde el momento en el que llegaba el paciente hasta cuando este era dado de alta. Al momento de la observación se tomaron fotografías como material complementario a esta (**Ver Anexo 9, pág. No. xxv**).

La entrevista constaba de cinco preguntas abiertas y semiestructuradas (**Ver Anexo 3, pág. No. vii**) con las que se deseaba valorar la satisfacción de los estudiantes con respecto al servicio que reciben y que brindan.

Este instrumento se creó a partir del objetivo específico No. 4, el cual tiene como alcance identificar las necesidades y expectativas de los estudiantes sobre la calidad de atención odontológica que les ofrece la universidad, también se tomó como antecedente la información recolectada en la parte cuantitativa, siendo esta entrevista un complemento de la primera encuesta dirigida a los estudiantes. Las preguntas poseen un orden lógico y validez de contenido, antes de recolectar la información fueron valorados por tres expertos metodológicos.

La entrevista comprensiva es una técnica que trata de vislumbrar el sistema de valores, elecciones sociales y lingüísticas que hace el informante y de adherir (sin exceso), con el fin de “liberar” el discurso y reforzar su sinceridad (Kaufmann, 1996). Se optó por esta técnica de recolección de datos, porque privilegian un acceso más comprensivo a la satisfacción que tienen los estudiantes con respecto a la calidad de la atención que se brinda. Se completaron 10 entrevistas a los estudiantes, con esto se quería enriquecer más la información para comprender de una mejor manera el fenómeno.

5.2.6. Recolección de Información

La observación se realizó por las autoras del estudio, esta se efectuó al momento que los estudiantes de Cirugía Oral III realizaban el proceso de extracciones y cirugías complejas, se analizaba el curso completo del procedimiento, pre, trans y postoperatorio, también se hicieron anotaciones sobre los momentos previos a los procedimientos (aceptación de caso clínico, lavado y esterilización de instrumento, pago de materiales y la solicitud de estos para el proceso de atención). Al mismo tiempo se tomaron fotografías para hacer una mejor demostración del contexto.

Al momento de realizar la entrevista se escogieron a los estudiantes que se encontraban en el aula 6404 en la clase de Cirugía Oral III. Se le extendió un permiso previo al docente encargado de la asignatura.

Antes de recolectar la información se creó un clima de confianza entre el entrevistado y el entrevistador, se le informó al entrevistado sobre el propósito de la entrevista y el uso que se le dará a esta. También se le demostró al estudiante la legitimidad, seriedad e importancia que tiene el estudio y la entrevista.

Se efectuaron primero las preguntas generales y luego las más complejas y sensibles. Se promovió un diálogo, escuchando activamente y haciendo una sola pregunta a la vez. La información se recolectó a través de una grabación de audio, evitando ruidos o sonidos que distorsionaran el diálogo, y utilizando un tono de voz claro y espontáneo. Cada entrevista fue única y crucial, durando aproximadamente 10 minutos.

Luego de la recolección de la información, se procedió a transcribir cada una de las entrevistas, anotando reflexiones, puntos de vistas y conclusiones preliminares que surgieron durante el proceso. Al terminar se obtuvo un material valioso para continuar al análisis de la información cualitativa.

5.2.7. Análisis de información

Para el proceso de reducción de datos se recurrió a la codificación, identificación de palabras claves y segmentos de significado, identificación de patrones recurrentes, categorización. Mediante la información obtenida en la entrevista y la observación se desplegó la información para facilitar la identificación de tendencias, patrones, contradicciones, ausencias, que permitieran la conceptualización, para posteriormente, abocarse a su validación por triangulación.

Debido a que la recolección de los datos se ejecutó a través de diferentes fuentes y métodos se procedió a realizar la triangulación de la información (Hernández *et al*, 2003).

La codificación se utiliza para comenzar a revelar significados potenciales y desarrollar ideas, conceptos e hipótesis y de esta manera ir comprendiendo los datos (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). Esta se realiza en dos pasos: En el primero se codifican las

unidades en categorías y en el segundo se realiza una comparación de las categorías para encontrar posibles vínculos.

En el primer paso de la codificación se transcribieron las entrevistas y se fueron seleccionando los segmentos de contenido, palabras o expresiones de importancia, mientras se realizaba este proceso se fue eliminando la redundancia del contenido. Luego se analizaron uno por uno para conocer el significado de este y a que se refería el estudiante cuando lo expuso. Al tener todos los segmentos analizados se compararon términos de significado y concepto para observar si entre ellos habían similitudes o diferencias, los segmentos que al momento de compararlos iban teniendo similitudes se agrupaban y se inducía una categoría en común, sin embargo los que no tenían similitudes inducían a crear nuevas categorías. Algunos segmentos de significados que fueron relevantes se utilizaron como ejemplos de la categoría respectiva.

A medida que se hizo este procedimiento se fueron colocando códigos en cada una de las categorías para poder identificarlas.

Para el segundo paso de la codificación se crearon tres tipos de categorías, las de primer orden abarcan segmentos de significado y se hizo mediante una codificación abierta, las de segundo orden están compuestas por las categorías de primer orden que tenían vínculos y similitudes entre sí, y las de tercer orden que son las más generales y las categorías centrales que engloban las de segundo orden. Cada una de estas categorías se relacionan lógicamente con los datos que representan y se conexionan.

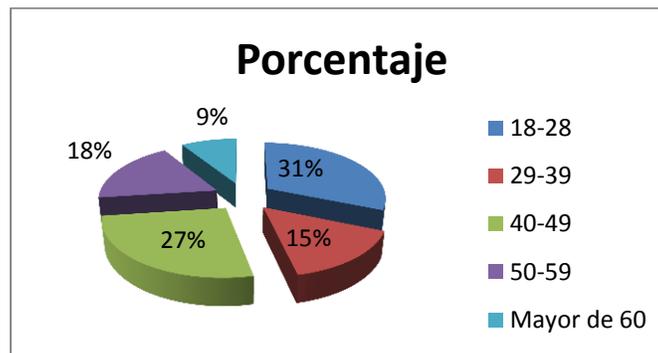
VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS CUANTITATIVO: FASE I

En este capítulo se muestran los resultados encontrados en la investigación, de acuerdo con los objetivos planteados en el estudio. Primeramente se realizó una caracterización demográfica de los pacientes que participaron en la investigación. Posteriormente se analizaron los resultados sobre el grado de satisfacción de los pacientes y estudiantes en relación con la percepción de la calidad y sus componentes. Finalmente se presentó la correlación estadística entre las variables demográficas y los indicadores de la calidad de la atención.

El análisis y la interpretación de los resultados se realizaron de acuerdo a la información fijada en el marco teórico de la investigación, con el objetivo de identificar las concordancias o discordancias entre la discusión de los elementos teóricos conceptuales y la realizada con los datos extraídos de la realidad.

6.1. Características demográficas de los pacientes del área de Cirugía Oral III

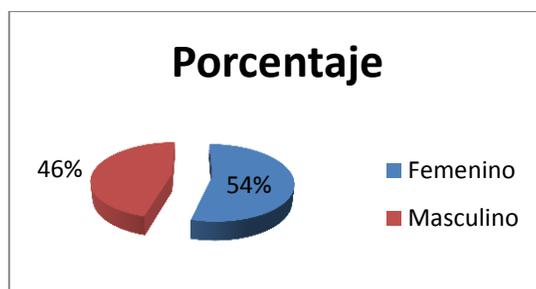
Gráfico 1. Edad



En estos resultados se puede observar que el 31% de los pacientes atendidos en el área de cirugía oral se encuentran en el rango de edad entre 18 y 28 años. Un 27% se encuentra entre los 40 y 49 años de edad, siendo el menor porcentaje de 9% que corresponde a pacientes mayores de 60 años.

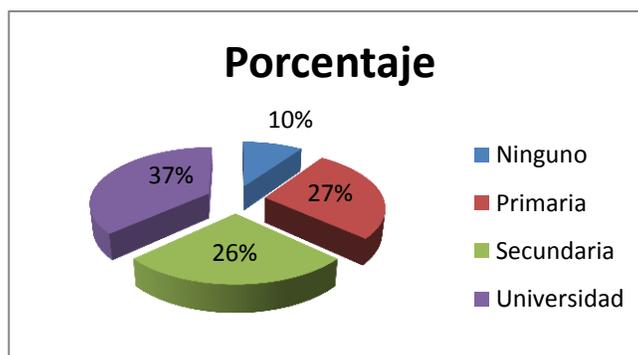
Estos resultados son similares, si realizamos los mismos grupos etarios, con el estudio realizado por Coyago (2014) sobre la percepción de la calidad de la atención odontológica según el grado de satisfacción del usuario. En el cual el 71.4% de los pacientes que participaron en el estudio se encuentran en el rango de edad de 31 a 60 años.

Gráfico 2. Sexo



Con respecto al sexo de los pacientes que participaron en este estudio el 54% pertenece al sexo femenino y el 46% pertenece al sexo masculino. Según el Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE, 2015), el 51% de la población nicaragüense es de género femenino y el 49% de género masculino. A partir de estas similitudes se puede afirmar que no existe una prevalencia en la asistencia a la consulta odontológica por parte de las mujeres, sino que la distribución de la población en general dicta este porcentaje.

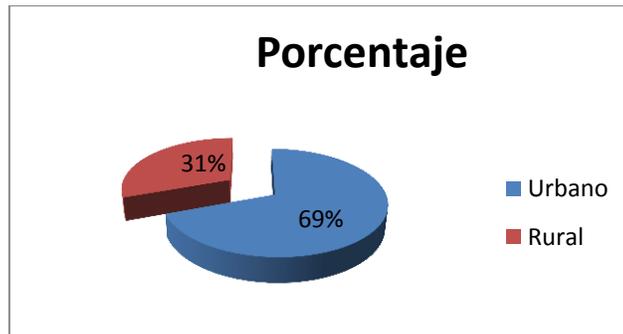
Gráfico 3. Escolaridad



Los resultados muestran que el 37% de los pacientes encuestados poseen estudios universitarios, y el 27% tienen educación primaria. Se puede observar que todos los pacientes, independientemente de su nivel de escolaridad, tienen acceso al servicio

odontológico en la clínicas de la UNAN Managua, sin embargo los pacientes con escolaridad universitaria tienen un porcentaje de mayor asistencia que el resto.

Gráfico 4. Lugar de procedencia

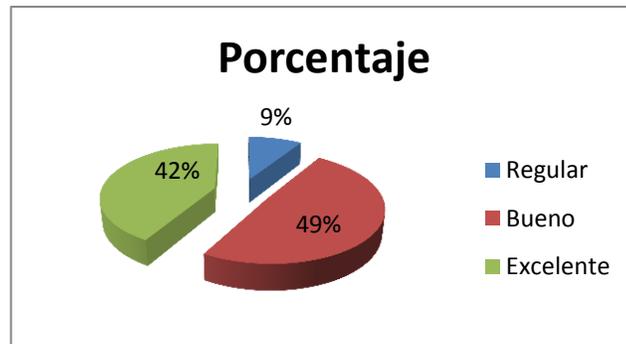


Un 69% de los pacientes que fueron encuestados son del sector urbano mientras que el 31% son del sector rural. Estos datos tienen relación con los resultados obtenidos por López, Cerezo y Paz (2010), el 73.4% de sus encuestados residen en la ciudad. Existen diferentes factores que permiten que la mayoría de pacientes que visiten las clínicas de la UNAN-Managua sean del área urbana como son: la localización en la capital y en una zona metropolitana, la distancia que existe entre los diferentes departamentos y la universidad, y el transporte público que lo hace accesible a personas que viven en la ciudad.

6.2. Resultados sobre la valoración de los pacientes y estudiantes en relación a la percepción de la calidad y sus indicadores.

6.2.1. Resultados sobre la percepción de la calidad y sus indicadores en los pacientes del área de Cirugía Oral III.

Gráfico 5. Percepción de calidad

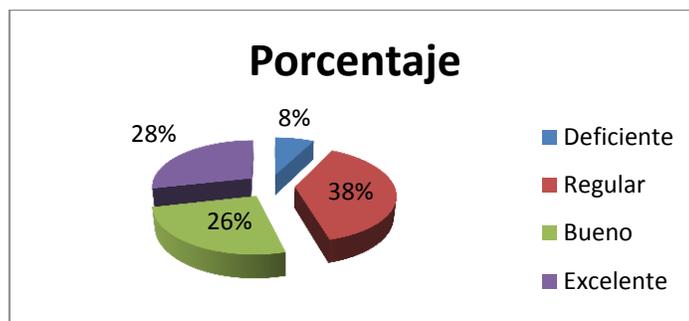


En los resultados sobre la percepción de la calidad de la atención desde la perspectiva de los pacientes se refleja que esta fue valorada como buena en un 49%, un 42% la valoró como excelente sin embargo un 9% la valoró como regular.

Estos tienen concordancia con los obtenidos por Carrillo y Romero (2007) en su estudio sobre la evaluación en la calidad de la atención odontológica en los servicios de salud, en el cual se presentó que un 67% de los pacientes encuestados se encontraban satisfechos con respecto a la percepción de la calidad en la atención que recibieron.

Los pacientes refirieron que se sienten satisfechos con respecto al trato recibido por el personal y los estudiantes, con el proceso para atender su problema de salud y con la resolución de su problema.

