



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA DE POSGRADO

**“CALIDAD PERCIBIDA EN LA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA A UNA POBLACIÓN URBANA USUARIA
DE UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR: UNA VALORACIÓN
EMPÍRICA DE LOS ELEMENTOS INTANGIBLES DE LOS
SERVICIOS DE SALUD. TALCAHUANO. CHILE.”**

TESISTA:

OD. CARLOS F. ARAYA VALLESPÍR.

2011



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

**Facultad de Odontología
Escuela de Posgrado**

**Calidad Percibida en la Atención Odontológica a una Población Urbana
Usuaria de un Centro de Salud Familiar: Una Valoración Empírica de los
Elementos Intangibles de los Servicios de Salud. Talcahuano. Chile.**

Trabajo de Tesis para optar al Título de Doctor en Odontología

Od. Carlos F. Araya Vallespir.

2011

DIRECTOR DE TESIS: Prof. Dr. José M. Merino Escobar

COMISIÓN DE TESIS: Prof. Dra. Perla K. de Hidalgo
Prof. Dra. Susana Fontán de Di Benedetto
Prof. Dr. José Atilio Palma

EVALUADOR EXTERNO: Prof. Dra. Susana Piovano

El que no sirve para servir, no sirve para vivir.

Madre Teresa de Calcuta

Bien hecho es mejor que bien dicho.

Benjamin Franklin.

Calidad significa hacer lo correcto cuando nadie lo está mirando.

Henry Ford

Es la calidad de nuestro trabajo, que agrada a Dios y no la cantidad.

Mahatma Gandhi

*La calidad nunca es un accidente, siempre es el resultado de un
esfuerzo inteligente.*

Jhon Ruskin

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Concepción y su Facultad de Odontología que permitieron la concreción de un gran anhelo.

A todas las personas que constituyen la Escuela de Posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.

A mi comisión de tesis, por su abnegada dedicación ante un alumno que físicamente estaba muy lejano.

A la Dra. Perlita Hidalgo por sus acuciosos aportes que motivaron una gran preocupación respecto a un grupo de la sociedad discriminado: las personas discapacitadas.

A todos los que vieron que carecía... y me aportaron en silencio.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	3
1. Introducción.....	5
1.1 La Atención y el Servicio en Salud.....	5
1.2 La Atención de la Persona con Discapacidad.....	11
1.3 Los Intangibles.....	14
1.4 Con los Intangibles, la Satisfacción del Usuario.....	20
1.5 Dimensiones de Calidad Percibida: Modelo SERVQUAL.....	23
2. Objetivos de la Investigación.....	28
2.1 Objetivo General.....	28
2.2 Objetivos Específicos.....	28
3. Material y Método.....	29
3.1 Tipo de Estudio.....	29
3.2 Población del Estudio.....	30
3.3 Determinación del Tamaño Muestral.....	33
3.4 Recolección de Datos.....	35
3.5 Variables del Estudio.....	36
4. Resultados.....	39
4.1 Caracterización de la Muestra.....	39
4.2.1 Calidad del Servicio en el CESFAM P. Avendaño.....	45
4.2.2 Calidad del Servicio en el CESFAM P. Avendaño en Pacientes Discapacitados	50
4.2.3 Atención a Personas no-Discapacitadas y Discapacitadas en el CESFAM P. Avendaño.....	52
4.3 Calidad del Servicio: Estudio Piloto en San Pedro de la Paz.....	57
4.3.1 Los 22 ítems en San Pedro de la Paz.....	57
4.3.2 Los 22 ítems en San Pedro de la Paz en Pacientes Discapacitados	61

4.3.3 Atención a no-Discapacitados y Discapacitados en San Pedro de la Paz.....	63
4.4. Resultados por Criterios CESFAM P. Avendaño..	67
4.4.1 En Pacientes no-Discapacitados del CESFAM P. Avendaño.....	67
4.4.2 En Pacientes Discapacitados del CESFAM P. Avendaño.....	72
4.5. Las Declaraciones por Sectores de Atención del CESFAM P. Avendaño.....	75
4.6 Determinación de la Importancia de Cada Criterio en Pacientes Atendidos en el CESFAM P. Avendaño.....	82
4.7 Determinación de la Importancia de Cada Criterio por Sectores en Pacientes Atendidos en el CESFAM P. Avendaño....	85
5. Discusión.....	88
6. Recomendaciones y Conclusiones.....	92
7. Bibliografía.....	94
8. Anexos.....	100



RESUMEN

El afán permanente por mejorar las actividades humanas requiere un proceso de evaluación, que permita fortalecer lo óptimo y hacer correcciones donde se detecten falencias. Como mecanismo de evaluación en toda empresa lo frecuente es basarse en las cosas tangibles o materiales. Sin embargo, evaluar la calidad de la atención odontológica desde la perspectiva del usuario es cada vez más frecuente, siendo la satisfacción un buen predictor del cumplimiento del tratamiento y adhesión a la consulta o proveedor de servicios; es un instrumento útil para evaluar los consultorios y los modelos de comunicación (por ejemplo posibles tomas de decisiones). La opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios odontológicos a ofrecer. El cuestionario y su aplicación es uno de los métodos más eficaces para la detección de los niveles de satisfacción del cliente/usuario, teniendo presente el respeto a las sensibilidades y emociones que pueden dejar oculto o sobredimensionado algún indicador. El presente trabajo utilizó una herramienta, la escala SERVPERF, validada en las empresas privadas de servicio y basada sólo en las percepciones como una forma de evaluar la calidad, es decir se pesquisan sólo dimensiones intangibles. Se tomó una muestra de 405 personas de un universo poblacional de 48.746, permitiéndose un error del 5% con un nivel de confianza del 95% y se aplicó en sus hogares una encuesta elaborada para la ocasión. Se observó cuál es la percepción de la atención a uno de los grupos más vulnerables de los usuarios, las personas con discapacidad. También se efectuó un estudio piloto en otra comuna a fin de estudiar concordancia de resultados. Los resultados mostraron la valoración más baja para la *folletería y recetas* con un 4,85 en la escala 1 a 7, siendo este último lo mejor. Un 6,84 fue la nota asignada al *sistema de acopio de datos* y un 4,91 para *los demás miembros del consultorio*. Un 5,79 es la nota que obtienen *los odontólogos* que otorgan la

prestación. El criterio Empatía resultó ser la media más baja y distinta a todos ($p < 0,004$). En las personas con discapacidad, los resultados mostraron mayor deficiencia en la atención con una media general de 4,82, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre los promedios de los criterios. Al comparar la atención de las personas no discapacitadas con personas discapacitadas, todos los promedios de estos últimos fueron inferiores ($p < 0,05$). Se puede concluir que es necesario explicar a las autoridades, que si bien los esfuerzos en equipamiento e infraestructura son muy útiles, debe haber un apoyo al crecimiento del capital humano, elemento intangible, ya que su valoración es un complemento importante en la satisfacción del usuario.

Palabras Claves: Calidad de los servicios, Intangibles de los servicios, SERVPERF en un Servicio Público.

ABSTRACT

The ongoing quest to improve human activities requires an evaluation process that will strengthen the optimum processes and make corrections where shortcomings are detected. Frequently, the mechanism for enterprise-wide evaluation is based on the presence of tangible or material things. However, assessing the quality of dental care from users perspective is becoming more common, being satisfaction a good predictor of treatment compliance and adherence to the health service or service provider, besides as useful tool to evaluate health offices and communication models (eg decision making process). Patient's opinion can be used systematically to improve the organization of dental services to offer. Questionnaires and its applications is one of the most effective methods for detecting customer/user satisfaction levels, bearing in mind respect for the sensitivities and emotions that can leave some measure hidden or oversized. This study used SERVPERF scale (previously validated in private service companies) as a tool, the scale is based only on perceptions as a way to evaluate the quality, it researches only intangible dimensions. A sample of 405 people from a population universe of 48,746 was taken, allowing an error of 5% with a confidence level of 95% who answered a previously prepared survey at home. It was observed the perception of dental care of one of the most vulnerable groups of users. Another pilot study was also performed in another geographic region in order to study the results concordance. That showed the lowest score for the brochures and recipes with a 4.85 on a scale of 1 to 7, with 7 being the highest score. Score of 6.84 was assigned to the data collection system and a 4.91 for the other members of the health service. A 5.79 is the score earned by dentists who provide the service. The empathy proved to be the lowest average and different of all results ($p < 0.004$). In people with some kind of disabilities, the results showed greater deficiency in care with an overall average of 4.82, but found no statistically significant differences ($p > 0.05$). When comparing the attention of non-disabled

people with disabled people, all averages of the last ones were lower ($p < 0.05$). With all of these observations, it can be concluded that it is necessary to explain to the authorities, that although efforts in equipment and infrastructure are very useful, there must be a support for the growth of human capital, intangible element, that is an important complement to user satisfaction .

Keywords: Quality of services, intangible services, SERVPERF in a Public Service.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Atención y el Servicio en Salud.

Las condiciones de salud de la población presentan un desajuste en la demanda respecto a los servicios que la sociedad en su conjunto ofrece, esto indica que es necesario verificar y equilibrar la situación, y que requiere una permanente evaluación del estado de aceptación o rechazo de la atención prestada.

Los intentos de mejoramiento se efectúan a nivel de macro gestión, con ajustes de costos y eficiencia, basados en las pautas del libre mercado, en donde rara vez es considerado el sentir del demandante del servicio respecto de sus necesidades, expectativas y aprensiones como “consumidor”. No se visualiza claramente el cuidado que debe existir en la entrega de un bien con calidad.

La Salud Pública no permanece ajena al concepto de “calidad”, del latín *Qualitas* está asociado al atributo o propiedad, o conjunto de propiedades, inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie, sean estas personas, bienes o servicios. Esto indica que se trata de un término relativo, comparativo y competitivo. Todo esto en el marco científico y técnico alcanzado por la salud mundial, con las consideraciones del avance en conocimiento del comportamiento humano, sus organizaciones y las dificultades relativas a la distribución incorrecta de los recursos en globalidad.

La definición y medición de la calidad del servicio resulta compleja, no existiendo aun consensos claros y precisos. Las escalas utilizadas para su medición entrañan un problema no superado en la literatura. A esto debe agregarse las dificultades con respecto a las características diferenciales del

servicio, respecto a otras actividades sometidas a evaluación, tal como la **heterogeneidad, intangibilidad e inseparabilidad**.¹

Por **heterogeneidad** se entiende que un servicio no es igual en dos instancias efectuadas por el mismo operador, y con mayor razón si estos son diferentes. La **intangibilidad** es el obvio concepto de no poder ser palpado, tomado o dimensionado en forma física y, por último, la **inseparabilidad** significa que el servicio se produce y se consume en un mismo acto, por ende no se puede almacenar.¹

El trabajo para las personas que intervienen en el área de los servicios es difícil y desmoralizante. Los clientes, al no sentir satisfacción en el acto de consumir lo que se le entrega, pueden tener actitudes negativas. Las normas de la empresa pueden ser sofocantes al impregnarse de las reglas de la competitividad y de la productividad, que pretenden dar servicio a un gran número de clientes para mejorar la rentabilidad, con un resultado abrumador. La fatiga del final del día daría lugar a desequilibrios emocionales en quienes producen. El trabajo extra provocaría que los empleados sean menos eficientes debido al cansancio acumulado, aunque tengan la experiencia técnica necesaria para producir resultados óptimos. La descripción del “burnout” o incendio de los trabajadores de la salud fue presentado por J. Atance (1997), en una investigación, ratificando lo anteriormente señalado.²

En la evaluación de los servicios de Salud Pública, el Odontológico, es esencial para la elaboración de nuevas políticas y su aceptación siempre presenta dificultades por la necesaria consideración de los intangibles que forman parte de la calidad, como la satisfacción, accesibilidad, eficacia, efectividad, equidad y competencia. El desarrollo de cuestionarios y su aplicación es uno de los métodos más eficaces para la detección de los niveles de satisfacción del cliente/usuario, velando por el respeto a las sensibilidades y emociones que pueden dejar oculto o sobredimensionado algún indicador.

El incremento sustantivo experimentado por los costos de los servicios de atención a la salud y su creciente demanda, sin una contrapartida comparable con buenos resultados,³ hace imperativa la evaluación económica de las intervenciones que se realizan, sin alejarse del objetivo final que es la mejoría del estado de salud de la sociedad en general, teniendo en cuenta la optimización de los recursos para no otorgar a unos pocos lo mejor, sino lo óptimo a la mayoría.

En la declaración de principios del Ministerio de Salud de Chile se establece: La salud es un derecho universal consagrado en la Constitución Política de la República y su explicitación como un bien exigible por la población obliga al Estado a garantizar el acceso de todos los habitantes a prestaciones que aseguren su salud, con independencia de sexo, edad o condición socioeconómica. Y más adelante señala: garantizar la efectividad sanitaria y la eficiencia en la gestión para responder al derecho de los chilenos a la salud exige determinar y supervisar parámetros de calidad en relación con la infraestructura, equipamiento y personal vinculado a la atención integral de salud, acorde con la satisfacción de los usuarios, logrando la confianza en las prestaciones.⁴

Este planteamiento establece una relación de compromiso en el área de servicio y comercio, donde una parte se compromete a aportar un bien y otra debe recibirla a satisfacción. En el primero, el Estado debe desarrollar capacidades para cumplir su propósito, reduciendo gastos improductivos que generan niveles de salud inadecuados y conducentes a la desigualdad de oportunidades, menor productividad y competitividad, mayor pobreza y, en consecuencia, menor desarrollo económico del país. En cuanto al usuario, era común que definiera la salud como la ausencia de enfermedad: con la idea de una situación breve dentro de una secuencia de padecimientos, una percepción llena de vivencias colectivas pasadas.

En 1966, Georges Canguilhem,⁵ médico y filósofo, hizo observaciones sobre salud que tienen que ver con la concepción actual del usuario en la comunidad chilena: “la salud es la posibilidad de superar la norma que define lo momentáneamente normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir normas nuevas para situaciones nuevas”. Agrega que “la salud es un conjunto de seguridades para el presente y el futuro” en lo biológico y psicológico, para regular las posibilidades de reacción del individuo. “El hombre sólo se siente en buen estado de salud –tal es la salud – cuando más que normal –es decir adaptado al medio ambiente y a sus exigencias – se siente normativo, apto para seguir nuevas normas de vida.”⁵

Es indudable que el quehacer cotidiano va entrelazado al deseo de normalidad, de adaptación plena, o al menos satisfactoria, a las condicionantes que determinan la salud y que se presentan, mayoritariamente, reguladas por las políticas de salud pública.

En este contexto considerando dos situaciones, el Estado y el usuario, tras un mismo objetivo, que se relacionan por condiciones económicas y de satisfacción. Se visualiza la necesidad de que los Sistemas de Salud en Latinoamérica deben modificar sus estrategias a fin de optimizar recursos y elevar la calidad y la calidez de sus servicios y responder a las crecientes demandas de una sociedad más compenetrada en el anhelo de estar bien. Las instituciones relacionadas con la salud (Ministerio, Colegios Profesionales, Facultades Universitarias) proponen modificar el modelo de atención tradicional con el fin de ofrecer un servicio de óptima calidad en la atención, con los menores riesgos, y niveles profesionales óptimos, considerando los recursos existentes y la relación entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo,⁶⁻⁸ buscando la satisfacción del usuario.

Surge, entonces, un afán de percibir y evaluar en el entorno factores no fáciles de determinar o pesquisar, por su carácter de inmaterial o intangible, pero con relevancia en el resultado final de la entrega de un servicio. Son una

suma de detalles de costos bajos, que a fin de fortalecer otras estrategias, más relacionadas con la eficiencia, la productividad y el superávit, se descuidan y olvidan. Una palabra cálida, una sensación de apoyo y una mirada empática pueden transformar un momento de sufrimiento y angustia en un sentimiento de gratitud.

Es necesario determinar en el ámbito de la atención odontológica pública el valor de lo planteado anteriormente y con la perspectiva de la búsqueda de su mejoramiento y verificar la validez y readaptación de un instrumento de medición⁹ para estas percepciones de satisfacción usuaria.