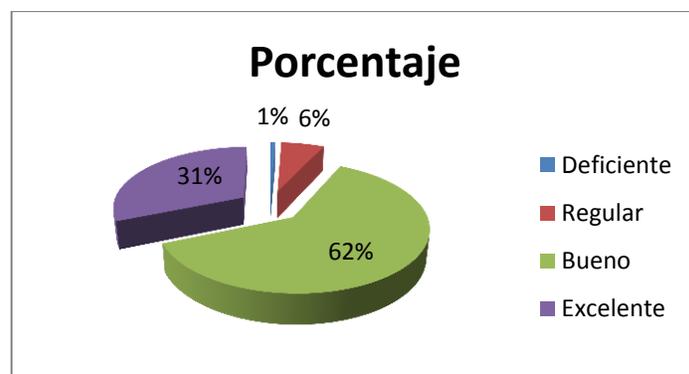
Gráfico 6. Estructura



Con respecto a los resultados obtenidos en la valoración de la estructura por parte de los pacientes un 38% la valoró como regular, el 26% la valoró como buena y la valoraron como excelente un 28%. La mayoría del porcentaje obtenido en estructura fue regular ya que los pacientes opinan que no existe una sala de espera con asientos suficientes, no tienen privacidad visual y auditiva en los ambientes de atención y no hay un área de vestuario y de lavado para ellos.

Si se realiza una comparación con los resultados obtenidos por Agudelo (2008) se encuentra una similitud ya el 61.2% de sus pacientes refirieron haberse sentido satisfechos con la estructura donde se brindaba el servicio, en este estudio el valor máximo que se le podía otorgar a la calidad de la estructura era Muy satisfecho.

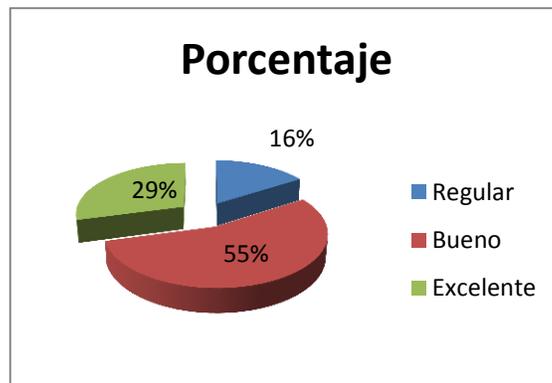
Gráfico 7. Proceso



Un 62% de los pacientes encuestados valoró el proceso de la atención como bueno y un 31% lo valoro como excelente y solo el 1% lo valoro como deficiente. Estos resultados se reflejan en los instrumentos de recolección de datos en el cual los pacientes consideraron que se les realiza un llenado completo de la historia clínica y que le enviaron todos los exámenes del laboratorio.

Núñez (2008) expone que es importante que el profesional en odontología aprenda no solo el manejo adecuado de las técnicas propias, sino que también conocer el ámbito ético legal que regula la profesión, para así prevenir posibles procesos éticos o legales. Realizar un manejo completo de la historia clínica, un adecuado consentimiento informado e incentivar una excelente relación médico paciente. Por lo que se observó, con los resultados obtenidos en el proceso de la atención recibida por los pacientes, se cumplen dichas técnicas.

Grafico 8. Resultados

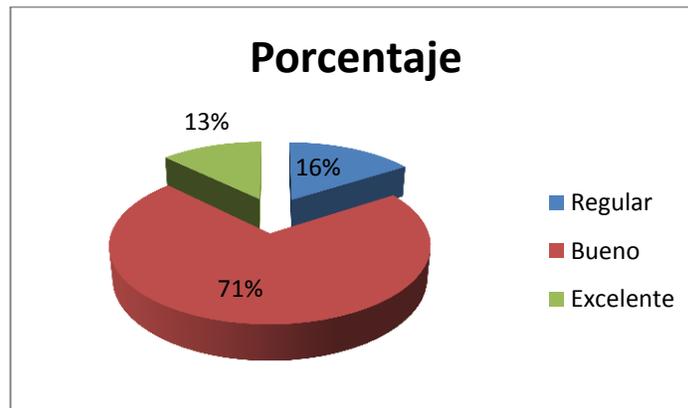


Referente a los porcentajes obtenidos en los resultados de la calidad de la atención recibida los pacientes la valoraron como buena en un 55%, un 29% la valoró como excelente y un 16% la valoró como deficiente. Según los pacientes que fueron encuestados durante el proceso de la atención les prescribieron medicamentos y se les explico el tratamiento a seguir, que el trato por parte de los estudiantes y personal fue adecuado, además que todas sus dudas fueran contestadas de manera clara.

Aguirre (2002) divide el resultado de la calidad de la atención en dos puntos: la capacidad resolutive y la satisfacción de las expectativas del usuario. Esto explica que en esta valoración se cumplió con los dos requisitos propuestos anteriormente.

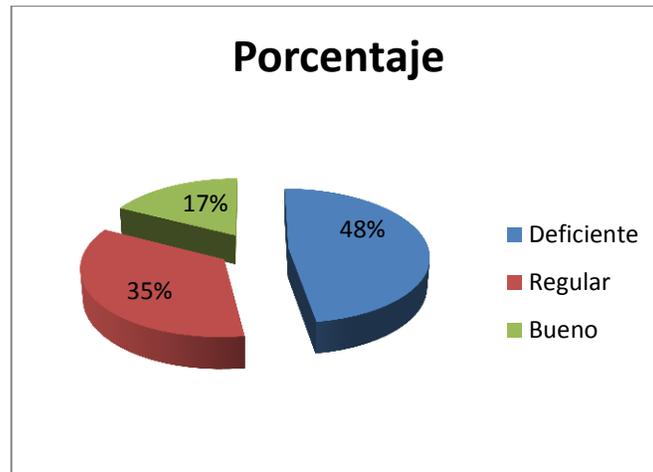
6.2.2. Resultados sobre la percepción de calidad y sus indicadores en los estudiantes del área de Cirugía Oral III.

Grafico 9. Percepción de calidad



Con respecto a los resultados obtenidos sobre la percepción de calidad de la atención en Cirugía Oral III el 71% de los estudiantes lo valoró como bueno y un 16% lo valoró como regular. Sin embargo, según Ramos (2011) para evaluar la calidad de atención se debe incluir la valoración del proveedor del servicio. Los estudiantes expresaron que se sienten satisfechos con respecto al proceso de la atención que se brinda en las clínicas odontológicas, ya que este se realiza de manera completa y hay una respuesta satisfactoria por parte de los pacientes que la reciben.

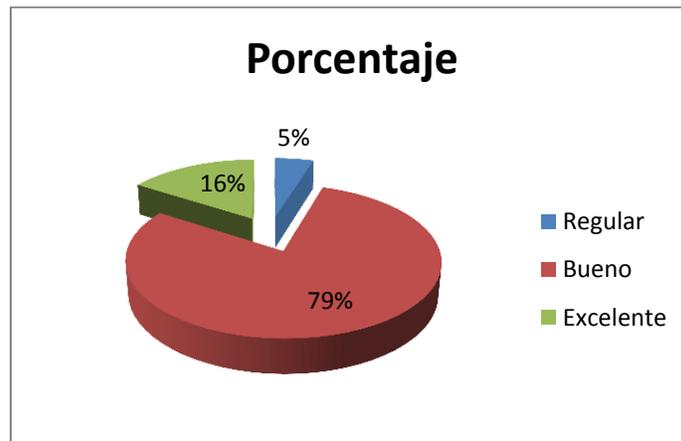
Grafico 10. Estructura



Un 48% de los estudiantes valoraron la estructura donde se brinda el servicio como deficiente, en cambio un 35% la valoró como regular. En la presente investigación los estudiantes manifestaron que no existe una privacidad visual y auditiva en los ambientes donde se brinda la atención, que el área del quirófano no cuenta con vestidores para ambos sexos, el área de rayos x no cuenta con medidas de bioseguridad para los estudiantes y los pacientes y que los servicios higiénicos no son accesibles ni cumplen con las normas básicas de higiene.

Para que el prestador de servicio se encuentre totalmente satisfecho debe de tener disponibilidad de áreas físicas, mobiliario, equipo e instrumental, reconocimiento por su trabajo realizado, opciones de superación, capacitación y desarrollo, y seguridad en su puesto (Aguirre, 2002). Por lo tanto es importante el análisis de este resultado porque un estudiante insatisfecho no va a tener los recursos necesarios para ofrecer una atención de calidad.

Grafico 11. Proceso



Un 79% de los estudiantes valoraron como bueno el proceso de la atención. Este dato nos demuestra que la mayoría de los estudiantes considera que ellos están realizando un proceso completo para la atención de los pacientes. Que al paciente se le atiende de manera integral, desde el llenado de la historia clínica y el consentimiento informado hasta el procedimiento de la cirugía oral en sí.

De acuerdo al Sistema Integral de la calidad en Salud (2013) la calidad de la atención en odontología presenta tres componentes: Seguridad del paciente odontológico, expediente clínico integrado y de calidad en estomatología, control de infecciones bucodentales. Conforme a los resultados que se obtuvieron se puede sostener que los estudiantes cumplieron con estos componentes.

6.3. Correlación entre indicadores de la calidad de atención y variables demográficas de los pacientes atendidos en Cirugía Oral III.

A continuación, se presenta la relación entre la valoración de los indicadores de la calidad de atención (estructura, proceso, resultado) y los datos demográficos (edad, sexo, escolaridad, procedencia) de los pacientes atendidos en el área de Cirugía Oral III; mediante estadística inferencial y prueba de hipótesis, utilizando la prueba Chi cuadrada de Pearson.

Solo se exponen las tablas en las que sus resultados tuvieron un valor igual o menor a 0.05, por lo tanto se aceptan las hipótesis correlacionales y se rechazan las hipótesis nulas. Las tablas que en sus resultados obtuvieron un nivel de significancia mayor a 0.05 fueron rechazadas, sin embargo se muestran en **Anexos No.8 pág. xiv**.

Edad - percepción de calidad

Tabla N° 7. Edad – Percepción de Calidad

Tabla de contingencia

			Percepción de Calidad			Total
			Regular	Bueno	Excelente	
Edad	18-28	Recuento	5	28	12	45
		% dentro de Edad	11.1%	62.2%	26.7%	100.0%
	29-39	Recuento	2	9	11	22
		% dentro de Edad	9.1%	40.9%	50.0%	100.0%
	40-49	Recuento	5	12	21	38
		% dentro de Edad	13.2%	31.6%	55.3%	100.0%
	50-59	Recuento	1	11	14	26
		% dentro de Edad	3.8%	42.3%	53.8%	100.0%
	Mayor de 60	Recuento	0	11	2	13
		% dentro de Edad	.0%	84.6%	15.4%	100.0%
Total		Recuento	13	71	60	144
		% dentro de Edad	9.0%	49.3%	41.7%	100.0%

Tabla N° 8 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.249 ^a	8	.019
Razón de verosimilitudes	20.011	8	.010
Asociación lineal por lineal	1.794	1	.180
N de casos válidos	144		

Análisis e interpretación: la tabla N° 7 nos muestra la relación entre la edad de los pacientes en estudio y la percepción de calidad, que se refiere a cómo valoran los pacientes la calidad del servicio y su grado de satisfacción, esto siempre está relacionado con las expectativas que tienen ellos del servicio.

Se puede observar que el 62.2% de los sujetos entre la edad de 18-28 años y el 84.6% mayores de 60, admiten que su percepción de calidad es buena, a diferencia de los sujetos de 29-39 años de ellos el 50.0%, los de 40-49 años equivalente al 55.3% y los sujetos de 50-59 años de ellos el 53.8% consideran que el servicio es excelente.

Según los resultados de la tabla 8, la aplicación de Chi cuadrada ($\chi^2=18.249$, $gl=8$, $\alpha=0.019$) cuyo nivel de significancia es menor a 0.05 por lo tanto se acepta la hipótesis No.1, la que indica que si existe correlación entre la percepción de la calidad y edad de los pacientes.

Al igual que los resultados expuesto en el estudio realizado por Coyago (2014) los pacientes en edades de 31 a 60 años valoraron con un nivel más alto la atención de la calidad que se les brindó. Esto se debe posiblemente a que en este rango de edad los

pacientes se encuentran menos aprensivos con su visita al odontólogo, y están más conscientes que es una necesidad para mantener su salud general, sin embargo los pacientes muy jóvenes o de tercera edad tienden a aumentar la ansiedad, por este motivo, es posible que no tienen una excelente valoración de la calidad (López, Cerezo y Paz, 2010). Esto también refleja la influencia que tienen los aspectos psicológicos del usuario en la percepción de la calidad de la atención recibida (Carillo y Romero, 2007).

Escolaridad – Percepción de Calidad

Tabla N° 9. Escolaridad – Percepción de Calidad

Tabla de contingencia

			Percepción de Calidad			Total
			Regular	Bueno	Excelente	
Escolaridad	Ninguno	Recuento	0	4	10	14
		% dentro de Escolaridad	.0%	28.6%	71.4%	100.0%
	Primaria	Recuento	1	14	24	39
		% dentro de Escolaridad	2.6%	35.9%	61.5%	100.0%
	Secundaria	Recuento	3	21	14	38
		% dentro de Escolaridad	7.9%	55.3%	36.8%	100.0%
	Universidad	Recuento	9	32	12	53
		% dentro de Escolaridad	17.0%	60.4%	22.6%	100.0%
Total		Recuento	13	71	60	144
		% dentro de Escolaridad	9.0%	49.3%	41.7%	100.0%

Tabla N° 10 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22.559 ^a	6	.001
Razón de verosimilitudes	23.969	6	.001
Asociación lineal por lineal	21.231	1	.000
N de casos válidos	144		

Análisis e interpretación: La tabla N° 9 nos muestra la relación entre la escolaridad y percepción de calidad; se observa que el 71.4% de los pacientes encuestados que no poseen un grado de escolaridad y el 61.5% con escolaridad primaria su nivel de percepción de calidad es excelente, a diferencia de los pacientes que poseen un grado de escolaridad alto; secundaria de ellos el 55.3% y universidad el 60.4% su percepción de calidad es buena. Es decir a menor escolaridad mejor percepción de calidad y a mayor escolaridad menor el grado de percepción de calidad.

Según los resultados de la tabla 10, la aplicación de chi cuadrada ($\chi^2=22.559$, $gl=6$, $\alpha=.001$) cuyo nivel de significancia es menor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis No.1 en la cual se plantea que existe relación entre la percepción de la calidad y la escolaridad de los pacientes.

Los pacientes que tienen un grado de escolaridad alto valoraron la percepción de la calidad de la atención con un nivel más bajo en comparación con los pacientes que tiene un menor grado de escolaridad. Por lo tanto existe una relación directa ($\alpha=.001$) que a mayor grado de escolaridad existe más exigencia, esto puede relacionarse con un mejor estilo de vida y mayor acceso de información sobre la profesión odontológica, en aspectos médico-legales (Núñez, 2008)

Escolaridad – Estructura

Tabla N° 11. Escolaridad – Estructura

Tabla de contingencia

			Estructura				Total
			Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	
Escolaridad Ninguno	Recuento		0	4	3	7	14
	% dentro de Escolaridad		.0%	28.6%	21.4%	50.0%	100.0%
Primaria	Recuento		2	9	10	18	39
	% dentro de Escolaridad		5.1%	23.1%	25.6%	46.2%	100.0%
Secundaria	Recuento		3	15	13	7	38
	% dentro de Escolaridad		7.9%	39.5%	34.2%	18.4%	100.0%
Universidad	Recuento		6	27	11	9	53
	% dentro de Escolaridad		11.3%	50.9%	20.8%	17.0%	100.0%
Total	Recuento		11	55	37	41	144
	% dentro de Escolaridad		7.6%	38.2%	25.7%	28.5%	100.0%

Tabla N° 12 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19.322 ^a	9	.023
Razón de verosimilitudes	19.963	9	.018
Asociación lineal por lineal	14.741	1	.000
N de casos válidos	144		

Análisis e interpretación: La tabla N°11 nos muestra la relación entre la escolaridad y la estructura, que se refiere a la infraestructura de las clínicas odontológica y quirófano en donde se brinda la atención de Cirugía Oral III.

Se observa que el 50.0% de los pacientes que no poseen un grado de escolaridad y el 46.2% con escolaridad primaria perciben de forma excelente la estructura y los poseen un grado de escolaridad alto; secundaria de ellos el 39.5% y universidad el 50.9%, tienen una percepción regular de la estructura. Es decir a menor escolaridad mejor percepción de la estructura y a mayor escolaridad menor percepción de la estructura.

Según los resultados de la tabla 12, la aplicación de chi cuadrada ($\chi^2=19.322^a$, $gl=9$, $\alpha=.023$) cuyo nivel de significancia es menor a 0.05 por lo tanto se acepta la hipótesis No.2, ya que indica que existe relación entre la percepción de la estructura y la escolaridad de los pacientes.

Con respecto a la escolaridad y la percepción de la estructura es una correlación negativa ($\alpha=.023$) estadísticamente comprobable ya que a mayor escolaridad la percepción de la estructura se valora de una manera más desfavorable.

Esto tiene similitud con los resultados obtenidos por López, Cerezo y Paz (2010) en el cual los pacientes con un nivel de escolaridad alto (secundaria, 49%) indicaron que se encontraban insatisfechos con la accesibilidad al centro, la limpieza y organización del consultorio. Como se ha mencionado anteriormente la estructura donde se brinda el servicio debe de satisfacer la demanda de la atención con el propósito de lograr una atención continua y de calidad (Aguirre, 2002).

Escolaridad – Proceso

Tabla N° 13. Escolaridad – Proceso

Tabla de contingencia

			Proceso				Total
			Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	
Escolaridad Ninguno	Recuento		0	0	5	9	14
	% dentro de Escolaridad		.0%	.0%	35.7%	64.3%	100.0%
Primaria	Recuento		0	1	22	16	39
	% dentro de Escolaridad		.0%	2.6%	56.4%	41.0%	100.0%
Secundaria	Recuento		0	0	25	13	38
	% dentro de Escolaridad		.0%	.0%	65.8%	34.2%	100.0%
Universidad	Recuento		1	8	37	7	53
	% dentro de Escolaridad		1.9%	15.1%	69.8%	13.2%	100.0%
Total	Recuento		1	9	89	45	144
	% dentro de Escolaridad		.7%	6.3%	61.8%	31.3%	100.0%

Tabla N° 14 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26.530 ^a	9	.002
Razón de verosimilitudes	28.948	9	.001
Asociación lineal por lineal	20.860	1	.000
N de casos válidos	144		

Análisis e interpretación: En la tabla N° 13 se muestra la relación entre la escolaridad y el proceso que es la serie de pasos y acciones que se debe de realizar antes, durante y después de la atención de los pacientes que acuden al área de cirugía oral III.

Se observa que el 64.3% de sujetos encuestados que no tienen un grado de escolaridad, y el 41.0% con escolaridad primaria perciben de forma excelente el proceso de atención y los que poseen un grado de escolaridad alto; secundaria de ellos el 65.8% y universidad un 69.8% tienen una percepción menos favorable del proceso. Es decir a menor escolaridad mejor valoración del proceso y a mayor escolaridad menor valoración del proceso.

Según los resultados de la tabla 14, la aplicación de chi cuadrada ($\chi^2=26.530^a$, $gl=9$, $\alpha=.002$) cuyo nivel de significancia es menor a 0.05 y se acepta la hipótesis No.3, en la que se indica que si existe relación entre el proceso de atención y la escolaridad de los pacientes.

Como abordamos en el análisis anterior en este también se presenta la correlación negativa ($\alpha=.002$) y estadísticamente comparable entre las variables. A mayor escolaridad existe mayor demanda en relación al proceso del servicio que se les brindo.

Estos resultados tienen concordancia con los que se obtuvieron en el estudio expuesto por Elizondo (2011) en el cual la mayoría de sus pacientes encuestados tenían escolaridad primaria y el 83.5% de estos se encontraban muy satisfechos con el proceso de la atención que recibieron.

Procedencia – Percepción de calidad

Tabla N° 15. Procedencia – Percepción de Calidad

Tabla de contingencia

			Percepción de Calidad			Total
			Regular	Bueno	Excelente	
Procedencia Urbano	Recuento		12	53	35	100
	% dentro de Procedencia		12.0%	53.0%	35.0%	100.0%
Rural	Recuento		1	18	25	44
	% dentro de Procedencia		2.3%	40.9%	56.8%	100.0%
Total	Recuento		13	71	60	144
	% dentro de Procedencia		9.0%	49.3%	41.7%	100.0%

Tabla N° 16 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.599 ^a	2	.022
Razón de verosimilitudes	8.313	2	.016
Asociación lineal por lineal	7.541	1	.006
N de casos válidos	144		

Análisis e interpretación: En la tabla N°15 se muestra la relación entre la procedencia y la percepción de calidad. Se observa que el 41.7% de los sujetos provenientes del sector rural perciben la calidad de una manera excelente, a diferencia de los sujetos que provienen del sector urbano de ellos el 53.0% perciben la calidad de una manera buena.

Según los resultados de la tabla 16, la aplicación de chi cuadrada ($\chi^2=7.599^a$, $gl=2$, $\alpha=.022$) cuyo nivel de significancia es menor a 0.05 por lo tanto se acepta la hipótesis No. 1 de la investigación, la cual plantea que existe relación entre la percepción de la calidad y la procedencia de los estudiantes.

Por lo tanto existe relación ($\alpha=.022$) estadísticamente comprobable que los pacientes que provienen de zonas rurales tienen menos expectativas con respecto a la percepción de la calidad en comparación con los que viven en zonas urbanas. Es muy probable que los pacientes de zonas rurales esta sea su primera visita con el odontólogo por lo tanto no han creado aun una expectativa de cómo debería de ser las clínicas odontológicas, por eso valoran de manera excelente la percepción de la calidad. En cambio los pacientes que viven en las zonas urbanas, posiblemente han asistido antes a un consultorio odontológico privado, por lo que aumentan sus expectativas y disminuyen de esta manera su percepción de calidad.

6.4. Conclusiones Cuantitativas

Los resultados obtenidos en la investigación aportan a entender la importancia de la calidad de la atención en odontología, en especial en el área de Cirugía oral. Es importante conocer la percepción desde el punto de vista del prestador de servicio, ya que se necesitan profesionales motivados a brindar una atención de calidad no solo por ingresos y productividad, sino por un pensamiento incluyente en las necesidades del paciente y su entorno, y también es primordial conocer la percepción que tiene el usuario con respecto a la atención, porque a través de esto se conoce el resultado del proceso y se promueve un mejoramiento en el servicio.

Es imprescindible valorar la calidad de la atención en este punto, porque es una evaluación previa que permite generar sistemas para evaluación de seguridad continua, enfocados en satisfacción del paciente, aprendizaje, desarrollo de habilidades, reducción del error y secuelas (Fuentes, 2014).

Con respecto a los objetivos, generales y específicos, del estudio se puede concluir que:

- ❖ La calidad de la atención brindada por los estudiantes de Cirugía Oral III a usuarios externos de la UNAN-Managua fue valorada como buena.
- En relación a la caracterización de los pacientes los resultados reflejan que:
 - La mayoría de los pacientes encuestados se encuentran en el rango de edad de 18 a 28 años.
 - La mayoría de los pacientes pertenecen al sexo femenino.
 - La mayoría de los pacientes encuestados tienen educación universitaria.
 - Los resultados muestran que la mayoría de estos pacientes pertenecen al área urbana.

- ❖ La valoración de los pacientes con respecto a la percepción de la calidad fue buena, conforme a la estructura la mayoría la valoro como regular, el proceso de la atención fue bueno y en resultados también hubo una buena valoración.
- ❖ La valoración de los estudiantes con respecto a la percepción de la calidad fue buena, la mayoría de los estudiantes valoraron como regular la calidad de la estructura y el proceso de atención la valoraron como bueno.

En relación a la correlación de variables se llegó a las siguientes conclusiones:

- ❖ Los pacientes entre 18-28 años y de 50-59 valoró como buena la percepción de la calidad de la atención.
- ❖ Los pacientes que no tienen escolaridad o solo han cursado primaria valoraron la calidad de la atención como excelente.
- ❖ Los pacientes que tienen un grado de escolaridad alto (universidad o secundaria) valoraron como regular la calidad de la estructura donde se brinda el servicio.
- ❖ Los pacientes que tienen una escolaridad nula o primaria valoraron como excelente el proceso de la atención.
- ❖ Los pacientes que viven en áreas urbanas valoraron la percepción de la calidad como buena.

VII. ANALISIS DE RESULTADOS CUALITATIVOS: FASE II

A continuación se expondrán las diferentes categorías del enfoque cualitativo, que fueron extraídas de las encuestas y cuestionarios realizados a los participantes de la investigación y que se organizaron según las similitudes que existían entre estas. Luego se presentara el análisis de la información obtenida, este análisis será hará de manera descriptiva evaluativa.

7.1. Categorías de primer, segundo y tercer orden sobre la Valoración de la calidad de la atención.

El análisis que se utilizó para formar estas categorías se basó en la Teoría Fundamentada, con un diseño sistemático, donde se desarrolló primero codificación abierta y luego codificación axial. En este estudio a medida que se van obteniendo los datos van emergiendo los distintos hallazgos de la investigación. Estas categorías permitieron asignar significados comunes a la información recolectada en el estudio.

Categorías de Primer orden.	Descripción	Segmentos de significado
Limitaciones del espacio	Limitaciones que posee la extensión y la capacidad que comprende el área de quirófano y de clínicas para desarrollar adecuadamente el servicio de Cirugía Oral III.	<ul style="list-style-type: none"> -Se necesitan más medios para una mejor comodidad en todos los ámbitos. -No hay espacio para cada cirugía, todos trabaja en un mismo lugar. -El espacio es muy pequeño. -No cuentan con área de vestidor, no hay área de espera para los pacientes. -Está en segundo piso. -Mal diseñada -Falta área de emergencia. -Deberían de hacer una entrada y una salida para que no haya contaminación. -Poca privacidad. -Personas minusválidas no pueden acceder. - Es circuito cerrado.
Condición del Equipo	Estado del conjunto de instrumentos, aparatos y utensilios especiales que se utilizan en el área de Cirugía Oral III durante los procedimientos que se brindan a los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> -Sillones en mal estado. -No hay aire acondicionado, no hay presión. -Faltan muchos equipos. -Deberían de haber más sillones. -Lavamanos para instrumentos tienen sarro. -No son totalmente adecuado para los procedimientos. -Podría mejorar. -No prestan condiciones que faciliten nuestro desarrollo.
Cantidad de materiales	Porción de materiales que se brinda en proveeduría, luego de presentar el recibo de pago, para el área de Cirugía oral III al momento de realizar el procedimiento.	<ul style="list-style-type: none"> -No quieren dar más gasas y a veces el procedimiento lo requiere. -Todo es limitado. -Siempre falta algo en proveeduría. -No dan todos los materiales que necesitamos para la cirugía oral. -Exigen que tengamos todos los materiales pero no los proporcionan aquí. -No hay suficiente instrumental y materiales.

<p>Calidad de los materiales</p>	<p>Valoración de la superioridad o excelencia de los materiales que brinda en las clínicas odontológicas, específicamente en proveeduría, para el servicio de Cirugía Oral III.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -No hay materiales adecuados. -Baja calidad, materiales vencidos. -Hojas de bisturí no adecuadas
<p>Disponibilidad de instrumentos</p>	<p>Existencia de los objetos fabricados especialmente y que se utilizan durante los procedimientos de Cirugía Oral III los cuales son manipulados por los estudiantes que brindan este servicio. Estos instrumentos se proveen en el área de quirófano y se solicitan con anticipación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -No hay instrumentos. -Estudiantes tienen que comprarlo y no tenemos dinero. -Siempre nos toca poner de nuestras cosas.
<p>Precios de Tratamientos</p>	<p>Coste que presentan los procedimientos realizados en Cirugía Oral III.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Nosotros asumimos el costo.
<p>Distancia al área de pago</p>	<p>Espacio de lugar y tiempo entre las clínicas odontológicas, pabellón 64, donde se brinda el servicio de Cirugía oral, y el área donde se recibe el pago por los tratamientos realizados, pabellón 10B.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Larga distancia. -Distante de las clínicas. -Muy largo de la facultad. -Demasiado lejos para el paciente. -Muy lejos del área de trabajo. -Pacientes no conocen. -Pacientes no ubican el lugar. -Pacientes se pierden al pagar y vienen tarde al procedimiento -Pacientes se quejan.