A fin de determinar la calidad de un servicio, es correcto realizar una evaluación basada en las cosas tangibles o materiales. En el caso de un consultorio utilizando problemas de salud identificables, por ejemplo, la forma en que un médico o un equipo de ellos prestan atención, de manera rutinaria ante las enfermedades comunes, constituye un indicador de calidad y eficacia¹⁰ incluyendo control de costos.¹¹ Se observan los procedimientos médicos excesivos o inútiles como una forma de ineficacia económica.³

Al incorporar en la relación usuario-prestador condicionantes asociados a costos y precios, nos acerca, necesariamente, a una relación de tipo comercial con una concepción de “valor” en lo transado, donde aquello difícil de evaluar es el valor intangible, elemento que constituye una nueva corriente de investigación y conocimiento. Las empresas privadas gestionan el éxito para sus dueños tratando de lograr un superávit con un manejo cada día más restringido en los costos tangibles, buscando crecer a cuenta de los intangibles. El sistema público también puede y debe gestionar sobre lo mismo, pero pensado en la optimización de los recursos, con implantación de buenos y controlados sistemas de costo,¹² con un mejor ambiente de trabajo para el personal del área, cada vez más afectado por el stress de su actividad² y un usuario más contento y satisfecho por la atención. Esto último es el superávit del Servicio Público.

En la actualidad, el sistema de atención de salud enfrenta diversos problemas que atentan contra lo señalado anteriormente. Existe una elevación de costos – como consecuencia de los avances tecnológicos- que hacen onerosos los equipamientos y las medicinas, hay una disminución de la accesibilidad que se refleja en las listas de espera, y una creciente población de adultos mayores que demanda más atención.

Existen varios análisis sobre la determinación de costos en las prestaciones de servicios de salud. Donabedian¹³ dice que el valor, para una persona enferma de la mejoría de su estado de salud, indicado por el precio que la persona está dispuesta a pagar por su mejoría, depende de la relación entre utilidad de la salud y la de otros productos y actividades de la persona. Más adelante determina: “Los ingresos del paciente y sus preferencias por la salud influyen en las especificaciones de las estrategias óptimas de atención”.

Después de estas consideraciones recomienda que para una situación ideal de atención es mejor combinar los servicios, controlar su duración y hacerlos lo más eficiente posible generando el mayor incremento de salud con una cantidad específica o permisible de gastos. Se detiene en los conceptos de eficiencia clínica (son las estrategias de atención) y eficiencia productiva, el trabajo correcto de los componentes del servicio. Ejemplos negativos de lo último es que el hospital no esté totalmente ocupado, el laboratorio no informe oportunamente los resultados o el trabajo de profesionales altamente especializados en tareas no complejas. Otorga, este autor, una gran importancia a la eficiencia productiva como parte de la calidad del sistema que produce la atención. Hay aquí un primer indicador que muestra un componente distante al ejecutor técnico del servicio, que es determinante del grado de satisfacción del mismo.

El análisis de la literatura no muestra suficiente investigación en la búsqueda del grado de satisfacción del usuario basado en esta eficiencia productiva, que tenga que ver con lo intangible, y menos aún en el área de la

salud bucal.^{10 14} Por otra parte, los trabajos sobre reclamos por disconformidad del usuario son referidos a la eficiencia clínica; negligencias profesionales, mala praxis y falta de recursos materiales.^{15,16}

Sin embargo, evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario y basado en elementos intangibles, se está haciendo cada vez más frecuente y necesario para conocer el contexto en el que se aplican las políticas públicas y valorar sus repercusiones, el grado de aceptación o rechazo de los ciudadanos a los servicios, que son de y para ellos.¹⁷ Algo semejante a lo que ocurre en la empresa privada que se esfuerza para auscultar, atender y mantener a sus clientes completamente fidelizados. A través de entrevistas es posible obtener conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, recabando información que beneficia a la organización prestataria de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Es una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios, centrado en los intangibles, y a un costo relativamente bajo.¹⁸

1.2 La Atención de la Persona con Discapacidad.

Previendo la dificultad de detección de la calidad del servicio en el sistema público de atención en salud, junto a la variabilidad de la población que se somete a dicho sistema, la comisión guía de la presente tesis se interesó por la situación de las personas con discapacidad que viven en el sector del estudio, dado que se trata de un grupo social que está permanentemente postergado respecto al resto de la población por lo que se detectará su percepción de la satisfacción o no del servicio como un conjunto de análisis separado.

El término "discapacidad" fue aceptado por la Real Academia Española hace 10 años. Discapacidad significa "la disminución de una capacidad en algún área específica".

Otro aporte a la definición de discapacidad es la otorgada en el curso de Postgrado “Atención Odontológica Interdisciplinaria a Personas con Discapacidad” a cargo de la profesora de la Universidad Nacional de Córdoba Dra. Perla K. de Hidalgo y colaboradores quien dice que es: “toda persona que posee un daño de cualquier origen y como consecuencia padece una afección funcional permanente o transitoria física, psíquica o sensorial, que en relación a su edad y medio social implica desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”^{19 20} lo que coincide con lo expresado en la ley Nacional Argentina de Protección al Discapacitado N° 22431/1981.

Los estudios epidemiológicos muestran que los desórdenes psiquiátricos en niños y adolescentes son tan frecuentes como en los adultos. Las cifras de prevalencia encontradas en USA, Nueva Zelanda, Puerto Rico y Canadá entre los años 50 y 90 fluctúan entre 17,6% y 44,6%, con un promedio de alrededor del 20%. En algunos de ellos, se encontró comorbilidad hasta en el 40-50% de los casos.²¹

El Primer Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC) en Chile se aplicó durante el año 2004 con una metodología basada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad, y la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El estudio informó que 12,9% de la población chilena presentaban discapacidad, es decir, 2.068.072 chilenos vivían con algún grado de discapacidad, el 58,2% eran de sexo femenino. Uno de cada ocho chilenos tenía discapacidad y en 1 de cada 3 hogares había una persona con discapacidad.²²

Según los resultados de ENDISC 2004, más de la mitad de las personas con discapacidad en Chile se encuentra en la edad adulta, entre 30 y 64 años. Un 35% corresponde a adultos mayores, un 8% a jóvenes entre 15 y 29 años, un 5% a niños de 6 a 14 y sólo 1% a los menores de 6 años. En las zonas urbanas se concentra el 84% de las personas con discapacidad y en las rurales, el 16%. En el medio rural, el grado severo (personas que ven

gravemente dificultada la realización de sus actividades cotidianas) se presenta en forma ascendente, mientras que en la ciudad disminuye. Asimismo, en este ámbito la tasa de prevalencia supera el 15%, más de dos puntos porcentuales sobre la nacional. De este modo, mientras que en el ámbito rural 1 de cada 6 personas presenta discapacidad, en la ciudad 1 de cada 8.

Las personas con discapacidad duplican su frecuencia en poblaciones de condiciones socioeconómicas inferiores y uno de cada dos personas con discapacidad no ha completado la educación básica.²³

Por otra parte, las regiones que mayor porcentaje de personas con discapacidad tienen en relación a su población, son las del Maule (capital Talca) y Araucanía (capital Temuco), ambas con tasas que se aproximan al 18%. Por el contrario, la más baja la ostenta Punta Arenas (la Patagonia), con un 7%. En cuanto a la cantidad de personas con discapacidad, la Metropolitana y la región de Bio-Bio (capital Concepción) concentran la mitad del total del país.²² Es en esta última región donde se ubican las comunas de Talcahuano y San Pedro de la Paz, donde se efectuó el presente estudio.

Grados de discapacidad en Chile

Según los resultados de ENDISC 2004 los grados de discapacidad y el número de personas afectadas son:²²

Leve: 1.150.133 personas presentan alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria. A pesar de eso son independientes, no requieren apoyo de terceros y pueden superar las barreras del entorno.

Moderada: 513.997 personas presentan disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a necesitar apoyo en las labores básicas de autocuidado. Superan sólo algunas barreras del entorno, con dificultad.

Severa: 403.942 personas ven gravemente dificultada o imposibilitada la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo apoyo o cuidados de una tercera persona.

En Argentina, según la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (realizada en el período 2002/2003) existen al menos 2.200.000 personas con discapacidad, que según la distribución etaria un 41% de las mismas se manifiesta entre 15 y 64 años, etapa de la vida de mayor productividad laboral.¹⁹

A pesar de los datos otorgados por la encuesta ENDISC, en la actualidad existen muchos indicios preocupantes que señalan que ni el término ni la situación de la persona con discapacidad resultan plenamente satisfactorios para describir y comprender una de las manifestaciones de la vida. Es importante tener en cuenta ésta situación, porque afecta no sólo a las personas con discapacidad sino también a otros miembros de la sociedad, impidiendo una integración más plena en todos los aspectos de la actividad humana.²⁴

Sin embargo, la sociedad en su conjunto actúa en forma discriminatoria respecto a este grupo de personas, un claro ejemplo de lo anterior es que en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) donde se realizó el estudio no existe un programa para la atención de estos pacientes, siendo frecuentemente derivados a centros de mayor complejidad.

1.3 Los Intangibles.

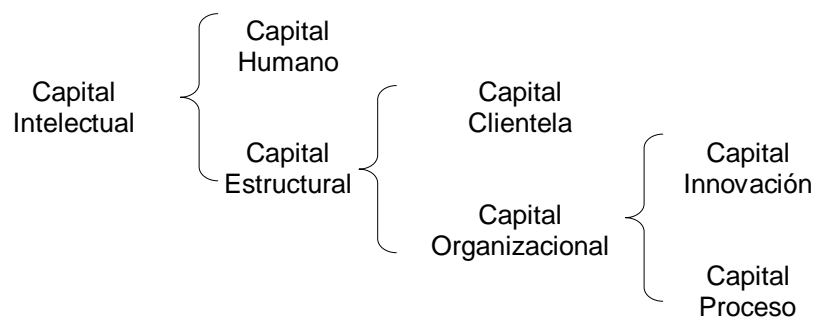
Los valores intangibles son parte importante del valor de mercado de las empresas, con dificultades innegables en su detección. Actualmente en contabilidad hay un desarrollo investigativo para conseguir un adecuado método de evaluación y ser incorporado correctamente para la determinación de la situación patrimonial. El valor de libros de una empresa se estima considerablemente más bajo que el valor de mercado, “esa” diferencia está dada por los intangibles.

En la literatura se utilizan también los términos “activos intangibles”, “capital intelectual”, “capital del conocimiento” o “activos intelectuales”, todos con igual significado.

La creación del valor no depende sólo de los activos físicos sino, también de los intangibles; por ello, identificarlos y estructurarlos son procesos necesarios para poder gestionar adecuadamente, mejorando aquellos de importancia en la generación del valor.

El activo intangible es creado, desarrollado y acumulado dentro de la organización, entre sus integrantes, por tal razón tiene un alto y complejo componente social. A medida que la organización crece en conocimiento y habilidades, crece este activo, aunque su percepción sigue siendo difícil por su marcado carácter tácito.

Para Edvinsson y Malone²⁵ (1997) el capital intelectual se divide en:



Capital Humano: Son las capacidades individuales, conocimientos, destrezas y experiencias de los empleados. Capta la dinámica, la creatividad e inventiva de la organización. Su desarrollo genera:

- Una mejor atención al cliente.
- Un personal más comprometido, cuidando los recursos y disminuyendo la ineficiencia.

- Un aumento de la productividad. Se genera con mayor libertad cuando hay confianza, que acelera los procesos. Existe más agilidad.

Capital Estructural: Es la infraestructura que incorpora, capacita y sostiene el capital humano. También es la capacidad organizacional que incluye los sistemas físicos usados para transmitir y almacenar el material intelectual. Incluye factores como calidad y alcance de los sistemas de informática, imagen de la compañía, bases de datos, conceptos organizacionales y documentación. Debido a que son numerosos sus componentes, se establecen tres tipos de capital:

- **Capital Organizacional:** Es la inversión de la compañía en herramientas, sistemas y filosofía competitiva que acelera la corriente de conocimientos a través de la organización lo mismo que hacia fuera, a los canales de abastecimiento y distribución.

Dentro de este capital organizacional encontramos los otros dos capitales restantes.

- **Capital Innovación:** Es la capacidad de renovación y los resultados de la innovación en forma de derechos comerciales protegidos, propiedad intelectual y otros activos intangibles; usados para crear y llevar rápidamente al mercado nuevos productos y servicios.
- **Capital Proceso:** Son los procesos de trabajo, técnicas (certificaciones) y programas para empleados que aumentan y fortalecen la eficiencia de manufactura o la presentación de servicios.

Capital Clientela: Son las relaciones con los clientes, tanto el proceso de la transacción de un producto como en el desarrollo de su fidelización mediante el servicio postventa.

Actualmente se trabaja esta área, capital cliente, en forma independiente como una tercera parte del capital intelectual, ya que se sugiere que las relaciones de una compañía con sus clientes son distintas de su trato con los empleados y los socios estratégicos, y que ésta es de importancia absolutamente central para el valor de la compañía.²⁶

Varias son las metodologías desarrolladas con el propósito de hacer mediciones del capital intelectual o intangible en las empresas basado en la calidad de los servicios, dentro de las cuales se destacan SERVQUAL, SERVPERF, BALANCE SCORECARD y el Modelo Europeo de Gestión de Calidad (EFQM).

El SERVQUAL

Es un instrumento resumido de escala múltiple, con un alto nivel de fiabilidad y validez, que las empresas pueden utilizar para comprender mejor las expectativas y percepciones que tienen los clientes respecto a un servicio. Los autores de este instrumento, Zeithaml, Parasuraman y Berry (1988) dejan en claro que se puede aplicar a una importante gama de servicio, señalan el largo proceso de gestación en su libro “Calidad Total de la Gestión de los Servicios”.²⁷ Desarrollaron 97 ítems que incluyeron 10 dimensiones de la calidad del servicio identificados en una fase exploratoria mediante trabajos grupales con usuarios. En sucesivos procesos de depuración fueron eliminándose los ítems que no discriminaban con precisión las percepciones en las empresas evaluadas. Análisis estadísticos y pruebas posteriores han dejado un instrumento de confirmada fiabilidad y validez de 22 ítems, con una reagrupación de las dimensiones en 5 criterios SERVQUAL, que permiten evaluar la calidad del servicio.

EL SERVPERF

Surge como resultado de las investigaciones realizadas por Cronin y Taylor (1992, 1994)²⁸ en 8 empresas de servicios. Basándose en una serie de cuestionarios contrastaron la medición de la calidad realizada mediante la discrepancia entre expectativas y percepciones de los consumidores y la realizada solamente con las percepciones de los mismos. Utiliza el mismo instrumento SERVQUAL, pero elimina las expectativas por ser distorsionadas por factores externos al servicio: la comunicación boca a boca, las necesidades personales, las experiencias pasadas y la comunicación externa de los proveedores o gestores del servicio.

La literatura de marketing anterior a lo planteado por Cronin y Taylor ofrecía un soporte considerable a la superioridad de la medida de la calidad del servicio basada simplemente en el desempeño.²⁹⁻³¹

El SERVPERF refleja con mayor exactitud la realidad del servicio prestado concluyendo que:

1.- La calidad del servicio es un antecedente de la satisfacción del cliente.

2.- La satisfacción del cliente tiene un efecto significativo en la intención de volver a utilizar el servicio.

3.- La calidad del servicio tiene menos efecto en la intención de utilización del servicio que la satisfacción del usuario.