<p>Caja en Odontología</p>	<p>Lugar para recibir el pago de los tratamientos brindados en odontología que se localice en las clínicas odontológicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -No hay prioridad para odontología debería de haber una caja. -Si estuviera cerca saldría menos tiempo. -Deberían de crear una caja solo para odontología para no ir a tesorería. -Nunca pusieron la caja chica. -Necesario una caja en odontología.
<p>Tiempo en el área de pago</p>	<p>Duración de los estudiantes, que asumen el costo del procedimiento, en el área de pago.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Siempre está lleno. -Filas largas y tardadas. -Atrasa mucho. -No tenemos tiempo. -Pérdida de tiempo en el turno.
<p>Relaciones con el personal de quirófano</p>	<p>Conexión y comunicación entre los estudiantes de Cirugía oral III y el personal las clínicas odontológicas, que comprenden las áreas de: esterilización, proveeduría, archivo, quirófano, secretaria y jefe de clínicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Buena comunicación. -Erly y la Lic. Montoya hay una buena comunicación. -Trato profesional y ético. -Erly es atento antes de la cirugía. -Se encuentra una persona muy pasiva y no malhumorada. -Odiosos sin educación. -Mala -Falta de actitud y comunicación. -No son accesibles. -Muy odiosas esas mujeres. -Recibimos maltrato de los auxiliares de quirófano.
<p>Acompañamiento por parte del auxiliar de quirófano</p>	<p>Que los auxiliares de quirófano participen al momento de los procedimientos, facilitando instrumentos y materiales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Nunca están presentes. -No están y no abren la puerta. -Colaboradores. -Hacen su mejor esfuerzo pero pueden mejorar.

<p>Organización del personal</p>	<p>Asociación del personal de quirófano y áreas clínicas que debe de estar regido por normas para determinados fines.</p>	<p>-Falta de especificación por cada tipo de especialidad. -Falta de organización, desorden. -Por su carácter hacen que se desorganicen. -No cumplen con todas las expectativas porque realmente no están bien organizados.</p>
<p>Prácticas de Cirugía Oral III.</p>	<p>Cantidad de prácticas que reciben los estudiantes para habilitarse y puedan ejercer públicamente la Odontología.</p>	<p>-El número creciente de estudiantes de odontología y la constante demanda de procedimientos odontológicos no se coordinan con las condiciones que prestan la clínica. -Debido a la cantidad de estudiantes las prácticas clínicas han disminuido. -No organizan bien los horarios. -Como operador rotas una vez al mes. - Agarras más habilidades.</p>
<p>Puestos de las clínicas odontológicas</p>	<p>Poder que ejerce cada trabajador que forma parte del personal de las clínicas odontológicas, en las áreas de: esterilización, proveeduría, archivo, quirófano, secretaria y jefe de clínicas.</p>	<p>-No se respeta la autoridad en algunos puestos. -No se preocupan en estar pendiente por los estudiantes solo exigir. -Algunos no saben que es lo que pedimos.</p>
<p>Actividad académica de los estudiantes de Cirugía Oral III</p>	<p>Enseñanza práctica y teórica recibida por los estudiantes de Cirugía oral III.</p>	<p>-Problemas académicos tardan en resolver. -El docente no toma importancia a debilidades de algunas materias donde se le dificulta al alumno, el docente no acepta el error.</p>

<p>Captación Pacientes</p>	<p>de Atracción de personas para brindarles el servicio de Cirugía Oral III.</p>	<p>-Hay mucha afluencia de gente en lo que es el área de cirugía para realizar extracción. -Los pacientes se captan según el que va llegando. -Los doctores de los centros de salud nos mandan pacientes.</p>
---------------------------------------	---	---

Categorías de Segundo Orden	Descripción	Categorías de Primer orden
Infraestructura	Conjunto de elementos, dotaciones o servicios necesarios para el buen funcionamiento del área de quirófano y clínicas odontológicas.	-Limitaciones del espacio -Condición del Equipo
Materiales	Conjunto de objetos necesarios que se utilizan durante los procedimientos de Cirugía oral III y que son obtenidos en el área de proveeduría y que permiten el desempeño de los servicios.	-Cantidad de materiales -Evaluación de la calidad de los materiales -Disponibilidad de instrumentos -Precios de tratamientos.
Accesibilidad al área de pago	Llegada de los estudiantes o los pacientes desde las clínicas odontológicas hasta el área de tesorería.	-Distancia al área de pago -Caja en Odontología -Tiempo en el área de pago
Relaciones Interpersonales	Comunicación que existe entre los estudiantes de Cirugía oral III y el personal de las clínicas odontológicas.	-Relaciones con el personal de quirófano -Acompañamiento por parte del auxiliar de quirófano
Organización	Asociación del personal de las clínicas odontológicas, con respecto a los puestos que ejercen los trabajadores, las actividades académicas y prácticas de los estudiantes.	-Organización del personal -Prácticas de Cirugía Oral III. -Puestos de las clínicas odontológicas -Actividad académica de los estudiantes de Cirugía Oral III. -Captación de Pacientes.

Categorías de Tercer orden	Descripción	Categorías de Segundo Orden
Recursos Físicos.	Son todos los bienes tangibles, en poder de las clínicas odontológicas, que son susceptibles de ser utilizados para el logro de los objetivos de la misma.	<ul style="list-style-type: none"> -Infraestructura -Materiales -Accesibilidad al área de pago.
Recursos Humanos.	Trabajo que aportan el conjunto de personas que laboran en las clínicas odontológicas para que esta aumente su productividad y dinámica.	<ul style="list-style-type: none"> -Organización -Relaciones Interpersonales

7.2. Codificación

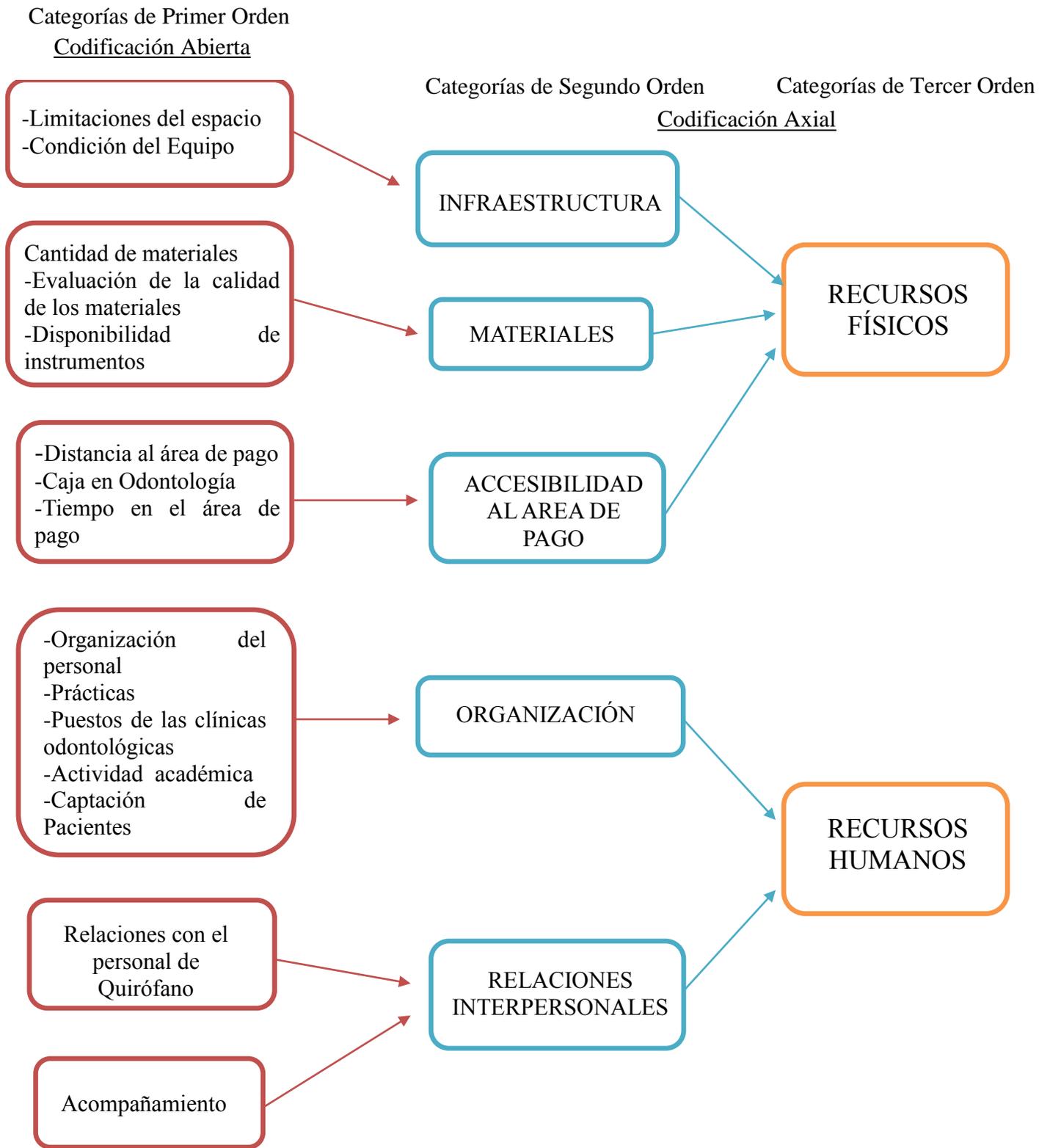


Figura No. 1. Codificación abierta y codificación axial basados en la Teoría Fundamentada.

7.3.Triangulación de la información

El proceso de la investigación complementaria con enfoque cualitativo se realizó a partir de dos instrumentos, un cuestionario y una entrevista, con esto se propuso recolectar información veraz y directa de los estudiantes del área de Cirugía Oral III, para conocer de una mejor manera el contexto y los resultados de la atención desde su perspectiva.

De manera general se plantearon dos categorías que engloban los diferentes indicadores de la calidad, las dificultades y las relaciones que tienen los estudiantes con las clínicas odontológicas donde se brinda el servicio. Las categorías más amplias son: Recursos físicos y Recursos humanos, estas se analizarán a continuación.

7.3.1. Recursos Físicos

Cuando se habla de recursos físicos se refiere a todos los componentes de la calidad que son tangibles para el funcionamiento de las clínicas odontológicas y que permiten brindar una buena atención. Entre estos se proponen tres categorías: a) Infraestructura, nivel que engloba las características físicas de las clínicas odontológicas, b) Materiales, en la cual se abarcan todos los determinantes de los instrumentos y materiales utilizados en Cirugía Oral III y c) Accesibilidad al área de pago, en la que se expone la situación de los estudiantes y pacientes con respecto a esta área.

Esto permite ordenar las categorías, pero no significa que es un orden riguroso, ya que ellas se encuentran interrelacionadas.

A. Infraestructura:

La infraestructura de las clínicas odontológicas tiene que ser un ambiente con las características necesarias para brindar un buen funcionamiento y una atención de calidad.

A partir de esto se crearon dos determinantes de la infraestructura los cuales son: Limitaciones del espacio y la condición del equipo.

La mayoría de las limitaciones del espacio se refieren a la estructura y el diseño del edificio, tales como: entradas al quirófano, comodidad para el paciente y áreas específicas dentro del quirófano. Con respecto a las áreas un estudiante expuso: *“No cuentan con área de vestidor, no hay área de espera para los pacientes.”* Otro comentó refiriéndose a las entradas al quirófano: *“Deberían de hacer una entrada y una salida para que no haya contaminación.”* Para los estudiantes el diseño de las áreas clínicas es fundamental sobre todo porque a algunos pacientes se les hace inaccesible subir a un segundo piso, como dijo este estudiante: *“(Las) Personas minusválidas no pueden acceder.”*

El equipo con el que se realiza la atención es parte de la infraestructura de las clínicas odontológicas. Un alumno expuso: *“No prestan condiciones que faciliten nuestro desarrollo.”* Esto nos demuestra que la condición de los instrumentos, utensilios y aparatos que se utilizan en Cirugía Oral son claves para la calidad de la atención que se brinda, lamentablemente los alumnos que participaron en el estudio exponen que están teniendo muchas dificultades con el equipo que se les brinda.

Con respecto al desarrollo de los estudiantes se refiere a obtener más habilidades y tener prácticas bioseguras conforme a lo que dicta el protocolo de atención de Cirugía Oral. A pesar de esto un alumno entrevistado dijo: *“(Hay) Sillones en mal estado”* otro refirió: *“No hay aire acondicionado, no hay presión.”* Esto indica que no se están prestando las condiciones físicas necesaria para realizar sus prácticas odontológicas, según las normas preestablecidas de la estructura del quirófano.

B. Materiales

Los materiales son el conjunto de objetos que se utilizan durante el procedimiento de atención en Cirugía Oral III. Estos ya se encuentran estandarizados por el tratado de Cirugía Oral, y varían según cada procedimiento. Con respecto a los materiales distinguiremos cuatro categorías: Cantidad de materiales, evaluación de la calidad de los materiales, disponibilidad de instrumentos y precios de los tratamientos.

La cantidad de los materiales se da según el procedimiento que el estudiante vaya a realizar, la pieza y la zona donde va a hacer la cirugía, estos son proveídos por las clínicas.

Al cuestionar a los estudiantes se observó que no están conformes con la cantidad de materiales que se les provee. Refirieron que: *“Exigen que tengamos todos los materiales pero no los proporcionan aquí”*, también se percibió que los estudiantes no están de acuerdo con la cantidad de materiales que dan en las clínicas por el hecho de no tener un proveedor directo en el quirófano, como mencionó un estudiante: *“No quieren dar más gasas y a veces el procedimiento lo requiere”*.

La calidad es otra situación que se encuentra ligada a los materiales que se brindan en las clínicas odontológicas, para que un tratamiento sea efectivo se deben de utilizar insumos de calidad que permitan la mejora de la salud del paciente. Al preguntarles sobre estos un estudiante dijo: *“(Son de) Baja calidad, materiales vencidos”*.

Esto da el inicio a un mayor desacuerdo por parte de los estudiantes con las clínicas, porque opinan que la cantidad de materiales es limitada y además consideran que son de baja calidad, como menciona un estudiante entrevistado: *“Los materiales que nos dan son 6 gasas., 1 radiografía, anestesia, algunas veces dan anestesia vencidas, y clorhexidina, una jeringa, hilo para sutura y 1 aguja”*. Esto tiene como consecuencia que los estudiantes comiencen a asumir los recursos faltantes.

En relación a la disponibilidad de los instrumentos los segmentos que aparecen con mayor frecuencia son: *“no hay instrumentos”* y los *“estudiantes tienen que comprarlo y no tenemos dinero”*.

A pesar que los alumnos refieran que no poseen el dinero para comprar estos instrumentos sin ellos no se puede realizar el procedimiento para cirugía, por lo que se ven obligados a asumir el costo de estos instrumentos, como refirió un participante: *“Siempre nos toca poner de nuestras cosas.”*

La ultima dimensión de la categoría de materiales es el precio de los tratamientos, antes de realizar el procedimiento los estudiantes tienen que presentar un recibo por el servicio que van a brindar.

Lastimosamente la mayoría de estos pagos los hace el estudiante, como indicó uno de los entrevistados: *“Nosotros asumimos el costo, a veces hay pacientes que pagan.”* El

estudiante se ve obligado a pagar ya que los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la UNAN-Managua son pacientes que se envían de los centros de salud donde el tratamiento es gratuito, los exámenes de laboratorio no tienen ningún costo y les brindan los fármacos postoperatorios.

C. Accesibilidad al área de pago

Con respecto a la accesibilidad al área de pago se debe tener en cuenta tres aspectos: la distancia que existe desde las clínicas odontológicas hasta el área de pago, el tiempo que tardan en realizar el pago y la posibilidad que exista una caja en odontología.

Las clínicas odontológicas se encuentran ubicadas en el pabellón 64 del RURD y el área de tesorería para pagar los procedimientos de Cirugía Oral se realiza en el pabellón 10B del mismo recinto, con respecto a esta distancia los estudiantes refirieron: *“(Está) Demasiado lejos para el paciente”, “(Los) Pacientes se pierden al pagar y vienen tarde al procedimiento”* y *“(Está) Muy lejos del área de trabajo”*. La distancia que existe entre las clínicas y tesorería afectan directamente la calidad de la atención por que pierde aceptabilidad por parte del paciente, ya que lo consideran muy largo o difícil de encontrar.

Esta categoría tienen mucha similitud con el tiempo en el área de pago, ya que si un paciente se pierde o encuentra la caja con *“(Las)Filas largas y tardadas”* es muy probable que exista una pérdida de tiempo, como refirió este estudiante: *“(Hay) Pérdida de tiempo en el turno”*.

Al tener una implicación directa con la calidad de la atención que los estudiantes brindan y al recibir demandas por parte de los pacientes ellos han propuesto abrir una caja en odontología, que se expone como otra categoría. Al hacer esta propuesta: *“Deberían de crear una caja solo para odontología para no ir a tesorería”* y *“Es necesario una caja en odontología”*, los estudiantes aprovecharían de una mejor manera el tiempo que se emplea para ir hasta el área de pago y se disminuirían las quejas por parte de los pacientes, porque harían su pago en el mismo lugar donde se les da la atención.

7.3.2. *Recursos Humanos*

Los recursos humanos incluyen todas las categorías que se vinculan inmediatamente con los aspectos entre los sujetos que participan en la actividad de las clínicas odontológicas, a partir de esto se formulan dos categorías: la organización y las relaciones interpersonales. La organización se encuentra vinculada con la asociación del personal y las relaciones interpersonales es la relación que existe entre el personal de las clínicas y los participantes del estudio.

A. Relaciones Interpersonales

Los estudiantes tienen un procedimiento de atención preestablecido que incorporan a todas las áreas que se encuentran dentro de las clínicas odontológicas, existen distintas áreas como se analizó al hacer las observaciones (**Ver anexo 9, pág. No. xxv**).

En cada una de estas se encuentra un personal que se encargan de ejecutar las funciones establecidas. En este nivel se manifiestan dos categorías: Relaciones con el personal de quirófano y acompañamiento por parte del auxiliar de quirófano.

Las relaciones que existen entre el personal de quirófano y los estudiantes se dan ya que estos tienen una dinámica de grupo al momento de realizar el procedimiento quirúrgico. Según los participantes hay una *“buena comunicación”* entre ellos, esto es clave antes de realizar la cirugía porque este es el personal encargado de esterilizar los instrumentos y prestarlos en alguna emergencia. Otro estudiante comentó que hay un *“Trato profesional y ético”*. Sin embargo hubo un alumno que dijo: *“Recibimos maltrato de los auxiliares de quirófano”* y otro que expresó: *“No son accesibles”*.

Estos cambios de opinión se deben probablemente a que existe una rotación por parte del personal en las distintas áreas. Un participante fue muy específico y dijo: *“Con Erly y la Lic. Montoya hay una buena comunicación”*. Esto deja ver claramente que los participantes no se han sentido *“cómodos”* con los otros trabajadores que han estado en el área de quirófano, esto afecta la perspectiva que tengan los estudiantes con respecto a su satisfacción como prestadores del servicio, ya que es fundamental en una calidad de atención apoyo y trato respetuoso entre los involucrados.

La relación con el personal se vincula con el acompañamiento por parte del personal del quirófano, si la comunicación y relación entre los estudiantes y el personal del quirófano es nula o no es tan buena, entonces es probable que no haya un acompañamiento durante el proceso de la atención. Un estudiante dijo: *“Nunca están presentes”* y otro refirió: *“Hacen su mejor esfuerzo pero pueden mejorar”*. Esto permite que el ambiente de atención en las clínicas odontológicas se vuelva tenso y que las labores no fluyan de manera adecuada, para que la atención sea de calidad y se conserve la satisfacción tanto de usuario como del prestador del servicio, tiene que haber una excelente organización.

B. Organización

La organización en las clínicas odontológicas incluye cinco aspectos: Organización del personal, prácticas de Cirugía Oral III, puestos de las clínicas odontológicas, actividad académica de los estudiantes de Cirugía Oral III y captación de pacientes.

La organización del personal, como se explicaba anteriormente, es necesaria para un buen funcionamiento y para ofrecer una atención de calidad, los estudiantes refirieron: *“Falta de organización, desorden”* cuando se les preguntó que si consideraban que la organización de las clínicas odontológicas era adecuada. También un estudiante expresó: *“Por su carácter hacen que se desorganicen”*. La desorganización del personal va más allá de la relación que puedan tener con los estudiantes si no que incluye la comunicación y relación que deberían de tener como trabajadores de un mismo objetivo institucional.

Un alumno manifestó: *“No cumplen con todas las expectativas porque realmente no están bien organizados”*. Esto perjudica significativamente el desarrollo personal de los estudiantes y la satisfacción del servicio que les brindan y que ellos otorgan.

Debido a la desorganización que los alumnos claramente perciben, se creó otra categoría denominada puestos de las clínicas odontológicas. En la clínica se supone que existe una jerarquía donde se debe de respetar cada puesto, y que tanto el trabajador como el alumno sean parte de estas reglas. Los participantes en cambio refirieron que *“No se respeta la autoridad en algunos puestos”* y que *“No se preocupan en estar pendiente por los estudiantes solo exigir”*, esto demuestra que hay una falta de comprensión y no se han establecido límites para promover el respeto y el orden entre el personal y los estudiantes.

De acuerdo a las actividades académicas los alumnos en la asignatura de Cirugía Oral III tiene que un acumulado teórico y uno práctico, como expreso un estudiante: “... *antes de que entremos al quirófano nos hacen un quiz (prueba) que vale 10 puntos.*” Para luego pasar a la práctica, donde los alumnos son supervisados por los docentes. No obstante los participantes no están de acuerdo con la ayuda que el docente les presta como manifestó este: “*El docente no toma importancia a debilidades de algunas materias donde se le dificulta al alumno, el docente no acepta el error.*”

Al igual que con el personal tiene que haber una buena comunicación entre el docente y el alumno, para prestar un servicio excelente y llenar las expectativas de los usuarios del servicio.

Antes de realizar las prácticas de cirugía oral, se tiene que realizar la captación del paciente los que es algo sumamente importante al momento de las actividades académicas, ya que si no existe un paciente al que se le realice el servicio el alumno pierde la clase.

Para la captación del paciente en las clínicas odontológicas todavía no existe un banco de pacientes que cuente con su expediente completo para que el estudiante conozca de antemano la salud oral del paciente y pueda atenderlo, por lo que en este caso el estudiante es responsable de buscar pacientes como dijo uno de los participantes:

“Los pacientes se captan según el que va llegando, también los doctores del centro de salud nos envían pacientes, además nuestros familiares y amigos nos envían pacientes. Cuando llega un paciente a la clínica doña Claudia lo recibe y llama a cualquier estudiante que este cerca y luego vemos si cumple con los requisitos.”

A pesar de esto el área de Cirugía Oral es la que tiene más demanda por parte de los pacientes, como se observó durante la investigación. Pero esto también tiene un conflicto por que a mayor número de pacientes, hay una mayor actividad práctica de los alumnos y como se había mencionado en la infraestructura “se necesitan más medios para una mejor comodidad en todos los ámbitos.”

Las prácticas clínicas son elementales para crear profesionales competentes pero debido a que existen limitaciones en el espacio y “*faltan muchos equipos*” las clínicas han

tenido que optar por disminuir las prácticas como refirió un entrevistado: “*Como operador rotas una vez al mes, haces funciones de asistente, operador, circular y circular 2.*”

Un estudiante expreso: “*El número creciente de estudiantes de odontología y la constante demanda de procedimientos odontológicos no se coordinan con las condiciones que prestan la clínica.*” Esto no demuestra que se ha incrementado la demanda de estudiantes que rebasan de manera representativa la capacidad que tienen las clínicas.

7.4. Relación entre recursos físicos y humanos

Al abordar las categorías de los recursos físicos y de los recursos humanos que se componen como elementos para crear determinantes de la calidad de la atención en Cirugía Oral III, desde la perspectiva del estudiante, podemos observar que entre ellas se crea una gama de similitudes que permiten que una se caracterice con la otra.

En las clínicas odontológicas según lo expuesto por los estudiantes se mantiene un sistema “*desorganizado*” con respecto a la relación entre alumno-docente, alumno-auxiliares de quirófano y alumno-personal de las clínicas. También los estudiantes consideran que existe desorganización interna entre los trabajadores.

Este desorden afecta directamente el desarrollo interpersonal de los estudiantes con el personal de servicio, pero además se ve afectado los bienes físicos de las clínicas, ya que si no existe una relación fluida entre el personal es probable que no haya una organización de la cantidad de materiales que tienen que comprar o de dar mantenimiento a la infraestructura del lugar.

Esto impulsa el comienzo de una cadena de daños interpersonales, ya que hay un personal recibiendo quejas diarias por parte de muchos estudiantes que se encuentran descontentos por que reciben pocos materiales para sus prácticas y también que son de mala calidad, seguramente los trabajadores responden con disgustos, porque aunque ellos quieran resolver el problema no pueden hacerlo.

Además estos estudiantes están molestos porque tienen que conseguir pacientes para sus prácticas y todavía pagar por ellos, pagar en un lugar “*muy lejos del área de trabajo*” lo que les quita tiempo, luego que pagaron reciben pocos materiales y malos tratos por el personal, entonces al llegar al área de trabajo tienen “mala actitud”, a parte tienen que lidiar con el hecho de que el sillón donde se colocaron no funcione, o “*no tenga presión*”. Esto tiene como consecuencia que no exista una relación sana y abierta con los docentes y auxiliares que imparten la asignatura.

Como se pudo ver los recursos físicos son importantes al momento de la práctica, sin ellos no sería posible llevar a cabo la cirugía, pero también los recursos humanos son fundamentales para el desarrollo de los prestadores del servicio y para la percepción de calidad que tenga el paciente.

7.5. Conclusiones Cualitativas

En el enfoque cualitativo se llegaron a las siguientes conclusiones:

Los estudiantes que brindan el servicio de Cirugía Oral III se encuentran insatisfechos ya que tienen que asumir la captación del paciente y el costo del tratamiento. Esto provoca que ellos valoren de una manera más desfavorables la calidad de la atención, sobre todo de la estructura, la cual la valoran como deficiente, esto posiblemente se deba a que asumen el costo del tratamiento y no reciben las condiciones necesarias para cultivar sus habilidades.

Además no tienen una buena relación con el personal de las clínicas odontológicas debido a la poca comunicación que existe entre ellos y consideran que debido a que existe desorganización interna del personal ven afectado su desarrollo académico ya que tienen menos horas de práctica clínica y no reciben los materiales necesarios para realizar el procedimiento, también piensan que sus docentes no despejan sus dudas con respecto a la teoría.