Las expectativas son el componente del instrumento SERVQUAL que más controversias ha suscitado por los problemas de interpretación que plantea a los encuestados, suponen una redundancia ya que las percepciones

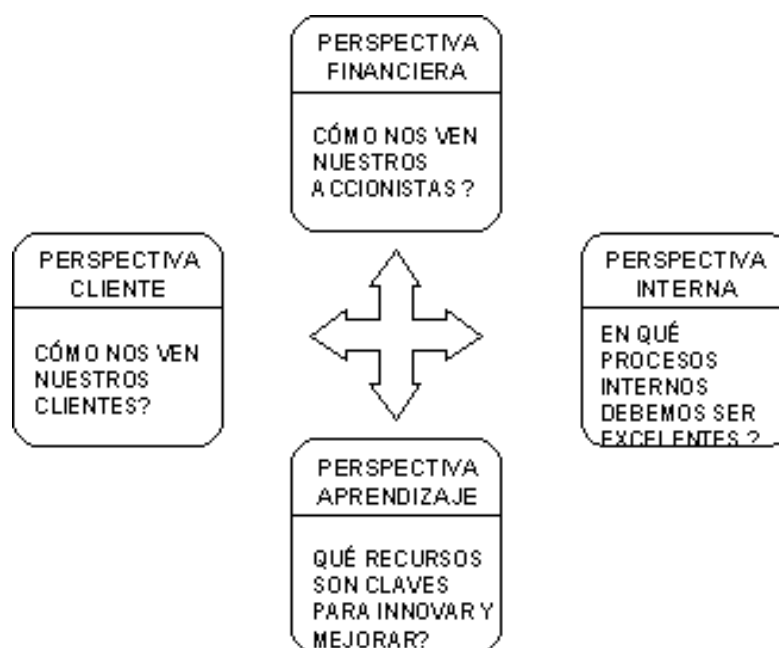
están influenciadas por las expectativas y por su variabilidad en los diferentes momentos de la prestación del servicio.

BALANCE SCORECARD

Se trata de complementar los indicadores financieros con los no financieros y lograr un balance de tal forma que la compañía puede tener buenos resultados en el corto plazo y construir su futuro, de esta manera la compañía será exitosa y cumplirá su misión, será una empresa donde todos quieran trabajar.

Es una forma integrada, balanceada y estratégica de medir el progreso actual y suministrar la dirección futura de la compañía que le permitirá convertir la visión en acción, por medio de un conjunto coherente de indicadores agrupados en cuatro diferentes perspectivas, a través de las cuales es posible ver el negocio (Figura 1). En todos ellos el componente humano y social es preponderante.³²

Figura 1: Perspectivas del Balance Scorecard



MODELO EUROPEO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Se basa en que la satisfacción del cliente, de los empleados y el impacto en la sociedad se consiguen mediante el liderazgo, en política y estrategia, gestión de personal, recursos y procesos, que llevan finalmente al éxito en los resultados empresariales.³³

1.4 Con los Intangibles, la Satisfacción del Usuario.

Las exigencias en la calidad por la prestación de los servicios de salud han ido evolucionando de tal forma que los clientes (pacientes de un hospital o consultorio) solicitan niveles de desarrollo científico-técnico acorde con la ciencia global y el progreso del país, como también con un fortalecimiento empático de las relaciones humanas: lo que lleva a una mayor comunicación y dedicación.³⁴

Los administradores de las entidades públicas gestionan activos intangibles, tanto o más que sus colegas de las empresas privadas, lo que justifica su creciente interés en los progresos del Capital Intelectual. Sin embargo, resulta difícil aplicar al sector público modelos diseñados para la empresa ya que los objetivos de las administraciones públicas difieren de los empresariales, como es el maximizar el beneficio o crear valor para el accionista,³⁵ sin embargo, extrayendo algunos elementos de las mediciones al sector privado, se pueden acondicionar para ser aplicados de manera más acotada a los propósitos de las instituciones públicas de salud, sin olvidar que una de las más grandes dimensiones del cuidado de la salud es la satisfacción del usuario,³⁶ lo cual determina la importancia en detectarla y trabajar luego para elevar sus niveles.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común,^{18, 36} así como el diseño de mecanismos para asegurar el proceso.³⁷ La satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento y adhesión a la consulta o proveedor de servicios; es un instrumento útil para evaluar los consultorios y los modelos de comunicación (por ejemplo posibles tomas de decisiones) y, por último, la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a entregar.³⁸

Se pueden hacer preguntas, teniendo claro que es una opinión acotada por los límites de las opciones de respuestas, verificando el grado de aceptación de innovaciones en los servicios, identificación de quejas de pacientes descontentos, facilitar la planificación futura en base a necesidades declaradas, dar un sentido cierto de participación en la gestión³⁹, disminuir las posibles réplicas de una atención deficiente ante una demanda legal. De la misma forma es posible evaluar los grados de desempeño a nivel de la organización, manteniendo la debida precaución por no conocer claramente la experiencia o conocimiento del usuario respecto a las condiciones técnicas de la atención.

Del conjunto de elementos que constituyen la satisfacción (del latín *satisfactio*: cumplimiento del deseo o del gusto), las expectativas son el aspecto que más influye en ella. Cuando ocurre lo que se esperaba, se produce satisfacción. La diferencia entre lo esperado de un determinado acto y lo recibido, es lo que otorga el nivel de satisfacción como resultado final,³⁸⁻⁴³ que es lo que se debe evaluar.

La atención sanitaria que genera satisfacción tiene un carácter multifactorial. Donabedian⁴⁴ los clasifica, para un mejor análisis, de la siguiente forma:

- **Componente o dimensión técnica:** es la expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta, los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza.
- **Componente o dimensión interpersonal,** expresión de la importancia de la relación paciente-profesional de salud;
- **Componente o dimensión correspondiente al entorno** y sus comodidades, expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla.

El mismo autor clasifica los métodos de análisis de la calidad de la asistencia observando las etapas de desarrollo del servicio:

- Análisis de la calidad de los medios: **evaluación de la estructura.**
- Análisis de la calidad de los métodos: **evaluación del proceso.**
- Análisis de la calidad de los resultados: **evaluación de los resultados.**

Una atención de calidad debe ser valorada y percibida a través de los condicionantes de la satisfacción del usuario como son: equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad y confortabilidad.⁴¹

1.5 Dimensiones de Calidad Percibida: Modelo SERVQUAL.

En la búsqueda de un modelo de evaluación de la calidad del servicio, convencidos que ésta genera rentabilidad, crea verdaderos clientes y produce eficacia, los autores Parasuraman, Zeithaml y Berry desarrollaron el SERVQUAL,²⁷ un instrumento que permite medir la calidad de un servicio en atención a la disparidad entre las expectativas y la satisfacción del cliente/usuario⁴⁵, usa una serie de variables que posibilitan una aproximación fiel y discriminada sobre las debilidades y fortalezas del servicio que se evalúe.

Estos autores definieron, desde la óptica de las percepciones de los clientes, que la calidad del servicio es: *“la amplitud de la discrepancia o diferencia que exista entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones.”*²⁷

Mediante numerosas sesiones de grupo con usuarios lograron identificar 10 dimensiones de la calidad del servicio, no necesariamente independientes una de otras, pero sin embargo consideradas exhaustivas y apropiadas para la valoración de una cantidad de servicios. Estas dimensiones son:²⁷

- 1. Accesibilidad.** Facilidad para establecer contacto físico o por teléfono con el consultorio o los profesionales. Tiempo de espera. Horarios.
- 2. Comunicación.** Comprensión del lenguaje. Escuchar. Pedir opinión al usuario y acompañante. Hacerles partícipe de los cuidados. Mostrar interés por el problema del paciente y acompañante, por hacerse entender, por sentirse comprendido.
- 3. Cortesía.** Amabilidad, consideración hacia el usuario y acompañante. Respeto.

4. **Competencia (profesionalidad).** Conocimiento y habilidades de los profesionales. Estar bien preparados y coordinados.
5. **Capacidad de respuesta.** Capacidad de responder a tiempo y con diligencia. Adaptación flexible a las demandas.
6. **Seguridad.** Percepción que tiene el acompañante principal sobre si al estar en contacto con los profesionales aumenta o disminuye la seguridad física de su enfermo. Libre de peligros o dudas.
7. **Tangibilidad.** Percepción sobre los recursos materiales que se disponen para el cuidado del paciente. Equipos y tecnología disponible para el cuidado del usuario. Imagen externa de los profesionales.
8. **Fiabilidad.** Exactitud. Realizar correctamente las cosas. No cometer errores.
9. **Credibilidad.** Implica confianza, honestidad, teniendo presente el interés del cliente.
10. **Comprensión.** Es la adecuación del servicio a las necesidades del cliente.

Con estudios complementarios Parasuraman, Zeithaml y Berry agruparon la escala en 5 factores o criterios: ²⁷

1. **Tangibilidad:** Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
2. **Fiabilidad:** Habilidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.

3. **Capacidad de respuesta:** Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.
4. **Seguridad:** Conocimiento y atención mostrado por los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza. Encierra las dimensiones profesionalidad, cortesía, credibilidad y seguridad.
5. **Empatía:** Atención individualizada que ofrecen las empresas a sus consumidores. Incorpora las dimensiones accesibilidad, comunicación, comprensión del usuario.

La figura 2 muestra la agrupación de las diez dimensiones anteriormente señaladas en cinco criterios.

Figura 2: Agrupación de las 10 Dimensiones en los 5 Criterios SERVQUAL

Dimensiones SERVQUAL	Criterios SERVQUAL				
	Elementos tangibles	Fiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía
Elementos tangibles					
Fiabilidad					
Capacidad de respuesta					
Profesionalidad					
Cortesía					
Credibilidad					
Seguridad					
Accesibilidad					
Comunicación					
Comprensión del cliente					

Para detectar estas dimensiones, el cuestionario SERVQUAL se organizó con 22 preguntas agrupándolas en los 5 criterios de la forma que se señala en la Tabla 1

Tabla 1: Representación de los Criterios SERVQUAL en el Cuestionario.

Criterio	Declaración
	Preguntas
Elementos tangibles	1 a 4
Fiabilidad	5 a 9
Capacidad de respuesta	10 a 13
Seguridad	14 a 17
Empatía	18 a 22

La medición se hace aplicando un doble cuestionario de 22 preguntas, uno que detecta las expectativas del usuario respecto al servicio a recibir y otro con similares consultas, detectando el grado de percepción de lo que ha recibido. Hay otra fase intermedia que permite ponderar la fuerza de un criterio respecto a otro desde el punto de vista del consumidor.

Como se ha señalado anteriormente, varios estudios han cuestionado la validez de la escala y han detectado problemas con la definición y operacionalización de la calidad de servicio como una diferencia entre expectativas y percepciones^{28, 45}. Entre las alternativas propuestas se destaca, por la difusión alcanzada, la realizada por Cronin y Taylor (1992, 1994)²⁸, quienes llegaron a la conclusión de que una medida basada sólo en las percepciones podría ser la forma más adecuada de evaluar la calidad de servicio, surgiendo así la escala denominada SERVPERF. Esta escala presenta menores problemas de validez y es más corta, haciendo más cómoda la contestación, ya que sólo tiene en cuenta las percepciones de los clientes.^{37,45,46} Eliminando los elementos distorsionadores de las expectativas como son la comunicación boca a boca, las necesidades personales, intermediarios externos al proveedor del servicio e interesados en el, y por último experiencias pasadas que puedan estigmatizar una nueva situación. En el presente estudio, debido a la argumentación señalada, se utilizó el

instrumento bajo la norma SERVPERF, que tiene presente lo expuesto y se basa en una encuesta aleatoria, que representa la concreción observable del constructo (variables que tienen lugar dentro de un esquema teórico) que está siendo evaluado. Esto se hace a través de la medición de los atributos en los que se fijan los clientes para evaluar y se les llama dimensiones. Con el estudio de las dimensionalidades se dispone de información relevante que le indica a la empresa en qué aspectos debe centrar los esfuerzos por mejorar su servicio.

La encuesta se puede aplicar visitando al usuario en el hogar, cuando éste acude al servicio, o bien por vía telefónica o correo. La más fidedigna es la entrevista o encuesta personal en su domicilio. El interrogatorio debe ser amplio para recabar toda la información en las áreas especificadas, será breve para no cansar o aburrir. Deben ser consultas fáciles de comprender y contestar por parte del encuestado, codificables y evaluables para someterlas a procedimientos estadísticos posteriores.

Los usuarios, en los establecimientos de salud, por lo general, aceptan la atención sin quejarse ni reclamar, esto es debido a que sus expectativas no son elevadas y a un deseo de establecer cierta empatía con el encuestador.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Objetivo General

Determinar la calidad de atención Odontológica Pública, basada en consideraciones intangibles, desarrollada por los usuarios registrados en Centros de Salud Familiar de Atención Primaria Urbana

2.2 Objetivos Específicos

- Aplicar la escala SERVPERF empleada en la medición de los servicios privados en un servicio odontológico público.
- Determinar el nivel general de satisfacción de los usuarios.
- Determinar el nivel de tangibilidad del servicio
- Determinar la fiabilidad del servicio
- Cuantificar el nivel de seguridad de los servicios.
- Determinar la capacidad de respuesta del servicio.
- Cuantificar el nivel de empatía del servicio.
- Determinar el nivel general de satisfacción de los usuarios por los sectores de atención del CESFAM
- Mostrar el nivel de valoración de cada uno de los criterios por sectores.
- Cuantificar el nivel general de aceptación del servicio por parte de padres/tutores de personas con discapacidad.
- Comparar el nivel general de satisfacción de los usuarios con el grupo de personas con discapacidad.
- Determinar en un estudio piloto en otra comuna la percepción general en las personas con discapacidad mediante el mismo instrumento.
- Comparar los resultados generales del estudio principal con el piloto.

3. MATERIAL Y MÉTODO.

3.1 Tipo de Estudio.

Se efectuará una investigación observacional, transversal y descriptiva realizada en personas atendidas en el servicio odontológico del Centro de Salud Familiar Higueras, dependiente del Hospital Higueras, Servicio de Salud de Talcahuano y en personas atendidas en un centro de salud pública de la Comuna de San Pedro de la Paz.

Para determinar la calidad del servicio de la atención odontológica pública basado en elementos intangibles percibidos por los usuarios de un centro de salud, cuya cobertura es de gran tamaño, se efectuó un muestreo por sectores poblacionales, considerando como unidad la familia, porque será encuestado sólo un usuario por hogar, aplicando un cuestionario diseñado para el efecto (Anexo 1) y basado en el sistema de medición SERVPERF. El encuestador fue previamente calibrado y adiestrado en la metodología y comunicación para este proceso.

Para la determinación de la muestra se realizó un estudio piloto con el objeto de obtener la varianza poblacional. Las encuestas se distribuyeron por sectores estratificados de la misma forma como está la población asignada al CESFAM y luego se incorporaron al total de encuestas de cada sector.

La aplicación de las encuestas se realizó en los hogares de las personas asignadas, teniendo la preocupación de efectuar una por hogar, la respuesta fue emitida por una persona mayor de 14 años habiendo obtenido previamente el consentimiento informado (anexo 2).

Los resultados del total de encuestas obtenidas se llevaron a una base de datos Excel verificando la plenitud de la información requerida. Posteriormente, con el programa computacional Infostat⁴⁷ se procesó la

información en busca de una descripción de la población en estudio mediante la determinación de promedios de las respuestas otorgadas a los criterios estudiados (Elementos Tangibles, Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad y Empatía) con un detallado desglose de cada una de las dimensiones SERPERF del cuestionario.

Con un segundo instrumento (anexo 1-b) se determinó el nivel de importancia que le asignan los encuestados a estos criterios.

Como variables independientes se consideró la edad, sexo, ocupación, nivel de estudios, sistema de atención, miembros del hogar y clasificación socio-económica.

Se estudió en un grupo de pacientes discapacitados el nivel de satisfacción usuaria determinado por los padres o tutores, con el objeto de visualizar si existen diferencias en las percepciones.

Para observar si los resultados obtenidos eran equivalentes en otro servicio, se realizó un estudio piloto en un centro de salud de una comuna vecina utilizando el mismo procedimiento descrito anteriormente.

3.2 Población de Estudio.

La cobertura del CESFAM Higuera es de 83.918 habitantes, de los cuales 48.746 están inscriptos, siendo éstos los beneficiarios reales de las atenciones otorgadas. El sistema de atención del servicio odontológico mantiene como vigente a las personas atendidas sólo los últimos tres años y fue sobre éste universo donde se hizo el estudio mediante una muestra aleatoria estratificada, cuidando el sesgo que podría ocasionarse por los grupos de atención prioritaria de los diversos programas de salud, así como las variables independientes sexo, edad, condición social y nivel educacional.

Fueron incluidos todos los pacientes, la única condición para contestar la encuesta era que la persona debía ser mayor de 14 años.

La circunscripción donde se encuentra el CESFAM está dividida en 5 sectores territoriales con una asignación de personas como se detalla a continuación en la Tabla 2

Tabla 2 Población Asignada al CESFAM Paulina Avendaño por Sectores.