Debido a estos conflictos se ve afectada la percepción que tienen los estudiantes con respecto a la calidad de la atención que brindan valorándola con un nivel bajo.

VIII. ANÁLISIS ENTRE LA RELACIÓN DEL ENFOQUE CUANTITATIVO Y CUALITATIVO.

El enfoque cuantitativo permitió que conociéramos la valoración que tienen los estudiantes respecto a la percepción de la calidad, estructura y proceso, sin embargo los resultados se decidieron abordar desde un enfoque cualitativo donde se expusiera la opinión que tienen los alumnos referente al trato interpersonal, la organización, las prácticas clínicas y la accesibilidad, que son parte de la satisfacción de ellos como prestadores de un servicio.

En los resultados cuantitativos el 71% de los estudiantes valoró como buena la calidad de la atención al momento de aplicarles la encuesta, en esta se observó que el indicador que se valoraba de una manera más baja era estructura, el 48% de ellos la evaluó como deficiente esto se confirmó con el enfoque cualitativo donde los estudiantes expresaron que hay muchos equipos en mal estado y que a los pacientes minusválidos se les hace muy difícil el acceso a la clínica.

Con respecto al proceso ellos indicaron que tienen que asumir la captación del paciente y el costo del procedimiento, porque al pagar por el proceso esperan que la organización a cargo les ofrezca las mejores condiciones. A pesar de esto en el enfoque cuantitativo se observó que los estudiantes asumen todas las faltas de materiales e instrumental y realizan un procedimiento adecuado conforme el protocolo de atención. Por esta razón se puede observar disconformidad con la calidad de la atención debido a que ellos tienen que asumir los costos y no reciben todo lo necesario al realizar el proceso de atención.

El enfoque cualitativo ahondo más en la parte interpersonal de la calidad de la atención, los estudiantes refirieron que no existe una buena comunicación con el personal de las clínicas odontológicas y que esto afecta directamente el desarrollo personal y profesional de estos. También dijeron que se han disminuidos las prácticas clínicas y que los docentes no resuelven sus dudas, lo cual es primordial para ser odontólogos competentes.

Como se puede analizar estos son factores que admiten que la percepción de la calidad de la atención se altere provocando que de esta manera los estudiantes no valoren la calidad de la atención como excelente. Esto permite demostrar que para mejorar la satisfacción de la institución, del usuario y del prestador del servicio es necesario valorar la atención que se está brindando, para que de esta manera se pueda mejorar y ofrecer realmente una calidad total en salud oral.

IX. DISCUSIÓN DEL ENFOQUE CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

Este estudio es útil como aporte para conocer la calidad de la atención que se brinda en el área de Cirugía Oral III, también puede servir como un modelo de referencia para las otras áreas que se ofrecen en las clínicas odontológicas de la UNAN-Managua al igual que a otras instituciones prestadoras de servicios de la salud oral.

Se contemplan como limitaciones que el enfoque cualitativo se encuentra dirigido solamente a los estudiantes como prestadores y usuarios del servicio, y que no se aborde la percepción de la calidad en otro personal involucrado en la atención del paciente (secretaria, auxiliares de quirófano, docentes); esto no se realizó debido a la complejidad de la información y por el factor tiempo. Se sugiere, para otros estudios monográficos, fortalecer la investigación agregando otras percepciones y evaluando otras áreas clínicas.

Con relación a las características de los pacientes el 54% de estos eran del sexo femenino y el 37% poseen estudios universitarios. También es importante considerar las diferencias de edades, el 31% de los pacientes tenían de 18 a 28 años seguido por el 27% que tenían entre 40 a 49 años.

Según la literatura (Piedrola, 1998) la evaluación de la calidad consiste en medir, evaluar y formarse un juicio de los indicadores de la calidad los cuales son estructura, proceso y resultados. La conclusión general que se obtuvo con respecto a la valoración de estos indicadores fue que los estudiantes y pacientes valoran la calidad que se brinda en Cirugía Oral III como buena.

Para evaluar la calidad de la atención esta se tiene que realizar desde la percepción y expectativas de los usuarios y desde la percepción del prestador de servicio (Aguirre, 2002). Para realizar la evaluación desde la percepción de los usuarios se tiene que tomar en cuenta los logros o expectativas que tienen estos con respecto a la atención que van a recibir, algunas de las expectativas que desean los usuarios son: atención oportuna, que le informen y que le orienten y que exista un buen clima organizacional (Ramos, 2011).

Además el paciente desea recibir un buen trato por parte del personal, que le resuelvan su problema de salud y tener una comodidad durante el proceso. Lamentablemente en odontología existen prejuicios sociales que perjudican de manera directa la percepción de los pacientes. Esto se puede confirmar en estudios previos, una investigación elaborada por López, Cerezo y Paz expone que el 30% de los pacientes presentaban ansiedad severa al momento de la atención y 82% de los mismos consideraron que la salud oral es costosa.

La odontología en nuestro país se observa de la misma manera, los pacientes pueden asistir al servicio público pero los tratamientos que se brindan son limitados, y están dirigidos principalmente a las extracciones y limpiezas dentales. En el contexto de este estudio se puede reafirmar ya que el área de cirugía oral era donde había más demanda por parte de los pacientes.

Al realizar la valoración desde el punto de vista de los usuarios se obtuvieron las siguientes conclusiones: La percepción de la calidad fue valorada como buena, la estructura donde se brinda el servicio fue valorada como regular, el proceso de la atención fue valorado como bueno y los resultados de la atención fueron valorados como buenos.

Desde el punto de vista de los estudiantes, los cuales son los prestadores del servicio se decidió realizar una evaluación más profunda por lo tanto se complementó el enfoque cuantitativo con una entrevista cualitativa. En este plano es fundamental conocer la satisfacción ya que un personal insatisfecho no estará dispuesto a desempeñar sus actividades cotidianas con calidad. Para ello es importante la disponibilidad de las áreas físicas, el desarrollo, apoyo, trato respetuoso y resultados positivos (Ramos, 2008).

Las conclusiones que se obtuvieron al evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva de los estudiantes fue que la percepción de la calidad fue valorada como buena, la estructura donde brindan el servicio fue valorado como deficiente y el proceso de la atención que brindan fue valorado como bueno. Como se puede observar en esta investigación los pacientes tienen una actitud positiva y de credibilidad ante el estudiante que le brinda el servicio, esto indica que los estudiantes están ofreciendo un servicio de calidad y cumplen con los estándares establecidos en el protocolo de atención (Gay, 2003).

Los resultados de la calidad de la atención que perciben los estudiantes se abordaron desde un enfoque cualitativo, ya que este permitía profundizar en el fenómeno de la investigación, en cuanto a los resultados se destacan dos puntos importantes los recursos físicos y los recursos humanos. De acuerdo a estos dos categorías centrales se llegaron a las siguientes conclusiones: Los estudiantes se encuentran insatisfecho por que asumen la captación de los pacientes y los pagos de los tratamientos, tienen una percepción desfavorable de la calidad por que asumen los costos y no reciben los materiales necesarios ni las condiciones para realizar un procedimiento según el protocolo de atención establecido y existe una inadecuada comunicación con el personal de las clínicas odontológicas.

Si se realizan comparaciones con estudios de contexto internacional y que comparten características similares (Agudelo, 2008) se puede percibir que los usuarios del servicio valoran de manera buena la calidad de la atención que se les brinda por lo tanto se encuentran satisfechos, sin embargo los resultados que se obtuvieron con los estudiantes difieren de estudios semejantes (Carillo y Romero, 2007) ya que existe una insatisfacción por parte de estos.

La valoración de la calidad de la atención en Cirugía Oral III permite el mejoramiento continuo de esta área y de las clínicas odontológicas de la UNAN-Managua, por consiguiente se propone realizar estudios a mayor escala y que abarquen las percepciones de los prestadores del servicio, que no se abordaron en este estudio, y de usuarios de las distintas especialidades.

X. RECOMENDACIONES

La calidad en la atención es un derecho que tenemos todos los nicaragüenses, por lo tanto es necesario brindar un servicio de excelencia, donde exista satisfacción por parte del usuario, del prestador de servicio y de la institución que se encuentra a cargo. Para mejorar el servicio que se brinda en las clínicas odontológicas en el área de Cirugía Oral III, proponemos las siguientes recomendaciones:

Para las clínicas odontológicas:

- ✓ Mejorar la accesibilidad al área de las clínicas odontológicas, la señalización desde la entrada es sumamente importante para la ubicación de los pacientes y las rampas son necesarias para pacientes con discapacidades.
- ✓ Colocar más asientos en la sala de espera, que estos sean cómodos, e instalar más información sobre el cuidado de la salud oral.
- ✓ Promover las normas del quirófano de una manera dinámica, para propiciar el cuidado de esta área y mantenerla sin contaminantes.
- ✓ Crear un área de vestuario dentro del quirófano para los estudiantes.
- ✓ Fundar un banco de pacientes que les permita a los estudiantes adquirirlos de manera equitativa.

Para el personal de las clínicas odontológicas:

- ✓ Crear un consentimiento informado exclusivamente para el área de Cirugía Oral (extracciones convencionales y complejas), para que los estudiantes y los pacientes se encuentren totalmente claros sobre los pro y los contra del procedimiento.
- ✓ Exponer la situación del área de pago ante la administración para saber si es viable la apertura de la caja en el área de odontología
- ✓ Promover la comunicación, la ética, los valores y la misión de la universidad en los trabajadores del área de las clínicas odontológicas.

- ✓ Promover la comunicación entre el personal de las clínicas odontológicas y los estudiantes de odontología.

Para los estudiantes del área de Cirugía Oral:

- ✓ Reunirse con el jefe de clínicas para exponer la insatisfacción y promover soluciones a la problemática.
- ✓ Informar al coordinador del año sobre cualquier situación que se cree entre los estudiantes y el personal de las clínicas para resolverla de manera adecuada.
- ✓ Como última recomendación se insta a elaborar otra tesis sobre calidad de la atención en la que se abarque la perspectiva de los docentes que imparten la asignatura de Cirugía Oral y de los trabajadores del área de las clínicas odontológicas de la UNAN-Managua.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, S. (2008). *Satisfacción y factores asociados en estudiantes usuarios del servicio odontológico de la institución prestadora de servicios de salud "IPS Universitaria"*. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia, 13-23.
- Aguirre, H. (1990). *Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativa de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas*. Salud pública México, 32(0036-3634).
- Aguirre, H. (2002). *Calidad de la Atención Médica: Bases para su Evaluación y Mejoramiento Continuo* (Tercera ed.). México: Limusa, S.A.
- Armando Ramirez, J. G. (1995). *Definición del problema de la calidad de la atención médica y su abordaje científico*.
- Betín Portacio et al. (2008) *Satisfacción de los pacientes respecto a calidad de la atención odontológica en una institución pública universitaria de la ciudad de Cartagena*. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud.
- Bustamante, G. (2012). *Técnicas Primarias en Cirugía Bucal*. Revistas Bolivianas.
- Canales, Alvarado y Pineda. (1994). *Metodología de la Investigación*. Organización Panamericana de la Salud. Segunda Edición.
- Carrillo, D., & Romero, Y. (2007). *Evaluación de calidad de la atención odontológica de los servicios de salud*. Fundación Acta Odontológica Venezolana, 2, 9.
- Correa, Pablo. (21 de Mayo de 2013). *Cirugía Maxilofacial*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2015, de Cirugía Maxilofacial Blog: <https://correap.wordpress.com/principios-quirurgicos-en-cirugia-oral-y-maxilofacial/>
- Coyago, J. (15 de Septiembre de 2014). *Percepción de la calidad de la atención odontológica según el grado de satisfacción del usuario que acude a la Clínica Integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador durante el período lectivo de septiembre 2013 a febrero 2014*. Repositorio Digital UCE. Recuperado el 3 de Septiembre de 2015, de sitio Web de Universidad Central del Ecuador: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/2812>
- Donadecian, A. (2003). *An introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press.

- Elizondo y cols. (2011). *La satisfacción del paciente con la atención técnica del servicio odontológico*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Ferrando, M., & Granero, J. (2005). *Calidad Total: Modelo EFQM de excelencia*. Madrid: Fundación Confemetal.
- Fuentes Arciniega, Vallery. (2014). *Seguridad del paciente en cirugía bucal: predicción de riesgo para dificultad quirúrgica y eventos adversos*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gas, D. (2002). *Calidad de la atención Médica*. Mexico.
- Gay, C. B. (2003). *Tratado de Cirugía Bucal*. Barcelona: OCEANO.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, New York: Aldine de Gruyter.
- Hernández, Fernández y Baptista. (2006). *Metodología de la Investigación*. 4ta Edición. McGraw-Hill Interamericana.
- Hilita, S. R. (2010). *Calidad de Atención en salud*. Bolivia.
- ISO. (2005). *Sistemas de Gestión de la Calidad-Fundamentos y Vocabulario*. Ginebra: ISO copyright office.
- Kaufmann, J-C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Paris: Nathan
- López, Cerezo y Paz. (2010). *Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos*. Universidad Autónoma de Manizales.
- Ministerio de Salud. (Mayo de 2008). Normativa 005. *Norma de la Auditoria de la Calidad de la Atención Médica*. Managua, Nicaragua.
- Núñez Escarria, Carlos Eduardo. *Aspectos Legales del Acto Odontológico - Legal Aspects of Dental Act*. Obtenido de: <http://univallefundamentos.blogspot.com/2012/05/aspectos-legales-del-acto-odontologico.html>
- OPS/OMS. (1994). *Análisis del desempeño del equipo local de salud P.A.S.C.A.P* (Vols. I,II,III).
- Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2007). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Salud Bucodental: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Otero, D. J. (s.f.). *Calidad de atención, satisfacción y lealtad del paciente odontológico*.
- Piedrola, G. (1988). *Medicina Preventiva y Salud Pública* (Vol. Parte VII). España: Salvat editores, S.A.

- Piura López, Julio. (2000). *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica*. 4ta Edición. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud.
- Ramos Domínguez, Benito Narey. *Control de la calidad de la atención de salud*; 2da Edición,- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2011.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23 ed.). Madrid.
- Rioboo, R. (2000). *Odontología preventiva y odontología comunitaria* (1era ed., Vol. I y II). Madrid, España: Ediciones Avances Médico-Dentales.
- Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). (2013). *Calidad de la atención odontológica*. Obtenido de Calidad de la atención odontológica: www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/det_01B.pdf
- Sociedad Española de Cirugía Bucal. (2005). *Protocolos y Guías de prácticas clínicas en Cirugía Bucal*. Sevilla
- Slipak, Eveling Ruth, (2010). *Proyecto de servicio de odontología Hospital Universitario Universidad Nacional de Cuyo –Mendoza*
- Tamayo, Mario, (2004). *El proceso de la investigación científica*. Mexico: Limusa
- The Joint Commission. (1998). The Joint Commission's Home Care Accreditation Program. *The Joint Commission*.
- Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Vilchez, M., & Quintana, M. (1998). *Captación y calidad de atención odontológica en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal. Dpto. de Rivas 1997-98*. León.

ANEXOS

12		¿El área de rayos X se encuentra limpia y cumple con las normas de protección para los usuarios?	Si ____ No ____
13		¿Le dispusieron de algún material de protección mientras le hacían el examen radiográfico dental?	Si ____ No ____
14		¿Le enviaron exámenes de laboratorio?	Si ____ No ____
15		¿Antes de la cirugía tomaron sus datos y firmo una hoja de consentimiento informado?	Si ____ No ____
16		¿Le realizaron toma de impresión para modelos de estudio?	Si ____ No ____
17		¿Cuánto tiempo utiliza para llegar desde la entrada hasta las áreas clínicas?	Meno 15 min ____ Más 20 min ____
18	Proceso	¿Cuánto tiempo se tardó para que lo atendieran en las clínicas?	Meno 15 min ____ Más 20 min ____
19		El Trato recibido por el personal de las clínicas y los estudiantes considera que fue	Adecuado ____ Inadecuado ____
20		Usted tuvo comodidad en la sala de espera	Satisfecho ____ Insatisfecho ____
21		Le explicaron sobre su problema de salud	Satisfecho ____ Insatisfecho ____
22	Satisfacción	Le resolvieron su problema de salud	Satisfecho ____ Insatisfecho ____
23		La prescripción del medicamento estaba con letra legible y explicaba cómo se debía de tomar el tratamiento	Satisfecho ____ Insatisfecho ____
24		La atención por el personal de laboratorio cuando se practicó sus exámenes fue	Adecuada ____ Inadecuada ____
25		Usted considera que todas sus dudas respecto a su problema de salud fueron contestadas de manera clara	Satisfecho ____ Insatisfecho ____
26		Siente que existe Accesibilidad en el área de pago	Satisfecho ____ Insatisfecho ____

Anexo 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA ESTUDIANTES DE CIRUGIA ORAL III

Buenos Días, nosotros somos estudiantes del último año de la Carrera de Odontología y estamos realizando un estudio para **valorar la calidad en la atención brindada por parte de los estudiantes de IV año de odontología a los pacientes que asisten al área de cirugía oral III**, sus datos serán estrictamente confidenciales y con fines académicos, con el objetivo de poder brindarle un mejor servicio en la atención a cada uno de nuestros pacientes que acuden a nuestras clínicas, de antemano le agradecemos profundamente su apoyo y participación.

Marque con una X según sea el caso

ESTRUCTURA

- 1- ¿En relación al área de quirófano: las paredes, el piso y el techo están íntegros y limpios? SI__ NO__
- 2- ¿Los pisos del quirófano son antideslizantes? SI__ NO__
- 3- ¿El quirófano y áreas clínicas cuentan con luz artificial y natural? ¿O solamente una de ellas? Especifique cual. ARTIFICIAL__ NATURAL__
- 4- ¿La unidad de quirófano y áreas clínicas donde usted realiza el procedimiento cuenta con agua potable disponible? SI__ NO__
- 5- ¿El aire acondicionado se encuentra a una temperatura adecuada? SI__ NO__
- 6- ¿Cree usted que cuenta con la privacidad visual y auditiva en los ambientes de atención? SI__ NO__
- 7- ¿El quirófano cuenta con área de vestuario categorizado por género (Femenino y Masculino) y de lavado? SI__ NO__
- 8- ¿En estas áreas existen recipientes categorizados para la eliminación de desechos según su naturaleza: (biológicos, cortopunzantes, etc.)? SI__ NO__
- 9- ¿Considera usted que el área de rayos X y revelado se encuentra limpia y ordenada? SI__ NO__
- 10- ¿Usted dispone de las medidas de bioseguridad básicas para la toma de radiografías? SI__ NO__
- 11- ¿En el área de quirófano y clínicas donde usted trabaja existen áreas de salida para casos de emergencia? SI__ NO__
- 12- ¿En dicha área donde labora usted, sabe si se cuentan con algún plan de evacuación para situaciones de emergencia? SI__ NO__

13- ¿Los servicios higiénicos se encuentran accesibles y tienen las normas básicas de higiene? SI__ NO

PROCESO

14- ¿Considera que usted realiza un llenado completo de historia clínica al paciente previo al procedimiento a efectuar? SI__NO__

15- ¿Existe un modelo de consentimiento informado específico para cirugía oral, que usted le pueda proporcionar a sus pacientes? SI_ NO__

16- ¿Cada uno de sus pacientes firman el consentimiento informado respecto al procedimiento que se les realizara? SI__ NO__

17- ¿Usted realiza toma de impresión para modelos de estudio antes del procedimiento quirúrgico? SI__ NO__

18- ¿Antes de realizar el procedimiento usted toma radiografía periapical para analizar el caso clínico? SI__ NO__

19- ¿En relación a los exámenes de laboratorio que son de rutina TC, TS, TPT, TP, BHC usted considera que están disponibles en el laboratorio de la facultad? SI__ NO__

20- ¿Antes de que usted realice un procedimiento quirúrgico le presenta el caso al docente de turno? SI__ NO__

21- En el área de proveeduría le ofrecen los materiales quirúrgicos necesarios para la realización de procedimientos quirúrgicos: (gasas, hilos de sutura, succión, solución salina, rollos de algodón, campos operatorios, aguja para anestias, anestesia simple y compuesta, clorhexidina, hoja de bisturí) SI__ NO__

22- ¿Al momento de la cirugía el quirófano le provee a usted de todos los instrumentos necesarios para su procedimiento? SI__ NO__

23- ¿En cuanto al lavado quirúrgico: considera que el auxiliar y su persona lo hacen según las normas básica? SI__ NO _

24- ¿Tienen los insumos suficientes (jabón líquido, cepillo, esponja alcohol gel) para la realización del lavado quirúrgico? SI__ NO__

25- ¿Utiliza vestimenta quirúrgica como barrera de protección? SI__ NO__

26- ¿Usted le proporciona a sus pacientes las medidas de bioseguridad necesarias para la realización del procedimiento quirúrgico? SI__ NO__

27- ¿Al terminar la cirugía usted le explica al paciente como se tomara el medicamento prescrito y le brinda las recomendaciones básicas para su cuidado postquirúrgico? SI__NO__

28-¿Usted cita a sus pacientes 8 días después de la cirugía para su control y seguimiento? SI__ NO__

Anexo 3

ENTREVISTA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DIRIGIDA A ESTUDIANTES DE CIRUGÍA ORAL III

Buenos Días, nosotros somos estudiantes del último año de la Carrera de Odontología y estamos realizando un estudio para **valorar la calidad en la atención brindada por parte de los estudiantes de IV año de odontología a los pacientes que asisten al área de cirugía oral III**, sus datos serán estrictamente confidenciales y con fines académicos, con el objetivo de poder brindarle un mejor servicio en la atención a cada uno de nuestros pacientes que acuden a nuestras clínicas, de antemano le agradecemos profundamente su apoyo y participación.

SATISFACCIÓN

1. ¿Está usted satisfecho con la infraestructura que la institución le otorga para la realización de los procedimientos quirúrgicos?
2. ¿Está usted satisfecho con los materiales que la institución le otorga para la realización de los procedimientos quirúrgicos?
3. ¿Usted considera que la relación con el personal auxiliar de quirófano es adecuado?
4. ¿Considera que el área para efectuar el pago de las cirugías es accesible geográficamente (distancia)?
5. ¿Considera que la Organización que posee actualmente las clínicas odontológicas es adecuada y cumple con todas sus expectativas como futuro profesional de la salud?

Anexo 4

Equipos del quirófano

- Compresor
- Sillón dental
- Unidad dental
- Caja de Control
- Escupidera
- Lámpara de la unidad dental
- Lámpara quirúrgica.
- Jeringa Triple (aire, agua y aire - agua)
- Rayos X
- Mandiles de plomo
- Equipo de succión de saliva
- Equipo de succión de sangre
- Sistema de aire abrasivo
- Pieza de mano de alta velocidad (Turbina)
- Contrángulo
- Micromotor
- Mesa de quirófano.
- Equipo de anestesia automático con monitorización de gases y respirador.
- Monitor de parámetros hemodinámicas, (E.C.G. y presión arterial no invasiva).
- Aspirador.
- Negatoscopiospio
- Esterilizador de calor seco
- Esterilizador de autoclave
- Ultrasonido para la desinfección del instrumental.

Anexo 5

Mobiliario del quirófano

- Escritorio - counter para la Recepcionista
- Silla para la Recepcionista
- Muebles para la sala de recepción - espera
- Escritorio para el Odontólogo
- Silla para el escritorio del odontólogo
- Silla para el acompañante del paciente
- Mesa rodante de trabajo o auxiliar
- Mesa de mayo
- Taburete o silla para el Odontólogo
- Taburete o silla para la Asistente Dental
- Computadora
- Alfombra
- Lámpara de techo o luminarias
- Lámpara de mesa
- Equipos de luz fluorescente para el ambiente clínico
- Archivador para las historias clínicas y fichas de los pacientes
- Estantería - repisas
- Equipo de música ambiental
- Parlantes
- Sistema de intercomunicadores
- Aspiradora y Lustradora
- Ventilador o sistema de aire acondicionado
- Material de decoración y comunicación
- Buzón de sugerencias
- Cuadros y afiches decorativos
- Porta folletos
- Porta tarjetas
- Basureros

Anexo 6

Utilidad	Instrumental quirúrgico cirugía oral
Diagnostico	Espejo intraoral Sonda de exploración convencional Sonda periodontal
Anestesia bucal	Jeringa de cristal Jeringa desechable de plástico, tipo Luer-Lok Jeringa metálica tipo carpule
Facilitar la visualización del campo	<u>Abrebocas:</u> De McKesson o cuña de goma De Doyen o metálico <u>Separadores:</u> Farabeuf Langenbeck Minnesota
Corte de tejido blando	Bisturí Mango de bisturí convencional Bard-Parker (nº 3) Hojas de bisturí Nº 10, 11, 12 y 15 Bisturí convencional o frío Bisturí eléctrico Bisturí láser Tijeras de cirugía Rectas Curvas tijeras de quitar puntos Legra Legras de Hemingway. Legras de Lucas. Periostótomos

<p>Corte de tejidos duros</p>	<p>Escoplo y martillo Pinza gubia Limas de hueso Osteotomos</p>
<p>Rotatorio</p>	<p>Contrángulo Turbina Pieza de mano Fresas</p>
<p>Extracciones</p>	<p>Sindesmótomo Botadores o elevadores Botadores Rectos: medio, fino, grueso Botadores en T Winter Barry o “pata de cabra” Pott Fórceps <ul style="list-style-type: none"> • Arcada Superior Fórceps de incisivos y caninos: Recto anterior (#1), Fórceps de premolares: universal superior (#150) Fórceps de molares: (#18 L o R) Fórceps de cordales: #18 L o R, Fórceps en bayoneta para terceros molares, fórceps de Physick • Arcada Inferior Fórceps de incisivos: recto anterior (#1) Fórceps de caninos y premolares: Universal inferior (#151) Fórceps de molares: (#23), cuerno de vaca o pico de loro fórceps para terceros molares </p>

Limpieza de alveolo	Cureta alveolar
Pinzas	<p>Pinzas</p> <p>De disección</p> <p>Clásica de disección</p> <p>De Adson</p> <p>De forcipresión</p> <p>Hemostáticas o “mosquito”</p> <p>Porta agujas</p>

Anexo 7

Utilidad	Materiales quirúrgico cirugía oral
Material de sutura	<p>Aguja Agujas Rectas o curvas Agujas con la punta de sección triangular o cilíndrica Agujas de longitud o radio de la circunferencia variada</p> <p>Hilo de sutura <u>Reabsorbibles</u> Origen natural (catgut) = proteólisis (prohibido) Origen sintético = hidrólisis</p> <p><u>No Reabsorbibles:</u> Naturales: seda trenzada (más usada 2-3/0) lino, algodón. Sintéticos: poliéster (Nylon), polipropileno, poliamida, poliacrilonitrilo, politetrafluoretileno (Gore-Tex®). Metálicos: plata, cromo-cobalto y acero</p>
Material hemostático	<p>Medicamentos hemostáticos (antifibrinolítico) Gasas y esponjas hemostáticas. Ceras de hueso. Cementos quirúrgicos.</p>
Material de regeneración ósea y sustitutos óseos	<p>Regeneración ósea: Membranas reabsorbibles Membranas no reabsorbible</p> <p>Sustitutos óseos Naturales y Artificiales</p>