SECTOR	S1			S2			S3			S4			S5			Total Masc	Total Fem	TOTAL
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T			
0 a 4	420	401	821	352	255	437	240	267	507	325	394	591	322	325	647	1659	1642	3301
5 a 9	518	533	1051	454	443	597	331	294	625	435	446	704	383	395	778	2121	2111	4232
10 a 14	557	535	1092	334	334	568	393	342	735	617	622	908	432	415	847	2333	2248	4581
15 a 19	439	434	873	362	362	524	278	313	591	510	479	807	373	393	766	1962	1981	3943
20 a 24	404	478	882	374	419	393	247	291	538	447	478	857	333	441	774	1805	2107	3912
25 a 29	330	496	826	270	352	422	168	304	472	379	601	703	248	470	718	1395	2223	3618
30 a 34	348	485	833	284	368	452	187	283	470	349	467	620	267	353	620	1435	1956	3391
35 a 39	410	544	954	329	382	511	271	345	616	328	464	613	279	467	746	1617	2202	3819
40 a 44	372	447	819	313	371	484	251	334	585	395	600	889	290	445	735	1621	2197	3818
45 a 49	246	348	594	261	314	375	199	251	450	336	570	836	264	413	677	1306	1896	3202
50 a 54	211	302	513	198	205	283	157	219	376	300	418	619	202	256	458	1068	1400	2468
55 a 59	231	325	556	148	171	219	131	147	278	208	326	453	122	197	319	840	1166	2006
60 a 64	220	258	478	109	135	164	95	129	224	142	245	324	141	195	336	707	962	1669
65 a 69	154	230	384	69	82	111	70	112	182	117	265	314	124	186	310	534	875	1409
70 a 74	130	165	295	73	98	136	71	106	177	170	302	435	130	167	297	574	838	1412
75 a 79	97	151	248	51	68	99	36	74	110	162	234	359	76	121	197	422	648	1070
80 y +	87	136	223	38	51	69	36	61	97	117	210	293	50	109	159	328	567	895
TOTAL	5174	6268	11442	4019	4410	8429	3161	3872	7033	5337	7121	12458	4036	5348	9384	21727	27019	48746
%	23.8	23.2	23.5	18.5	16.3	17.4	14.5	14.3	14.4	24.6	26.3	25.4	18.6	19.8	19.2			

Esta población corresponde a las 24.912 familias y los porcentajes de ellas por sectores se señalan en la tabla 3.

Tabla 3 Porcentajes de Familias Asignadas al CESFAM Paulina Avendaño por Sectores.

Sector	Población Total	%	Familias	%
S1	11442	23.5	5978	24.0
S2	8429	17.3	4460	17.9
S3	7033	14.4	3463	13.9
S4	12458	25.6	6127	24.6
S5	9384	19.2	4884	19.6
Total	48746	100.0	24912	100.0

Se consideró una escuela especial del mismo sector, donde las personas con discapacidad se atendían bajo el sistema público, aplicando la misma encuesta a 20 padres o tutores.

De acuerdo a los objetivos específicos del estudio se propone considerar el comportamiento de las respuestas en una comuna vecina, comparando la estabilidad de resultados, para lo cual se efectuó un estudio piloto en San Pedro de la Paz, con un total de 81 entrevistados usuarios del consultorio público, divididos en un grupo de 59 pacientes no discapacitados y 22 discapacitados, estos últimos de un colegio especial del sector.

Al igual que la situación del CESFAM Paulina Avendaño, se tomaron los resguardos bioéticos pertinentes al estudio. Se encuestaron a las personas, familiares de los atendidos, en una reunión de apoderados de curso de un colegio público y en los hogares; vale decir, no se efectuó en el centro de salud para evitar sesgos en las respuestas. Los criterios de inclusión fueron también los mismos.

3.3 Determinación del Tamaño de la Muestra.

El análisis que se hizo de los datos es una comparación de medias. Por cada individuo se obtendrán 5 medias, una para cada criterio SERVPERF. Como las respuestas son obtenidas del mismo individuo se trata de muestras pareadas (no independientes).

Para obtener el tamaño de muestra apropiado (n) para comparar dos medias en muestras pareadas es:

$$n = \left(z_{\alpha} + z_{\beta} \right)^2 \frac{\sigma_D^2}{\delta^2}$$

Donde: z_{α} = nivel de confianza (95%).

z_{β} = potencia de la prueba (80%)

σ_D^2 = varianza de la diferencia de medias.

δ = valor mínimo de la diferencia que se desea detectar (0,1 punto).

Como la varianza en la población es desconocida para obtener su valor se obtuvo una muestra piloto de 40 casos elegidos con un muestreo aleatorio simple y con tamaños proporcionales a la representación de cada estrato en la población. Ver distribución de la muestra piloto en la tabla siguiente.

Tabla 4 Distribución de la Muestra Piloto por Sectores Asignados al CESFAM Paulina Avendaño

Sector	Población Total	%	Muestra Piloto
S1	11442	23.6	9,4 ≈ 9
S2	8429	17.3	6,96 ≈ 7
S3	7033	14.4	5,76 ≈ 6
S4	12458	25.6	10,16 ≈ 10
S5	9384	19.2	7,68 ≈ 8
Total	48746	100.0	40

Se aplicó la encuesta a esta muestra y se obtuvo las medias para cada categoría (5 medias), luego se calculó la diferencia de medias (10 diferencias) y las varianzas de las diferencias σ_d^2 . El tamaño de muestra fue calculado para la mayor varianza detectada (0,46)

Aplicando la expresión anterior:

$$n = \left(z_\alpha + z_\beta \right)^2 \frac{\sigma_d^2}{\delta^2}$$

$$n = \left(1,96 + 0,842 \right)^2 \frac{0,46}{0,1^2}$$

$$n = 361,15$$

$$n \approx 362$$

El paso siguiente fue ajustar el tamaño muestral a las posibles pérdidas, debido a que en algunas oportunidades no hay personas en el hogar o no asisten al CESFAM, y se calcula:

$$n^* = n \frac{1}{1 - R}$$

Donde:

n = tamaño de muestra calculado.

R = proporción esperada de pérdidas (10%)

Aplicando la expresión anterior:

$$n^* = n \frac{1}{1 - R}$$

$$n^* = 362 \frac{1}{1 - 0,10}$$

$$n^* = 402,22$$

$$n^* = 403$$

Para redondear se utilizó un tamaño muestral de 405 familias en el estudio.

Las familias seleccionadas fueron obtenidas con un muestreo aleatorio simple, con representantes de los 5 sectores en que se divide la atención del CESFAM, con cantidades proporcionales al número de familias que pertenecen a cada uno de los sectores y la muestra piloto se incluyó en sus respectivos grupos.

3.4 Recolección de Datos.

El método utilizado para la recolección de datos fue la confección de una encuesta elaborada para la investigación. Las preguntas captan los tres componentes del desarrollo del servicio, en sus dimensiones técnica e interpersonal,⁴⁴ todas incorporadas en los cinco criterios del instrumento SERVQUAL, aplicado bajo la disposición del instrumento SERVPERF, apoyándose en cuestionarios y técnicas de consulta probadas en otros trabajos de medición de satisfacción a usuarios de servicios^{36,38-43,45,46,48-54} (Anexo 1)

3.5 Variables del estudio.

El cuestionario consta de variables descriptivas independientes: edad, sexo, ocupación, nivel de estudios, sistema de atención, miembros del hogar y clasificación socio-económica.

Las variables dependientes del estudio que componen el modelo y en el orden que se presentaron en el cuestionario se señalan en la tabla 5.

Las preguntas que representan las diferentes variables dependientes analizadas se ajustaron en un cuestionario semi estructurado SERVPERF que mide la satisfacción del usuario respecto del servicio,^{45, 49 -51} basándose en las mismas dimensiones de calidad del modelo SERVQUAL, con una escala de puntuación de formato tipo Likert, pero considerando sólo la percepción del servicio ya brindado. Se mantuvo el segundo cuestionario que mide la ponderación de un criterio respecto al otro en la atención recibida (Anexo 1-b) y para facilitar la respuesta del encuestado y evitar una mayor dispersión se le pide que asigne un valor de importancia de 1 a 5 a cada uno de ellos, siendo el 5 el más relevante.

Tabla 5 Dimensiones de la escala SERVQUAL

V1.	El equipamiento es moderno.
V2.	Las instalaciones físicas son visualmente atractivas y agradables.
V3.	Los empleados del consultorio tienen apariencia pulcra.
V4.	Los elementos de apoyo (folletos, recetas, etc.) son atractivos.
V5.	Se cumplen las fechas y horas predeterminadas.
V6.	Muestra el consultorio interés por sus problemas.
V7.	El servicio se realiza bien la primera vez.
V8.	Se concluyen los tratamientos en el tiempo programado.
V9.	Los registros están exentos de errores.
V10.	Información respecto al término de la atención.
V11.	El servicio es rápido y efectivo.
V12.	Los empleados están siempre dispuestos a ayudarlo.
V13.	Los empleados nunca están demasiados ocupados.
V14.	Sensación de seguridad.
V15.	El comportamiento de los empleados da confianza.
V16.	Los empleados son siempre amables.
V17.	Los empleados tienen conocimientos suficientes para contestar inquietudes.
V18.	Dan una atención individualizada.
V19.	Los horarios de trabajo son convenientes.
V20.	Los empleados le dan una atención personalizada.
V21.	Se preocupan por sus intereses.
V22.	Los empleados comprenden sus necesidades específicas.

Previamente, se explicó al usuario el carácter reservado y voluntario de la información. Se solicitó la firma del consentimiento informado, dejando una copia con agradecimientos. (Anexo 2)

Se efectuó en primer lugar un análisis de la consistencia interna del instrumento, que es un indicador de la fiabilidad o capacidad en el proceso de

medición, mediante la técnica Alfa de Cronbach que toma valores del 0 al 1 considerándose como excelente sobre 0,75.

En posteriores análisis estadísticos se realizaron comparaciones de medias para las poblaciones (Higuera, San Pedro, discapacitados y no discapacitados). En estas situaciones se aplicó la Anova no paramétrica de Friedman, que permite realizar comparaciones de dos o más medias en observaciones que provienen de la misma población (pareadas) y las comparaciones posteriores fueron realizadas con rangos.

Las no pareadas fueron a las poblaciones independientes Higuera y San Pedro. En este caso se realizó Anova de una vía y las comparaciones posteriores con Tukey.

Para determinar la correlación entre la percepción del paciente (variable numérica) y el grado de importancia de cada una de las dimensiones (variable no numérica) declaradas estas últimas en la segunda parte del cuestionario, se utilizó la prueba de correlación no paramétrica de Tau de Kendall, que es una medida de correlación que se basa en el orden de las observaciones y puede ser aplicada a observaciones no numéricas ordinales.

En todas las pruebas se consideró un nivel de significancia del 5% ($p=0,05$).

El análisis de los datos se efectuó con el programa Infostat,⁴⁷ versión 2007p, en algunos análisis específicos se utilizó el software R, versión 2.6.2. La base de datos se trabajó en Excel 2005.

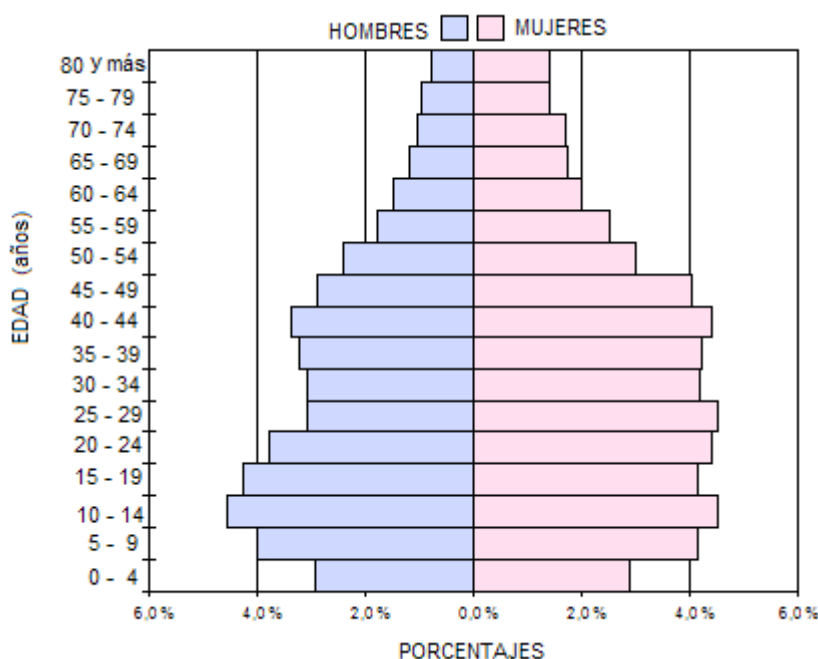
4. RESULTADOS

4.1 Caracterización de la Muestra.

La población total asignada al CESFAM es de 48.746 personas (junio del 2005) siendo 27.019 del sexo femenino y 21.727 masculino, representando un 55,43 % y un 44,57 % respectivamente.

La pirámide poblacional en la figura 3 muestra que la población envejece con una tendencia clara a invertir su sentido, lo que constituye una pirámide de transición demográfica. La tasa de natalidad de la comuna es de 14.5, siendo la nacional 15.23.

Figura 3 Pirámide Poblacional CESFAM Paulina Avendaño Junio 2005



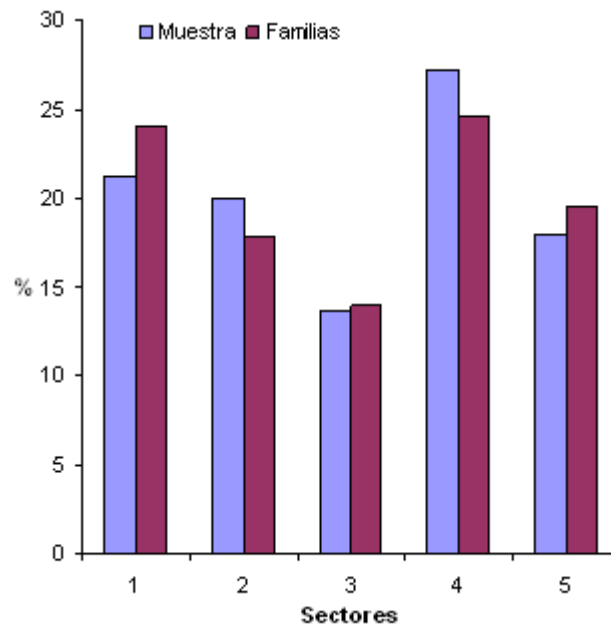
La muestra para el universo poblacional de 48.746 personas, con 95% de confianza y un error máximo de un 5%, es de 405 sujetos (cálculo descrito anteriormente), los cuales deben ser sólo uno por hogar.

La asignación de las encuestas, como se ve en la tabla 6, se hizo en base a los porcentajes señalados en la distribución de la población en la última columna de la tabla. La figura 4 indica la similitud entre el porcentaje de familias de cada uno de los sectores y la muestra asignada.

Tabla 6 Asignación de Encuestas del Muestreo por Sectores

Sector	Nº	%
S1	86	21.2
S2	81	20.0
S3	55	13.6
S4	110	27.2
S5	73	18.0
Total	405	100%

Figura 4 Porcentajes del Muestreo Asignado y Familias por Sectores



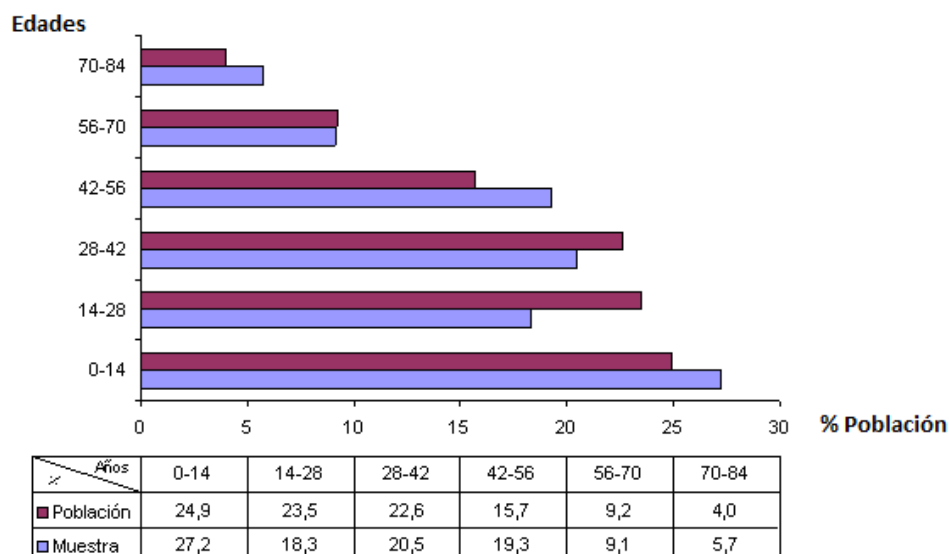
La distribución por género no será considerada en análisis estadístico, ya que las personas encuestadas fueron mayoritariamente mujeres por tratarse de una consulta a domicilio, en horario laboral y ser la madre, quien más se preocupa por la salud del núcleo familiar. Contestaron 405 encuestas 60 varones y 345 mujeres. La distribución de la encuesta por sectores y sexo se señala en la tabla 7.

Tabla 7 Distribución de las Encuestas por Sexo y Sectores

Sector	Sexo	
	Femenino	Masculino
S1	65	21
S2	72	9
S3	47	8
S4	95	15
S5	66	7
Totales	345	60
	405	

La distribución del universo poblacional y la muestra por edad se visualiza en el figura 5.

Figura 5 Distribución por Edades de la Muestra y Población de Estudio



Como el 27.2% de la muestra correspondían a menores de 14 años, lo cual no cumple con el criterio de inclusión, las respuestas fueron otorgadas por adultos mayores responsables que estuvieron presentes en el hogar, de esta forma el resultado definitivo de los encuestados por edad se señala en la tabla 8.

Tabla 8 Distribución de Porcentajes por Edades de Personas que Contestaron la Encuesta

EDADES	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
14 - 28	89	22.0	22.0
28 - 42	135	33.3	55.3
42 - 56	118	29.1	84.4
56 - 70	40	9.9	94.3
70 - 84	23	5.7	100.0
Total	405	100%	

El Sistema Previsional de Salud de los encuestados es mayoritariamente el Fondo Nacional de Salud (FONASA) de corte más público, social y solidario con un 91,1%; le siguen Otros (caja de las Fuerzas Armadas, por ejemplo) con un 4,4%. Un 3% no presenta previsión y sólo un 1,5% declara como su previsión el sistema privado Instituto de Salud Previsional (ISAPRE). El detalle por sectores se presenta en la Tabla 9

Tabla 9 Distribución del Sistema Previsional de las Personas que Contestaron la Encuesta.

PREVISION	SECTOR PROC	TOTAL	%
FONASA	S1	90	22,2
	S2	65	16,0
	S3	57	14,1
	S4	92	22,7
	S5	65	16,0
ISAPRE	S1	1	0,002
	S2	1	0,002
	S3	0	0
	S4	2	0,005
	S5	2	0,005
NO TIENE	S1	1	0,002
	S2	4	0,010
	S3	0	0
	S4	4	0,010
	S5	3	0,007
OTRO	S1	3	0,007
	S2	3	0,007
	S3	2	0,005
	S4	5	0,012
	S5	5	0,012

El detalle de las distintas actividades en las que se desarrollan las personas que sostienen los distintos núcleos familiares se señalan en la Tabla 10. La suma de jubilados y montepiadas (personas que reciben pensión de viudez) arrojan el mayor porcentaje con un 17.12%, lo cual habla de una población que envejece. Llama la atención las 24 personas que declaran ser sólo “dueña de casa”, actividad que no representa ingreso familiar. Si a las dueñas de casa (6.0 %) las sumamos a los porcentajes de cesantes y temporeros (6,6 % entre ambos) otorgaríamos al dato cesantes un valor de

12,6% que tiene relación con el nivel de desocupación de la comuna de Talcahuano que es ligeramente superior al 10%.

Tabla 10 Actividades declaradas por los sostenedores de los núcleos familiares encuestados

ACTIVIDADES	Nº	%	ACTIVIDADES	Nº	%
Jubilado	44	11,1	Guardia De Seguridad	3	0,8
Pesquera	35	8,8	Manipuladora De Alimentos	3	0,8
Empleado	32	8	Armada	2	0,5
Comercio	27	6,8	Artesana	2	0,5
Chofer	24	6	Estudiante	2	0,5
Dueña De Casa	24	6	Peluquera	2	0,5
Pensionado	24	6	Profesor	2	0,5
Auxiliar	18	4,5	Tecnólogo	2	0,5
Cesante	18	4,5	Asistente Social	1	0,3
Mecánico	13	3,3	Carpintero	1	0,3
Independiente	11	2,8	Con Licencia Medica	1	0,3
Electricista	10	2,5	Contratista	1	0,3
Asesora Del Hogar	9	2,3	Educación	1	0,3
Temporero	8	2	Gastronomía	1	0,3
Operador Maquinaria Pesada.	7	1,8	Ingeniero Mecánico	1	0,3
Industrial	6	1,5	Inspector Marítimo	1	0,3
Portuaria	6	1,5	Jefe Aseo	1	0,3
Asistente	5	1,3	Jefe Químico Industrial	1	0,3
Soldador	5	1,3	Judicial	1	0,3
Supervisor	5	1,3	Mueblista	1	0,3
Albañil	4	1	Músico	1	0,3
Ayudante	4	1	Panadero	1	0,3
Comerciante	4	1	Pintor	1	0,3
Pensión	4	1	Prensista	1	0,3
Secretaria	4	1	Técnico Computación	1	0,3
Administración	3	0,8	Técnico Fotocopiadora	1	0,3
ASMAR	3	0,8	Zapatero	1	0,3
Estructuras	3	0,8	TOTAL	397	

4.2.1. Calidad del Servicio (SERVPERF) en el CESFAM Paulina Avendaño.

En primer lugar, se verificó la confiabilidad de la escala de SERVPERF en su aplicación como instrumento de medida para la población estudiada. Para este efecto se utilizó el test estadístico Alpha de Cronbach el que generaliza la consistencia interna de la escala calculando la correlación existente entre todas las mitades posibles de una escala, esto a partir del cálculo del promedio de la correlación de las dimensiones que componen la escala.

Cuanto más cercano esté el valor del alpha de Cronbach a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems que componen el instrumento de medida. Al interpretar como un coeficiente de correlación, no existe un acuerdo generalizado sobre cuál debe ser el valor a partir de quien pueda considerarse una escala como fiable, lo común es seguir a quienes indican que si el alpha es mayor que 0,9 el instrumento de medición es excelente; en el intervalo 0,9-0,8, el instrumento es bueno; entre 0,8- 0,7, el instrumento es aceptable; en el intervalo 0,7- 0,6, el instrumento es débil; entre 0,6-0,5, el instrumento es pobre; y si es menor que 0,5, no es aceptable.

El criterio técnico es aceptar un Alpha de Cronbach superior a 0,75 como excelente. La tabla 11 señala el resultado obtenido en la muestra del estudio.

Tabla 11 Alpha de Cronbach en la Muestra Obtenida

Criterios SERVPERF	Consultorio Paulina Avendaño	
	No Discapacitados	Discapacitados
Tangibilidad (4 ítems)	0,661	0,580
Fiabilidad (5 ítems)	0,725	0,730
Capacidad de Respuesta (4 ítems)	0,677	0,772
Seguridad (4 ítems)	0,858	0,898
Empatía (5 ítems)	0,829	0,843
SERVQUAL (22 ítems)	0,925	0,923

Sólo en el ítem tangibilidad en los pacientes Discapacitados hubo una confiabilidad débil, sin embargo, a nivel general, y en los dos grupos estudiados, la confiabilidad es excelente.

En la tabla siguiente se muestran los promedios de los criterios basados en las respuestas otorgadas, tanto para los pacientes no discapacitados como los discapacitados en el CESFAM Paulina Avendaño, y el test de Student que compara las medias de ambos grupos en cada situación y la dirección que indica la comparación estadística.

Tabla 12 Diferencias entre la Valoración de las Percepciones de las Atenciones Otorgadas, a Pacientes no-Discapacitados y Discapacitados, en el CESFAM Paulina Avendaño.

Criterios SERVPERF	Estadísticos	CESFAM Paulina Avendaño		t-Student	Dirección
		No Discapacitados	Discapacitados	P< 0.05	PND >PD
Tangibilidad	Media	5.52	4.76	0,0023	PND >PD
	Desviación Estándar	1.03	0.46		
Fiabilidad	Media	5.67	5.10	0,0485	PND =PD
	Desviación Estándar	1.23	0.68		
Capacidad de Respuesta	Media	5.54	4.66	0,0024	PND >PD
	Desviación Estándar	1.23	0.75		
Seguridad	Media	5.70	5.12	0,0804	PND =PD
	Desviación Estándar	1.44	0.78		
Empatía	Media	5.35	4.52	0,0184	PND >PD
	Desviación Estándar	1.44	0.82		
SERVPERF (22 ítems)	Media	5.55	4.83	0,0039	PND >PD
	Desviación Estándar	1.03	0.59		
	N	405	20		

La percepción promedio general de la calidad del servicio recibido fue más que regular con un 5,55 con una desviación estándar de ± 1.03 para la población no discapacitada y de 4,83 y un D. E $\pm 0,59$ en discapacitados con un $v-p=0.0039$, existiendo diferencias estadísticamente significativas en la percepción de ambos tipos de usuarios.

La tabla anterior muestra que en los criterios Fiabilidad y Seguridad existe una relación similar en los dos tipos de pacientes, sin embargo en todos los otros criterios el servicio es percibido como de mejor calidad y con diferencias estadísticamente significativas en los pacientes no discapacitados.

La tabla siguiente muestra en detalle el promedio de las declaraciones en las 22 preguntas de la encuesta a pacientes no-discapacitados.

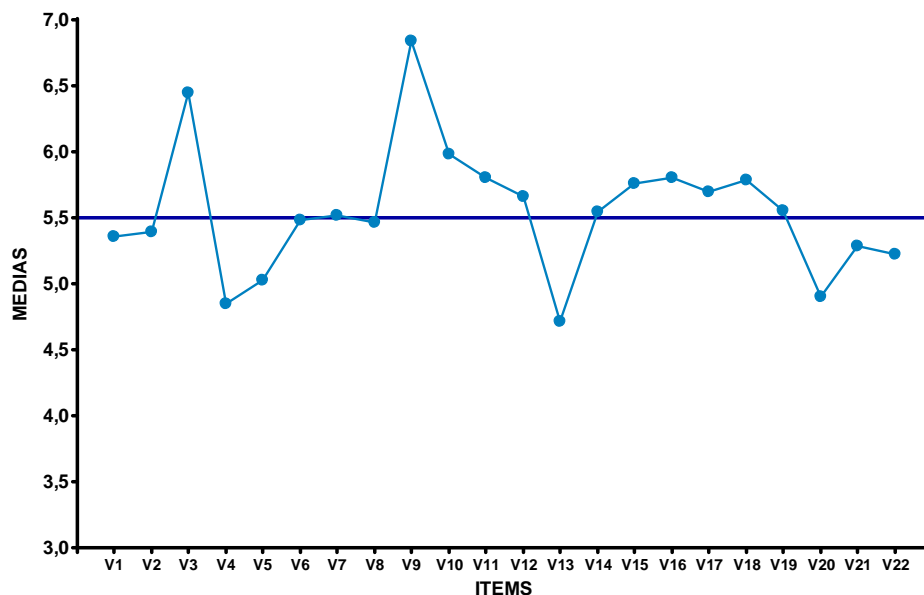
Tabla 13 Promedios de las Declaraciones a los 22 Ítems SERVPERF en Pacientes no Discapacitados Atendidos en el CESFAM
Paulina Avendaño.

Criterios SERVPERF	Dimensiones		Media
Tangibilidad	Equipamiento Moderno	V1	5.36
	Instalaciones Atractivas	V2	5.40
	Apariencia Pulcra y Limpia	V3	6.45
	Folletería Bonita-Atractiva	V4	4.85
Fiabilidad	Respetan Horas Predeterminadas	V5	5.02
	Interés por sus Problemas	V6	5.48
	Tratamiento Bien 1ª Vez	V7	5.52
	Concluyen Tiempo Programado	V8	5.46
	Datos Bien Registrados	V9	6.84
Capacidad de Respuesta	Informan Término Atención	V10	5.99
	Atención Rápida y Efectiva	V11	5.80
	Demás Funcionarios Ayudan	V12	5.66
	Demás Funcionarios Ocupados	V13	4.71
Seguridad	Da Seguridad la Atención	V14	5.54
	Dentista y Equipo Confianza	V15	5.76
	Son Siempre Amables	V16	5.80
	Conocimientos Suficientes	V17	5.70
Empatía	Dentista le Saluda y le Nombra	V18	5.79
	Horarios Adecuados al Suyo	V19	5.55
	Le Ubican los Miembros Consultorios	V20	4.91
	Interés por Usted	V21	5.28
	Comprenden sus Necesidades	V22	5.22
Promedio			5.55

En la tabla anterior los promedios más bajos y sin diferencias significativas entre ellos (Friedman valor $p < 0,0001$ y comparaciones múltiples) son “Demás funcionarios ocupados”, “Le ubican los miembros del consultorio” y “Folletería Bonita-Atractiva”. La ponderación más alta fue para “La labor del sistema administrativo” y en segundo lugar para la “Apariencia pulcra y limpia del centro de salud” (Friedman valor $p < 0,0001$ y comparaciones múltiples)

La figura 6 muestra en una línea azul el promedio 5,55 y su relación con las demás valoraciones de las respuestas a las 22 consultas del cuestionario.

Figura 6 Distribución de las 22 medias de las Respuestas Respecto al Promedio General. Pacientes no-Discapitados. CESFAM Paulina Avendaño.



4.2.2 La calidad del servicio (SERVPERF) en el CESFAM Paulina Avendaño en Pacientes Discapacitados.

El resultado de la tabulación de las declaraciones en 20 hogares en que había un paciente discapacitados atendidos por el sistema público, que vive y asisten a un colegio especial del sector, nos indica que la percepción general del servicio es más deficiente que para los demás pacientes obteniendo un promedio 4.8.

La “Folletería Bonita-Atractiva” y “Comprenden sus Necesidades”, en los criterios Tangibilidad y Empatía respectivamente, llevan la misma valoración y más baja que en los otros aspectos (Friedman valor $p < 0,0001$ y comparaciones múltiples).

Las ponderaciones más altas fueron, al igual que en el grupo de pacientes no discapacitados, para “La labor del sistema administrativo” y para la “Apariencia pulcra y limpia del centro de salud” (Friedman valor $p < 0,0001$ y comparaciones múltiples). Una visión global de las valoraciones otorgadas se muestra en la Figura 7 con línea recta horizontal roja con el promedio 4,8 y en la Tabla 14 están todos los valores obtenidos.