<p>Materiales De Asepsia Y Antisepsia</p>	<p>Desinfectantes</p> <p>Fenoles y derivados</p> <p>Alcoholes (etanol e isopropanol)</p> <p>Metales pesados y compuestos</p> <p>Nitrato de plata (bactericida),</p> <p>Cloruro de mercurio (bacteriostático)</p> <p>Cobre, cinc.</p> <p>Aldehídos</p> <p>Formaldehido 37%</p> <p>Glutaraldehido = Bactericida y fungicida (15 min)</p> <p>Esporicida (10 h)</p>
<p>Esterilizantes químicos gaseosos</p>	<p>Óxido de etileno (capacidad esterilizar)</p>
<p>Antisépticos</p>	<p>Cavidad Bucal (Mucosas)</p> <p>Clorhexidina (0.12%, 0.2%).</p> <p>Compuestos de amonio cuaternario.</p> <p>Cutáneo</p> <p>Halógenos (Yodo).</p> <p>Compuestos de amonio cuaternario.</p>
<p>Material de reposición</p>	<p>Guantes</p> <p>Mascarillas</p> <p>batas quirúrgicas desechables</p> <p>Gasas</p> <p>Baberos</p>

Anexo 8

Correlaciones entre los componentes de calidad de la atención y variables sociodemográficas que su nivel de significancia fue $\alpha \geq 0.05$

Estructura- Edad de Pacientes

Tabla de contingencia

			Estructura				Total
			Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	
Edad	18-28	Recuento	3	19	14	9	45
		% dentro de Edad	6.7%	42.2%	31.1%	20.0%	100.0%
	29-39	Recuento	2	9	6	5	22
		% dentro de Edad	9.1%	40.9%	27.3%	22.7%	100.0%
	40-49	Recuento	5	8	8	17	38
		% dentro de Edad	13.2%	21.1%	21.1%	44.7%	100.0%
	50-59	Recuento	1	10	6	9	26
		% dentro de Edad	3.8%	38.5%	23.1%	34.6%	100.0%
	Mayor de 60	Recuento	0	9	3	1	13
		% dentro de Edad	.0%	69.2%	23.1%	7.7%	100.0%
Total		Recuento	11	55	37	41	144
		% dentro de Edad	7.6%	38.2%	25.7%	28.5%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.744 ^a	12	.124
Razón de verosimilitudes	18.906	12	.091
Asociación lineal por lineal	.154	1	.695
N de casos válidos	144		

a. 8 casillas (40.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .99

Proceso de atención- Edad de Pacientes

Tabla de contingencia

			Proceso				Total
			Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	
Edad	18-28	Recuento	0	6	30	9	45
		% dentro de Edad	.0%	13.3%	66.7%	20.0%	100.0%
	29-39	Recuento	1	1	11	9	22
		% dentro de Edad	4.5%	4.5%	50.0%	40.9%	100.0%
	40-49	Recuento	0	1	22	15	38
		% dentro de Edad	.0%	2.6%	57.9%	39.5%	100.0%
	50-59	Recuento	0	0	16	10	26
		% dentro de Edad	.0%	.0%	61.5%	38.5%	100.0%
	Mayor de 60	Recuento	0	1	10	2	13
		% dentro de Edad	.0%	7.7%	76.9%	15.4%	100.0%
Total		Recuento	1	9	89	45	144
		% dentro de Edad	.7%	6.3%	61.8%	31.3%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.749 ^a	12	.124
Razón de verosimilitudes	17.280	12	.139
Asociación lineal por lineal	2.252	1	.133
N de casos válidos	144		

a. 11 casillas (55.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .09.

Resultados- Edad de Pacientes

Tabla de contingencia

			Resultados			Total
			Regular	Bueno	Excelente	
Edad 18-28	Recuento		11	20	14	45
	% dentro de Edad		24.4%	44.4%	31.1%	100.0%
29-39	Recuento		2	10	10	22
	% dentro de Edad		9.1%	45.5%	45.5%	100.0%
40-49	Recuento		5	27	6	38
	% dentro de Edad		13.2%	71.1%	15.8%	100.0%
50-59	Recuento		3	15	8	26
	% dentro de Edad		11.5%	57.7%	30.8%	100.0%
Mayor de 60	Recuento		2	7	4	13
	% dentro de Edad		15.4%	53.8%	30.8%	100.0%
Total	Recuento		23	79	42	144
	% dentro de Edad		16.0%	54.9%	29.2%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.712 ^a	8	.219
Razón de verosimilitudes	10.698	8	.219
Asociación lineal por lineal	.076	1	.782
N de casos válidos	144		

a. 4 casillas (26.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.08.

Percepción de Calidad- Sexo de Pacientes

Tabla de contingencia

			Percepción de Calidad			Total
			Regular	Bueno	Excelente	
Sexo Femenino	Recuento		9	38	30	77
	% dentro de Sexo		11.7%	49.4%	39.0%	100.0%
Masculino	Recuento		4	33	29	66
	% dentro de Sexo		6.1%	50.0%	43.9%	100.0%
11	Recuento		0	0	1	1
	% dentro de Sexo		.0%	.0%	100.0%	100.0%
Total	Recuento		13	71	60	144
	% dentro de Sexo		9.0%	49.3%	41.7%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.871 ^a	4	.580
Razón de verosimilitudes	3.257	4	.516
Asociación lineal por lineal	2.047	1	.152
N de casos válidos	144		

a. 3 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .09.

Estructura- Sexo de Pacientes

Tabla de contingencia

			Estructura				Total
			Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	
Sexo Femenino	Recuento		7	29	19	22	77
	% dentro de Sexo		9.1%	37.7%	24.7%	28.6%	100.0%
Masculino	Recuento		4	26	18	18	66
	% dentro de Sexo		6.1%	39.4%	27.3%	27.3%	100.0%
11	Recuento		0	0	0	1	1
	% dentro de Sexo		.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
Total	Recuento		11	55	37	41	144
	% dentro de Sexo		7.6%	38.2%	25.7%	28.5%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.099 ^a	6	.796
Razón de verosimilitudes	3.103	6	.796
Asociación lineal por lineal	1.465	1	.226
N de casos válidos	144		

a. 4 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a

5. La frecuencia mínima esperada es .08.

Proceso de atención- Sexo de Pacientes

Tabla de contingencia

			Proceso				Total
			Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	
Sexo	Femenino	Recuento	1	7	49	20	77
		% dentro de Sexo	1.3%	9.1%	63.6%	26.0%	100.0%
	Masculino	Recuento	0	2	40	24	66
		% dentro de Sexo	.0%	3.0%	60.6%	36.4%	100.0%
11		Recuento	0	0	0	1	1
		% dentro de Sexo	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
Total		Recuento	1	9	89	45	144
		% dentro de Sexo	.7%	6.3%	61.8%	31.3%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.447 ^a	6	.375
Razón de verosimilitudes	7.099	6	.312
Asociación lineal por lineal	4.491	1	.034
N de casos válidos	144		

a. 8 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .01.

Resultados- Sexo de Pacientes

Tabla de contingencia

			Resultados			Total
			Regular	Bueno	Excelente	
Sexo	Femenino	Recuento	13	43	21	77
		% dentro de Sexo	16.9%	55.8%	27.3%	100.0%
	Masculino	Recuento	10	36	20	66
		% dentro de Sexo	15.2%	54.5%	30.3%	100.0%
11		Recuento	0	0	1	1
		% dentro de Sexo	.0%	.0%	100.0%	100.0%
Total		Recuento	23	79	42	144
		% dentro de Sexo	16.0%	54.9%	29.2%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.635 ^a	4	.621
Razón de verosimilitudes	2.672	4	.614
Asociación lineal por lineal	1.808	1	.179
N de casos válidos	144		

a. 3 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .16.

Resultados- Escolaridad de Pacientes

Tabla de contingencia

			Resultados			Total
			Regular	Bueno	Excelente	
Escolaridad	Ninguno	Recuento	2	7	5	14
		% dentro de Escolaridad	14.3%	50.0%	35.7%	100.0%
	Primaria	Recuento	4	26	9	39
		% dentro de Escolaridad	10.3%	66.7%	23.1%	100.0%
	Secundaria	Recuento	7	19	12	38
		% dentro de Escolaridad	18.4%	50.0%	31.6%	100.0%
	Universidad	Recuento	10	27	16	53
		% dentro de Escolaridad	18.9%	50.9%	30.2%	100.0%
Total	Recuento		23	79	42	144
	% dentro de Escolaridad		16.0%	54.9%	29.2%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.403 ^a	6	.757
Razón de verosimilitudes	3.468	6	.748
Asociación lineal por lineal	.155	1	.694
N de casos válidos	144		

- a. 2 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.24.

Estructura- Procedencia

Tabla de contingencia

			Estructura				Total
			Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	
Procedencia	Urbano	Recuento	11	40	24	25	100
		% dentro de Procedencia	11.0%	40.0%	24.0%	25.0%	100.0%
	Rural	Recuento	0	15	13	16	44
		% dentro de Procedencia	.0%	34.1%	29.5%	36.4%	100.0%
Total		Recuento	11	55	37	41	144
		% dentro de Procedencia	7.6%	38.2%	25.7%	28.5%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.871 ^a	3	.076
Razón de verosimilitudes	9.990	3	.019
Asociación lineal por lineal	5.144	1	.023
N de casos válidos	144		

a. 1 casillas (12.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.36.

Proceso de la atención- Procedencia de Pacientes

Tabla de contingencia

			Proceso				Total
			Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	
Procedencia Urbano	Recuento		1	8	64	27	100
	% dentro de Procedencia		1.0%	8.0%	64.0%	27.0%	100.0%
Rural	Recuento		0	1	25	18	44
	% dentro de Procedencia		.0%	2.3%	56.8%	40.9%	100.0%
Total	Recuento		1	9	89	45	144
	% dentro de Procedencia		.7%	6.3%	61.8%	31.3%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.190 ^a	3	.242
Razón de verosimilitudes	4.717	3	.194
Asociación lineal por lineal	4.093	1	.043
N de casos válidos	144		

a. 3 casillas (37.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .31.

Resultados- Procedencia de Pacientes

Tabla de contingencia

			Resultados			Total
			Regular	Bueno	Excelente	
Procedencia	Urbano	Recuento	15	58	27	100
		% dentro de Procedencia	15.0%	58.0%	27.0%	100.0%
	Rural	Recuento	8	21	15	44
		% dentro de Procedencia	18.2%	47.7%	34.1%	100.0%
Total	Recuento		23	79	42	144
	% dentro de Procedencia		16.0%	54.9%	29.2%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.308 ^a	2	.520
Razón de verosimilitudes	1.304	2	.521
Asociación lineal por lineal	.107	1	.744
N de casos válidos	144		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 7.03.

Anexo 9



Figura No. 2. Pabellón 64, segundo piso, clínicas odontológicas de la UNAN-Managua. Asientos en el pabellón que tiene la función de sala de espera.



Figura No. 3. Área de clínicas odontológicas de la UNAN-Managua.



Figura No. 4. Área de rayos X, situados en clínicas odontológicas de la UNAN-Managua. Cuenta con dos sillones y dos rayos X.

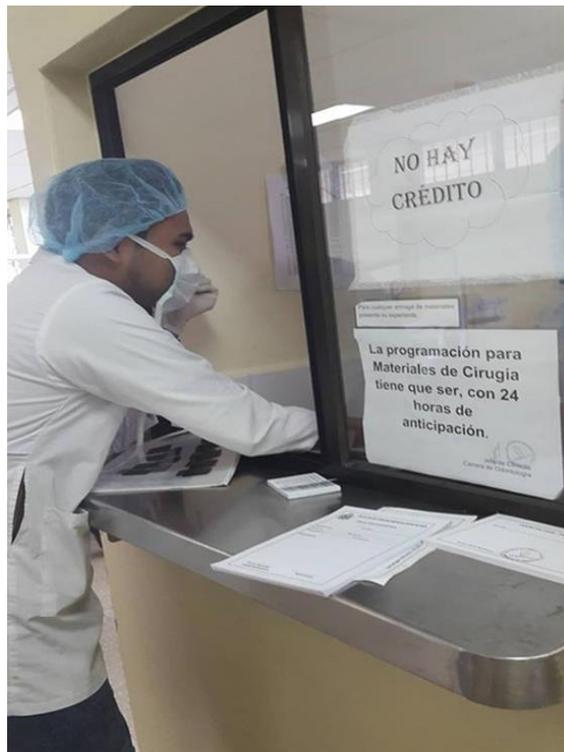


Figura No. 5. Área de proveeduría. En esta área se entregan los materiales que se utiliza durante el procedimiento de Cirugía Oral III, obsérvese el rotulo que indica la solicitud previa para el área de Cirugía.



Figura No. 6. Área de lavado. En esta área se lavan y empaican los materiales que se utiliza durante el procedimiento de Cirugía Oral III, luego pasan al área de esterilización.



Figura No. 7. Área de revelado. En esta área se revelan las radiografías que sirven como diagnóstico para el área de Cirugía Oral III.



Figura No. 8. Sala de espera en el área de quirófano. En esta área esperan los pacientes antes de realizar el procedimiento en Cirugía Oral III. En la pizarra se coloca el nombre del operador y el día del turno que va a realizar la cirugía.



Figura No. 9. Área de lavado en quirófano. Con las instrucciones necesarias para realizar un correcto lavado de manos pre y post operatorio. Esta área también funciona como área de lavado de materiales luego de haber realizado el procedimiento, también sirve como área de vestuario para los estudiantes.



Figura No. 10. Unidades que se encuentran en el quirófano. En estas se realizan los procedimientos como cirugías complejas.



Figura No. 11. Estudiantes realizando una cirugía en las áreas clínicas debido al poco espacio que existe en el quirófano.



Figura No. 12. Estudiantes de IV año realizando una cirugía compleja de tercer molar inferior. Con vestimenta quirúrgica y utilizando barreras de protección. Les asiste el docente, en el área de quirófano.