Figura 7 Promedio 22 Ítems SERVPERF en Pacientes Discapacitados atendidos en el CESFAM Paulina Avendaño

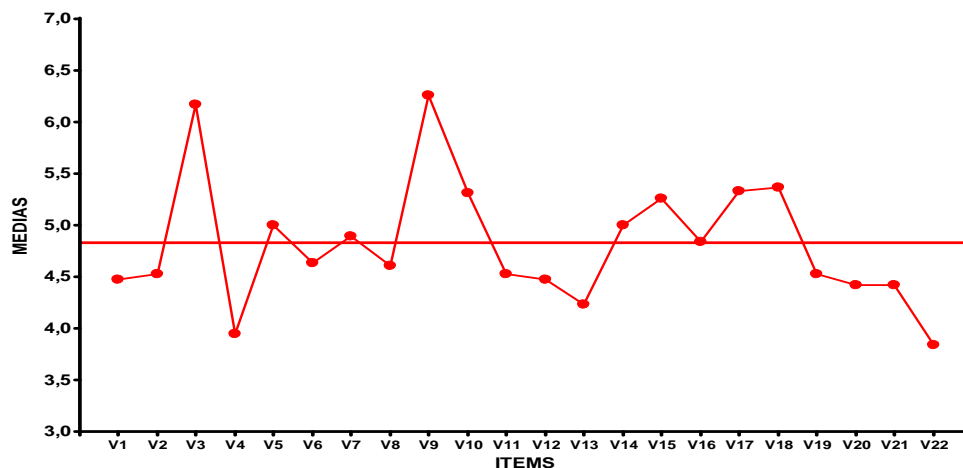


Tabla 14 Promedio 22 Ítems SERVPERF en Pacientes Discapacitados atendidos en el CESFAM Paulina Avendaño

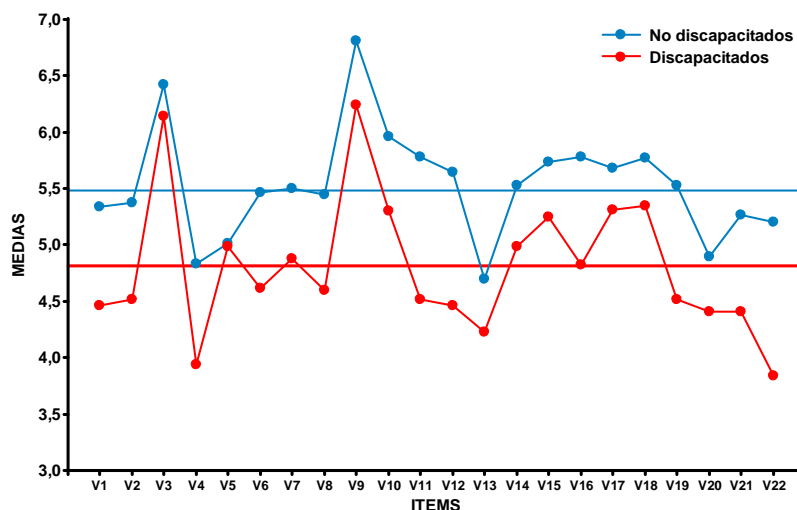
Criterios SERVPERF	Dimensiones		Media
Tangibilidad	Equipamiento Moderno	V1	4.47
	Instalaciones Atractivas	V2	4.53
	Apariencia Pulcra y Limpia	V3	6.17
	Folletería Bonita-Atractiva	V4	3.95
Fiabilidad	Respetan Horas Predeterminadas	V5	5.00
	Interés por sus Problemas	V6	4.89
	Tratamiento Bien 1ª Vez	V7	5.04
	Concluyen Tiempo Programado	V8	4.61
	Datos Bien Registrados	V9	6.26
Capacidad de Respuesta	Informan Término Atención	V10	5.32
	Atención Rápida y Efectiva	V11	4.53
	Demás Funcionarios Ayudan	V12	4.47
	Demás Funcionarios Ocupados	V13	4.24
Seguridad	Da Seguridad la Atención	V14	5.00
	Dentista y Equipo Confianza	V15	4.26
	Son Siempre Amables	V16	4.84
	Conocimientos Suficientes	V17	5.33
Empatía	Dentista le Saluda y le Nombra	V18	5.37
	Horarios Adecuados al Suyo	V19	4.53
	Le Ubican los Miembros Consultorios	V20	4.42
	Interés por Usted	V21	4.42
	Comprenden sus Necesidades	V22	3.84
Promedio			4.80

4.2.3 Atención a personas no- discapacitadas y discapacitadas en el CESFAM Paulina Avendaño.

Uno de los objetivos específicos del presente estudio es evaluar la atención en estos dos grupos. La figura siguiente señala con la línea azul la valoración del servicio por parte del común de los usuarios no discapacitados y la roja de los discapacitados. Se observa claramente la menor valoración que le otorgan, especialmente a las dimensiones que reflejan la empatía.

Se averiguó además que no existe un comportamiento similar (paralelo) entre ambos grupos de estudio con una comparación de los 22 perfiles multivariados (valor $p = 0.01938229$) y tampoco se encontró paralelismo al hacer este análisis separado por los 5 criterios SERVPERF (valor $p < 0.001$)

Figura 8 Promedios no-Discapacitados versus Promedios de Discapacitados en CESFAM Paulina Avendaño



La tabla siguiente muestra los promedios de la evaluación a la atención de no discapacitados y discapacitados pertenecientes al CESFAM Paulina Avendaño, pero separada por criterio SERVPERF su comparación nos muestra que en todos los criterios los promedios de valoración de la atención efectuada por familiares de discapacitados fueron significativamente inferiores ($p < 0,05$). En el primer grupo destacan los valores de la Empatía y Tangibles como menores del promedio, siendo la primera quien posee estadísticamente diferencias significativas respecto a todos los demás promedios (Friedman $p < 0,0001$) y con el valor más bajo, sin embargo en el grupo de los discapacitados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre los promedios de los criterios.

Tabla 15 Promedios obtenidos por Criterios SERVPERF a pacientes no discapacitados y discapacitados atendidos en el CESFAM Paulina Avendaño

Criterios SERVPERF	No discapacitados	discapacitados
Tangibles	5.52	4.79
Habilidad del Servicio	5.66	5,10
Capacidad De respuesta	5.54	4,68
Seguridad del Servicio	5.70	5,15
Empatía	5.35	4,58
Total	5.55	4,79

Como el interés de este estudio es realizar una valoración empírica de los elementos intangibles y dentro de los 22 ítems existen algunos que se observan más puramente que otros, se realizó una fusión de los criterios SERVPERF en las respuestas de los pacientes del CESFAM Paulina Avendaño y verificando mediante el test de Student su comportamiento en los dos grupos. La tabla 16 muestra la fusión efectuada.

Tabla 16. Fusión de Criterios SERVPERF

Criterios SERVPERF	Fusión
Tangibles	Estructura
Habilidad del Servicio	Proceso
Capacidad De respuesta	
Seguridad del Servicio	Intangibilidad
Empatía	

La valoración para los tres criterios fusionados fue siempre inferior en el grupo de discapacitados. Los valores p para el test t-Student se encuentran en la siguiente tabla.

Tabla 17 Diferencias entre la Valoración, Bajo Criterio SERVPERF Fusionado, de las Percepciones de las Atenciones Otorgadas a Pacientes no Discapacitados y Discapacitados, en el CESFAM Paulina Avendaño.

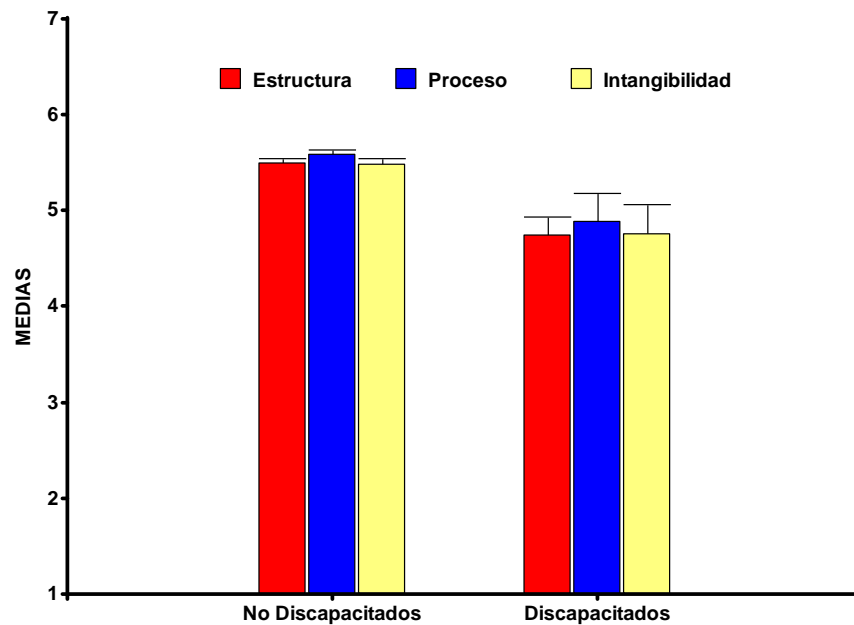
Criterios SERVPERF Fusionados	Estadísticos	Consultorio Paulina Avendaño		t-Student P < 0.05	Dirección PN > PD
		No Discapacitados	Discapacitados		
Estructura	Media	5,52	4,76	0,0023	PN > PD
	Desviación Estándar	1,03	0,46		
Proceso	Media	5,61	4,90	0,0071	PN > PD
	Desviación Estándar	1,10	1,31		
Intangibilidad	Media	5,50	4,78	0,0232	PN > PD
	Desviación Estándar	1,35	1,33		
SERVQUAL (22 ítems)	Media	5,55	4,83	0,0039	PN > PD
	Desviación Estándar	1,03	0,59		
	N	405	20		

Para comparar los criterios dentro de cada grupo se aplicó la prueba t de Student para muestras pareadas.

En el grupo de discapacitados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre los tres nuevos criterios.

En el grupo de no-discapacitados el criterio mejor ponderado fue Proceso ($p < 0,05$), en los criterios Estructura y Proceso no se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$)

Figura 9 Criterios SERVPERF fusionados de las percepciones de las atenciones otorgadas a pacientes no discapacitados y discapacitados, en el CESFAM Paulina Avendaño.



Con el análisis efectuado mediante la fusión de los criterios y en la búsqueda de una intangibilidad más pura se observó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre las dos formas de agrupar los ítems, lo que refleja el grado de intangibilidad similar de todo el instrumento.

4.3 La calidad del Servicio (SERVPERF) Estudio Piloto en San Pedro de la Paz.

Las variables sociodemográficas no se consignan en detalle en el presente trabajo, pero son similares al del estudio principal. Se trata de una población de estrato social bajo y que requiere de su CESFAM para solucionar sus problemas de salud.

4.3.1 Los 22 Ítems en San Pedro de la Paz.

Tal como se efectuó en las encuestas del CESFAM Paulina Avendaño, en el estudio piloto, se verificó la confiabilidad de la escala de SERVPERF en su aplicación como instrumento de medida para la nueva población estudiada mediante el alpha de Cronbach. Los resultados arrojados muestran que mayoritariamente los valores se encuentran en el intervalo 0,9-0,8 que indica que el instrumento de medición tiene confiabilidad alta. Para los 22 ítems el intervalo es superior a 0,9 lo que indica que el instrumento es excelente.

El detalle de los valores obtenidos se señala en la tabla 18

Tabla 18 Alpha de Cronbach del Estudio Piloto

Criterios SERVPERF	Consultorio San Pedro	
	No- discapitados	Discapitados
Tangibilidad (4 ítems)	0,796	0,828
Fiabilidad (5 ítems)	0,893	0,845
Capacidad de Respuesta (4 ítems)	0,870	0,834
Seguridad (4 ítems)	0,924	0,868
Empatía (5 ítems)	0,908	0,885
SERVPERF (22 ítems)	0,970	0,957

Los resultados por criterios se muestran en la tabla 18 y el análisis preliminar indica un CESFAM mal evaluado comparado con el del estudio principal y sin diferencias estadísticamente significativas entre la atención a pacientes no discapacitados y discapacitados.

Tabla 19 **Diferencias entre la Valoración de las Percepciones de las Atenciones Otorgadas, a Pacientes no Discapacitados y Discapacitados, en el CESFAM San Pedro de la Paz.**

Criterios SERVPERF	Estadísticos	Consultorio San Pedro de la Paz		t-Student	Dirección
		No Discapacitados	Discapacitados	P < 0.05	PN > PD
Tangibilidad	Media	4,59	4,78	0,5640	PN = PD
	Desviación Estándar	1,33	1,37		
Fiabilidad	Media	4,94	4,49	0,2724	PN = PD
	Desviación Estándar	1,64	1,62		
Capacidad de Respuesta	Media	4,74	4,55	0,6564	PN = PD
	Desviación Estándar	1,61	1,79		
Seguridad	Media	5,00	4,68	0,4497	PN = PD
	Desviación Estándar	1,69	1,73		
Empatía	Media	4,60	4,19	0,3331	PN = PD
	Desviación Estándar	1,62	1,81		
SERVPERF (22 ítems)	Media	4,77	4,54	0,5275	PN = PD
	Desviación Estándar	1,46	1,53		
	N	57	22		

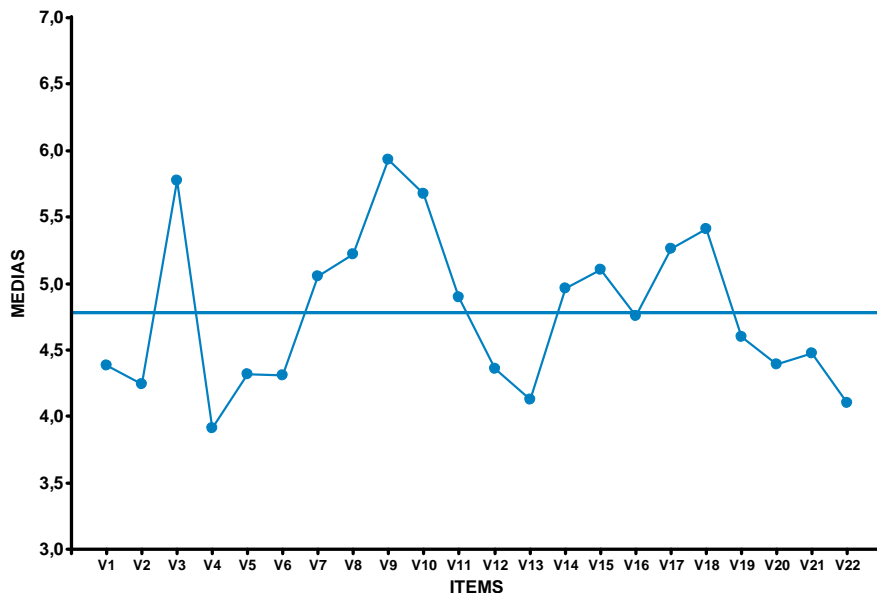
Considerando el detalle de las respuestas a las 22 dimensiones se observa que el ítem la “Folletería Bonita-Atractiva” es la que tiene más baja valoración junto con “Demás funcionarios ocupados” y “Comprensión a sus necesidades”. Las ponderaciones más altas y sin diferencias entre ellas son “Apariencia Pulcra y Limpia”, “Informan término de Atención” y “Datos Bien

Registrados” (Friedman valor $p < 0,0001$ y comparaciones múltiples). Ver detalles en tabla 20 y la figura 10.

Tabla 20 Promedios de las Declaraciones a los 22 Ítems SERVPERF en Pacientes no Discapacitados Atendidos en San Pedro de la Paz.

Criterios SERVPERF	Dimensiones		Media
Tangibilidad	Equipamiento Moderno	V1	4.39
	Instalaciones Atractivas	V2	4.25
	Apariencia Pulcra y Limpia	V3	5.77
	Folletería Bonita-Atractiva	V4	3.91
Fiabilidad	Respetan Horas Predeterminadas	V5	4.32
	Interés por sus Problemas	V6	4.31
	Tratamiento Bien 1ª Vez	V7	5.06
	Concluyen Tiempo Programado	V8	5.22
	Datos Bien Registrados	V9	5.93
Capacidad de Respuesta	Informan Término Atención	V10	5.67
	Atención Rápida y Efectiva	V11	4.89
	Demás Funcionarios Ayudan	V12	4.36
	Demás Funcionarios Ocupados	V13	4.12
Seguridad	Da Seguridad la Atención	V14	4.96
	Dentista y Equipo Confianza	V15	5.11
	Son Siempre Amables	V16	4.75
	Conocimientos Suficientes	V17	5.26
Empatía	Dentista le Saluda y le Nombra	V18	5.41
	Horarios Adecuados al Suyo	V19	4.60
	Le Ubican los Miembros Consultorios	V20	4.39
	Interés por Usted	V21	4.47
	Comprenden sus Necesidades	V22	4.11
Promedio			4.78

Figura 10 Distribución de las Declaraciones a los 22 Ítems SERVPERF en Pacientes Atendidos en San Pedro de la Paz.



4.3.2 Los 22 Ítems en San Pedro de la Paz en Pacientes Discapacitados

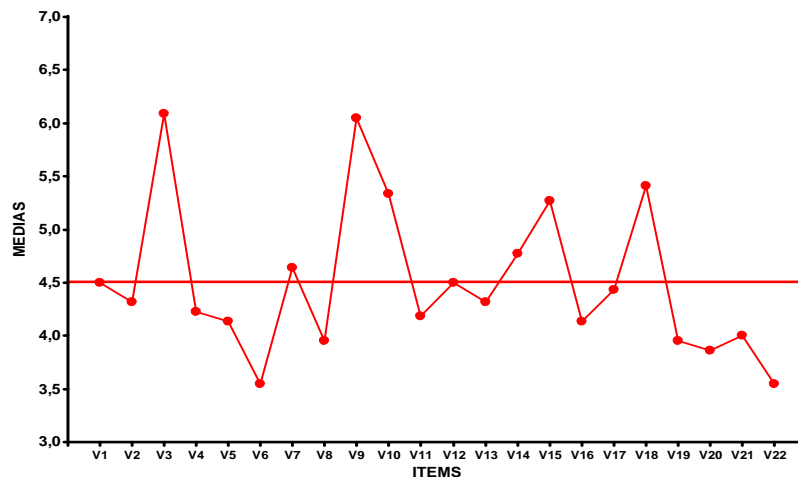
La situación representada por las respuestas de los discapacitados en esta comuna se indica en la tabla 21 y figura 11.

Este consultorio es comparativamente mal evaluado con el del estudio en el CESFAM Paulina Avendaño, el promedio general es 4,51, pero se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de las respuestas a las 22 dimensiones (Friedman $v-p < 0,0001$). Al efectuar comparaciones múltiples se observa que las diferencias están dadas por las respuestas a “Interés por sus problemas” que tiene la más baja valoración junto con “Comprensión a sus necesidades” y las ponderaciones más altas y sin diferencias estadísticas entre ellas “Apariencia Pulcra y Limpia”, “Informan término de Atención” y “Datos Bien Registrados”. La figura 11 muestra claramente lo anterior.

Tabla 21 Promedios de las Declaraciones a los 22 Ítems SERVPERF en Pacientes Discapacitados Atendidos en San Pedro de la Paz.

Criterios SERVPERF	Dimensiones		Media
Tangibilidad	Equipamiento Moderno	V1	4.50
	Instalaciones Atractivas	V2	4.32
	Apariencia Pulcra y Limpia	V3	6.09
	Folletería Bonita-Atractiva	V4	4.23
Fiabilidad	Respetan Horas Predeterminadas	V5	4.14
	Interés por sus Problemas	V6	3.55
	Tratamiento Bien 1ª Vez	V7	4.64
	Concluyen Tiempo Programado	V8	3.95
	Datos Bien Registrados	V9	6.05
Capacidad de Respuesta	Informan Término Atención	V10	5.33
	Atención Rápida y Efectiva	V11	4.18
	Demás Funcionarios Ayudan	V12	4.50
	Demás Funcionarios Ocupados	V13	4.32
Seguridad	Da Seguridad la Atención	V14	4.77
	Dentista y Equipo Confianza	V15	5.27
	Son Siempre Amables	V16	4.14
	Conocimientos Suficientes	V17	4.43
Empatía	Dentista le Saluda y le Nombra	V18	5.41
	Horarios Adecuados al Suyo	V19	3.95
	Le Ubican los Miembros Consultorios	V20	3.86
	Interés por Usted	V21	4.00
	Comprenden sus Necesidades	V22	3.55
Promedio			4.51

Figura 11 Distribución de las Medias de los 22 Ítems SERVPERF en Pacientes Discapacitados Atendidos en San Pedro de la Paz.



4.3.3 Atención a pacientes no- discapacitados y discapacitados en San Pedro de la Paz.

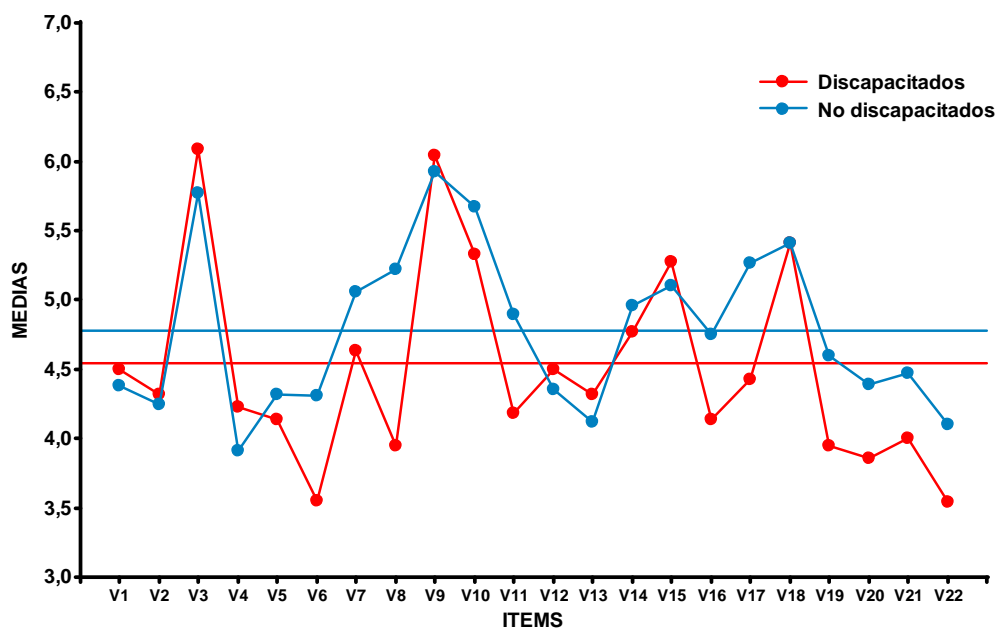
La situación entre los pacientes no-discapacitados y los discapacitados de la comuna de San Pedro de la Paz, al igual que en el CESFAM Paulina Avendaño, se verifica su nivel de satisfacción con el servicio recibido bajo el prisma de los familiares de los usuarios discapacitados.

Se observa una notoria caída en la nota de la demostración de interés por sus problemas (3,55), comprenden sus necesidades (3,55) y si concluyen en el tiempo programado (3,95). En resumen, cuatro de las cinco valoraciones de **empatía** están bajo el promedio, siendo la más alta la relacionada con el profesional.

En la figura 12 se muestra que no existe una relación similar o comportamiento paralelo entre ambos grupos de estudio en una comparación de los 22 perfiles multivariados con un $v-p = 0.001338278$, vale decir, el

servicio es similar para todos, pero más deficiente para el paciente discapacitado, pero si se encontró un paralelismo, al hacer este análisis por los cinco criterios, en el de Empatía (valor $p = 0.3803855$). Existe una clara tendencia deficitaria, desde este punto de vista, para todos los usuarios.

Figura 12 Distribución de las 22 medias de las Respuestas en no Discapacitados y Discapacitados de San Pedro



La tabla 22 muestra los promedios de la evaluación a la atención de no discapacitados y discapacitados pertenecientes a la comuna de San Pedro de la Paz del estudio piloto separados por criterio SERVPERF.

En el grupo pacientes no-discapacitados se encontraron diferencias estadísticamente significativas de las medias de los criterios (Friedman $v-p > 0,0002$) Al realizar comparaciones posteriores se observa que los promedios Habilidad del Servicio y Seguridad son los mejores evaluados (sin diferencias estadísticas entre ellos) y diferentes a los otros tres criterios ponderados más bajos y que no presentan diferencias estadísticas entre ellos.

En las medias de los criterios de los pacientes discapacitados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos (Friedman $p=0,1132$).

A pesar que se puede observar en todos los promedios más baja valoración de las medias de los criterios SERPERF por parte de los pacientes discapacitados se determinó en la comparación, mediante el test de student, que estas diferencias no eran estadísticamente significativas ($v-p>0,2724$).

Tabla 22 Promedios obtenidos por Criterios SERPERF entre no Discapacitados y Discapacitados Atendidos en San Pedro de la Paz.

Criterios SERPERF	No- discapacitados	discapacitados
Tangibles	4,59	4,78
Habilidad del Servicio	4,94	4,49
Capacidad De respuesta	4,74	4,55
Seguridad del Servicio	5,00	4,68
Empatía	4,60	4,19
Total	4,77	4,54

Las únicas diferencias encontradas en el grupo de San Pedro están en algunos de los 22 factores principalmente, como se señaló anteriormente, los del criterio empatía.

Al analizar los perfiles de los pacientes no discapacitados en las dos comunas encontramos que no son paralelos con $v-p = 0.01834988$, sin embargo los de los discapacitados si lo son ($v-p = 0.5878593$). Esto nos muestra que hay un grupo de discapacitados que tiene una atención “diferente”

a la que se le otorga a los demás y esto es en el CESFAM Paulina Avendaño. La imagen de lo señalado está en las figuras siguientes.

Figura 13 Distribución de las 22 medias de las Respuestas en Pacientes no Discapacitados atendidos en CESFAM Paulina Avendaño y en San Pedro.

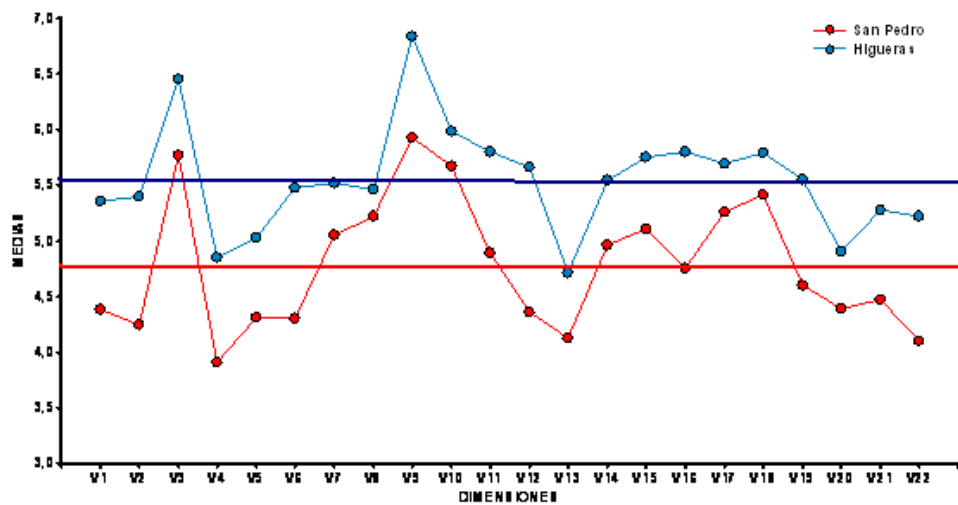
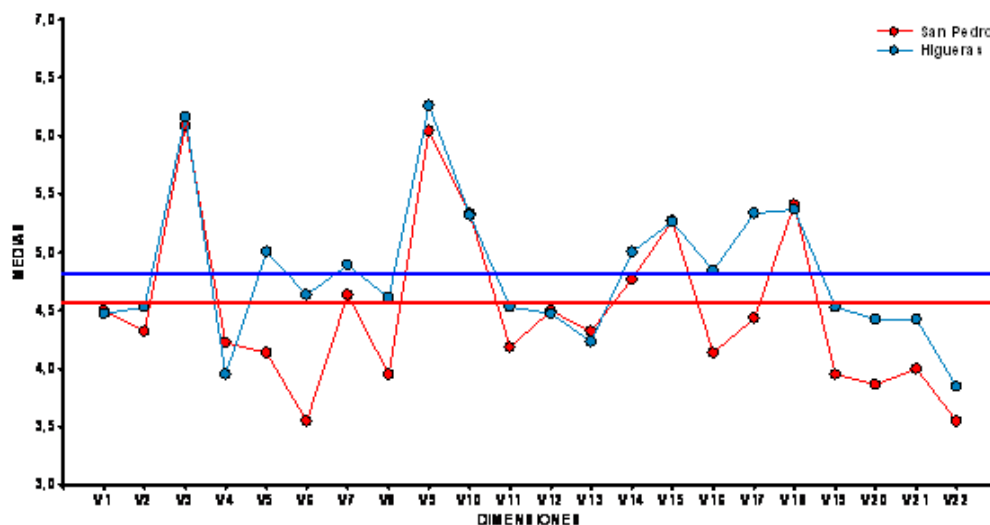


Figura 14 Distribución de las 22 medias de las Respuestas en Pacientes Discapacitados atendidos en CESFAM Paulina Avendaño y en San Pedro.



4.4 Resultados de Cada Uno de los Cinco Criterios SERVPERF.

4.4.1 En pacientes no-discapacitados del CESFAM Paulina Avendaño.

Al hacer la separación de las declaraciones de acuerdo a los criterios que se pesquisan se observa que en la visión **Tangible**, sin el respaldo técnico de las consideraciones tangibles del servicio, posee la más alta valoración en el aspecto de la pulcritud y limpieza del consultorio con un 6.45.

Los usuarios valoran mal (4,85) los elementos de apoyo, como folletos, instrucciones, recetas e informativos en general, desde el punto de vista si son atractivos, bonitos o llamativos.

El equipamiento y las instalaciones reciben una aceptación menor que el promedio general de las respuestas.

El conjunto de las valoraciones que perciben los encuestados desde el punto de vista de los tangibles de los servicios se observan en la Tabla 23

Tabla 23 Promedios de las Declaraciones sobre el Criterio Tangibles del Servicio en Pacientes no-Discapacitados. CESFAM Paulina Avendaño.

Tangibles del Servicio		Media	Error Estándar
Equipamiento Moderno	V1.	5.36	0.07
Instalaciones Atractivas	V2.	5.40	0.07
Apariencia Pulcra y Limpia	V3.	6.45	0.05
Folletería Bonita-Atractiva	V4.	4.85	0.10
Promedio		5.52	0.05

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las 4 dimensiones que constituyen este criterio (Friedman $p < 0,001$). Con las

comparaciones posteriores por rango se obtuvo que el mejor ponderado fue V3 y el más bajo V4, por su parte V1 y V2 no presentan diferencias estadísticamente significativas.

En la información recabada sobre el criterio la **Fiabilidad o Confianza** en el servicio recibido se encuentra la nota más alta de todos los promedios con un 6.84 y corresponde al trabajo de registro de los datos, labor netamente administrativa. Las demás respuestas están todas bajo el promedio general destacando el no respeto por las horas predeterminadas con un 5.02. Existe una baja percepción en el interés que tienen los miembros del consultorio por sus problemas con un solo 5.48. Las diferencias son estadísticamente significativas (Friedman $p < 0,0001$) y las comparaciones posteriores establecen que entre V6, V7 y V8 no existen diferencias estadísticamente significativas, siendo si diferentes a los otros dos valores.

El detalle de esta dimensión se presenta en la Tabla 24.

Tabla 24 Promedios de las Declaraciones sobre el Criterio Fiabilidad del Servicio en Pacientes no-Discapitados. CESFAM Paulina Avendaño.

Fiabilidad del Servicio		Media	Error Estándar
Respetan Horas Predeterminadas	V5	5.02	0.10
Interés por sus Problemas	V6	5.48	0.09
Tratamiento Bien 1ª Vez	V7	5.52	0.09
Concluyen Tiempo Programado	V8	5.46	0.10
Datos Bien Registrados	V9	6.84	0.04
Promedio		5.66	0.06

La **Capacidad de Respuesta** es el criterio que lleva en forma más pareja una tendencia alta, sobre el promedio general, bajando drásticamente en la pregunta V13 que dice: “los demás funcionarios del consultorio dental nunca están demasiado ocupados” con un 4.71. Las diferencias son estadísticamente significativas (Friedman $p < 0,0001$) y la comparaciones múltiples posteriores dicen que V11 y V12 son iguales. Observar a Tabla 25.

Tabla 25 Promedios de las Declaraciones Sobre el Criterio Capacidad de Respuesta del Servicio. CESFAM Paulina Avendaño.

Capacidad de respuesta		Media	Error Estándar
Informan Término Atención	V10	5.99	0.08
Atención Rápida y Efectiva	V11	5.8	0.07
Demás Funcionarios Ayudan	V12	5.66	0.08
Demás Funcionarios Ocupados	V13	4.71	0.10
Promedio		5.54	0.06

En cuanto al conocimiento que inspiran los integrantes del consultorio respecto a sus inquietudes y si la atención otorgada le da **Seguridad**, el promedio se eleva sobre el general manteniendo 3 de sus valores allí y sólo uno prácticamente igualado con un 5.54. Es justamente éste último valor el que representa al profesional en ésta dimensión. El punto más alto es la percepción sobre la amabilidad de los demás miembros del consultorio. El análisis estadístico con Friedman establece un $p = 0,006$ indicando que las diferencias son estadísticamente significativas y las comparaciones múltiples posteriores dice que V15, V16 y V17 son iguales. Ver Tabla 26.

Tabla 26 Promedios de las Declaraciones Sobre el Criterio Seguridad del Servicio en Pacientes no-Discapacitados. CESFAM Paulina Avendaño.

Seguridad del Servicio		Media	Error Estándar
Da Seguridad la Atención	V14	5.54	0.09
Dentista y Equipo Confianza	V15	5.76	0.08
Son Siempre Amables	V16	5.80	0.08
Conocimientos Suficientes	V17	5.70	0.08
Promedio		5.70	0.07

El último de los criterios que se busca detectar es la **Empatía**, aquella atención individualizada, con un alto componente de personalización y comprensión del usuario. La única de las 5 declaraciones que está sobre el promedio general es “el dentista le saluda y le llama por su nombre” con un 5.79. La búsqueda de un horario adecuado está exactamente en el promedio con un 5.55, pero los otros ítems como son “comprenden sus necesidades”, “siente que existe un real interés por Ud.” y “los miembros del consultorio le dan una atención personalizada”. Le ubican” caen hasta llegar, en esta última situación, al 4.91 como promedio. Las diferencias son estadísticamente significativas (Friedman $p < 0,0001$). Las comparaciones múltiples posteriores dicen que V21 y V22 son iguales y estadísticamente diferentes a los demás.

La media de la dimensión empatía está bajo el promedio general y alcanza a un 5.35.

La Tabla 27 señala el resumen de lo anterior.

Tabla 27 Promedios de las Declaraciones Sobre el Criterio Empatía del Servicio en Pacientes no-Discapacitados. CESFAM Paulina Avendaño.

Empatía		Media	Error Estándar
Dentista le Saluda y le Nombra	V18	5.79	0.09
Horarios Adecuados al Suyo	V19	5.55	0.10
Le Ubican los Miembros Consultorio	V20	4.91	0.11
Interés por Usted	V21	5.28	0.10
Comprenden sus Necesidades	V22	5.22	0.09
Promedio		5.35	0.07

Los Cinco Criterios SERVPERF en pacientes no-discapacitados. CESFAM Paulina Avendaño.

Al visualizar en forma agrupada los ítems en los cinco criterios SERVPERF se destacan los valores de la Empatía y Tangibles como menores del promedio, siendo la primera quien posee estadísticamente diferencias significativas respecto a todos los demás promedios (Friedman $p < 0,0001$) y con el valor más bajo. Con comparaciones múltiples posteriores se observa que Habilidad y Seguridad del Servicio son los valores más altos e iguales y las medias Tangibles y Capacidad de Respuesta también iguales entre si.

La Tabla 28 muestra la relación de los 5 criterios entre sí.

Tabla 28 Promedios de las declaraciones sobre los 5 criterios SERVPERF del Servicio en pacientes no-discapacitados. CESFAM Paulina Avendaño.

Criterios SERVPERF	Media	Error Estándar
Tangibles	5.52	0.05
Habilidad del Servicio	5.66	0.06
Capacidad De respuesta	5.54	0.06
Seguridad del Servicio	5.70	0.07
Empatía	5.35	0.07
Total	5.55	0.05

4.4.2. En pacientes discapacitados en el CESFAM Paulina Avendaño.

Se tendrán en cuenta las declaraciones efectuadas por los familiares de discapacitados respecto a cada uno de los cinco criterios detectando todas sus dimensiones.

Tabla 29 Promedios de las Declaraciones de Familias con Discapacitados Sobre el Criterio Tangibles del Servicio. CESFAM Paulina Avendaño

Tangibilidad		Media	Error Estándar
Equipamiento Moderno	V1.	4.47	0.43
Instalaciones Atractivas	V2.	4.53	0.28
Apariencia Pulcra y Limpia	V3.	6.17	0.25
Folletería Bonita-Atractiva	V4.	3.95	0.33
Promedio		4.79	0.20

La apariencia pulcra y limpia con el alto valor promedio hace que su diferencia estadísticamente significativa con el resto (Friedman $p < 0,0001$). Las comparaciones múltiples dicen que V4 (folletería bonita-atractiva) es la más baja y las V1 y V2 son iguales.

Tabla 30 Promedios de las Declaraciones de Familias con Discapacitados sobre el Criterio Fiabilidad del Servicio. CESFAM Paulina Avendaño.

Fiabilidad del Servicio		Media	Error Estándar
Respetan Horas Predeterminadas	V5	5.00	0.47
Interés por sus Problemas	V6	4.63	0.48
Tratamiento Bien 1ª Vez	V7	4.89	0.41
Concluyen Tiempo Programado	V8	4.61	0.45
Datos Bien Registrados	V9	6.26	0.29
Promedio		5,10	0.30

Con Friedman se establecen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,0118$) con los valores V9 como el más alto y V6, V7 y V8 iguales entre si.

Tabla 31 Promedios de las Declaraciones de Familias con Discapacitados sobre el criterio Capacidad de Respuesta del Servicio. CESFAM Paulina Avendaño.

Capacidad de respuesta		Media	Error Estándar
Informan Término Atención	V10	5.32	0.40
Atención Rápida y Efectiva	V11	4.53	0.41
Demás Funcionarios Ayudan	V12	4.47	0.44
Demás Funcionarios Ocupados	V13	4.24	0.50
Promedio		4.68	0.33

No existen diferencias estadísticamente significativas (Friedman $p=0,3306$) entre todas las respuestas, pero se debe hacer notar la baja valoración que se le asigna a “Los demás funcionarios están siempre ocupados”

Tabla 32 Promedios de las Declaraciones de Familias con Discapacitados sobre el criterio Seguridad del Servicio. CESFAM Paulina Avendaño

Seguridad del Servicio		Media	Error Estándar
Da Seguridad la Atención	V14	5.00	0.50
Dentista y Equipo Confianza	V15	5.26	0.40
Son Siempre Amables	V16	4.84	0.32
Conocimientos Suficientes	V17	5.33	0.29
Promedio		5,15	0.34

No existen diferencias estadísticamente significativas (Friedman $p=0,2042$)

Tabla 33 Promedios de las Declaraciones de Familias con Discapacitados sobre el criterio Empatía. CESFAM Paulina Avendaño.

Empatía		Media	Error Estándar
Dentista le Saluda y le Nombra	V18	5.37	0.48
Horarios Adecuados al Suyo	V19	4.53	0.49
Le Ubican los Miembros Consultorio	V20	4.42	0.47
Interés por Usted	V21	4.42	0.36
Comprenden sus Necesidades	V22	3.84	0.51
Promedio		4.52	0.36

Con Friedman se determinó que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,1206$), pero con el test de student para muestras apareadas se observó que entre el valor V18 y V22 si existen diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,0129$)

Los Cinco Criterios SERVPERF en pacientes discapacitados. CESFAM Paulina Avendaño.

El promedio general para los 5 criterios se muestra en la Tabla 29 y al efectuar comparaciones de medias con Friedman no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,4239$).

Tabla 34 Promedios para los 5 criterios SERVPERF percibidos por familiares de pacientes discapacitados.

Criterios SERVPERF	Media	Error Estándar
Tangibilidad	4,79	0.20
Habilidad del Servicio	5,10	0.30
Capacidad De respuesta	4,68	0.33
Seguridad del Servicio	5,15	0.34
Empatía	4,52	0.36
Total	4,79	0.26

4.5 Las Declaraciones por Sectores de Atención del CESFAM Paulina Avendaño.

Es interesante visualizar cómo se distribuyen las valoraciones de las percepciones por los 5 sectores en que se divide la atención del CESFAM. La Tabla 35 muestra dicha valoración general separada por sectores.

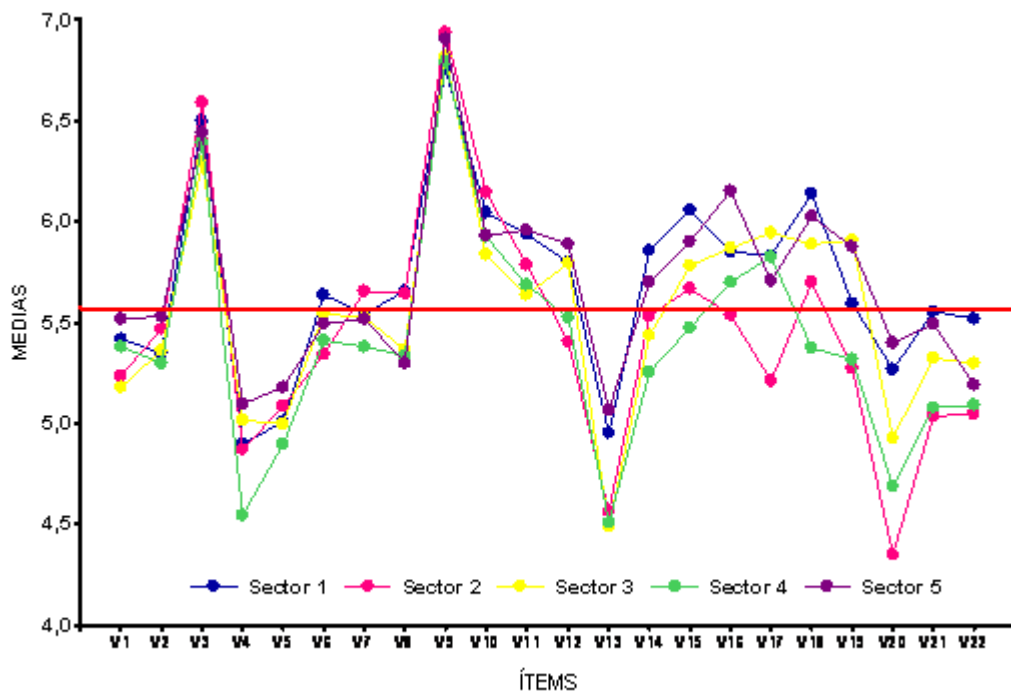
Tabla 35 Promedio y error estándar de la valoración de las Ítems por sectores. CESFAM Paulina Avendaño.

Variables		Medias por Sectores									
		S1	ee	S2	ee	S3	ee	S4	ee	S5	ee
Equipamiento Moderno	V1	5.42	0.15	5.23	0.16	5.18	0.12	5.38	0.12	5.52	0.14
Instalaciones Atractivas	V2	5.35	0.18	5.47	0.15	5.36	0.19	5.30	0.14	5.53	0.16
Apariencia Pulcra y Limpia	V3	6.50	0.10	6.59	0.07	6.29	0.16	6.39	0.10	6.44	0.12
Folletería Bonita-Atractiva	V4	4.90	0.21	4.88	0.23	5.02	0.27	4.55	0.21	5.10	0.23
Respetan Horas Predeterminadas	V5	5.01	0.22	5.09	0.23	5.00	0.30	4.90	0.21	5.18	0.25
Interés por sus Problemas	V6	5.64	0.17	5.35	0.22	5.55	0.24	5.41	0.17	5.49	0.21
Tratamiento Bien 1ª Vez	V7	5.55	0.20	5.65	0.19	5.53	0.28	5.38	0.19	5.52	0.22
Concluyen Tiempo Programado	V8	5.65	0.21	5.65	0.19	5.37	0.31	5.34	0.19	5.30	0.25
Datos Bien Registrados	V9	6.76	0.10	6.94	0.03	6.82	0.09	6.79	0.07	6.90	0.08
Informan Término Atención	V10	6.05	0.16	6.15	0.15	5.84	0.22	5.93	0.17	5.93	0.22
Atención Rápida y Efectiva	V11	5.94	0.14	5.79	0.14	5.64	0.22	5.69	0.15	5.96	0.16
Demás Funcionarios Ayudan	V12	5.80	0.17	5.41	0.19	5.79	0.21	5.53	0.16	5.89	0.16
Demás Funcionarios Ocupados	V13	4.95	0.21	4.57	0.23	4.49	0.31	4.51	0.19	5.07	0.24
Da Seguridad la Atención	V14	5.86	0.16	5.53	0.20	5.44	0.27	5.25	0.19	5.70	0.20
Dentista y Equipo Confianza	V15	6.06	0.15	5.67	0.19	5.78	0.23	5.47	0.19	5.90	0.19
Son Siempre Amables	V16	5.85	0.15	5.54	0.19	5.87	0.21	5.70	0.16	6.15	0.18
Conocimientos Suficientes	V17	5.84	0.14	5.21	0.21	5.94	0.22	5.83	0.15	5.71	0.22
Dentista le Saluda y le Nombra	V18	6.14	0.16	5.70	0.18	5.89	0.22	5.37	0.21	6.03	0.22
Horarios Adecuados al Suyo	V19	5.59	0.20	5.28	0.22	5.91	0.21	5.32	0.20	5.88	0.22
Le Ubican los Miembros Consultorio	V20	5.27	0.22	4.35	0.25	4.93	0.29	4.69	0.21	5.40	0.23
Interés por Usted	V21	5.56	0.19	5.04	0.21	5.33	0.28	5.08	0.20	5.49	0.22
Comprenden sus Necesidades	V22	5.52	0.18	5.05	0.20	5.30	0.29	5.09	0.18	5.19	0.24
Promedio		5.69		5.46		5.56		5.40		5.69	

En la figura 15 se ven los cinco criterios SERVPERF en cada uno de los sectores y se comparan con el promedio general señalado con la línea horizontal roja, para visualizar en cada uno de ellos las desviaciones y efectuar las correcciones pertinentes por parte de los directivos del CESFAM. Se

señala en el eje vertical una escala de notas de 4 a 7 para hacer más notoria las variaciones de las percepciones.

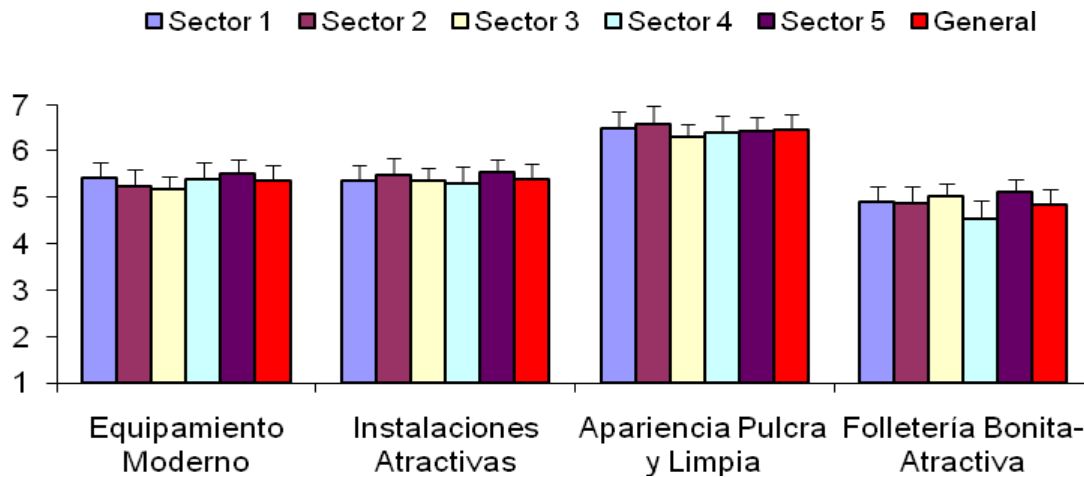
Figura 15 Promedio de la valoración de las Dimensiones por Sectores. CESFAM Paulina Avendaño.



En las figuras siguientes se señalan los promedios de notas a cada una de las dimensiones, por sectores y agrupados por criterio SERPERF. La barra color rojo muestra el promedio general.

En el criterio **Tangibles** los ítems que detectan las deficiencias en la folletería es la más baja y de éstas en el sector 4 con un 4,55. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los sectores ($p > 0.05$).

Figura 16 Promedios de las Declaraciones sobre el Criterio Tangibles del Servicio por Sectores. CESFAM Paulina Avendaño.



En Fiabilidad del Servicio están equiparados los resultados en todos los grupos poblacionales siendo el más bajo de todo “El respeto a las horas predeterminadas” y en el sector 4. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$)

Figura 17 Promedios de las Declaraciones sobre el criterio Fiabilidad del Servicio por sectores. CESFAM Paulina Avendaño

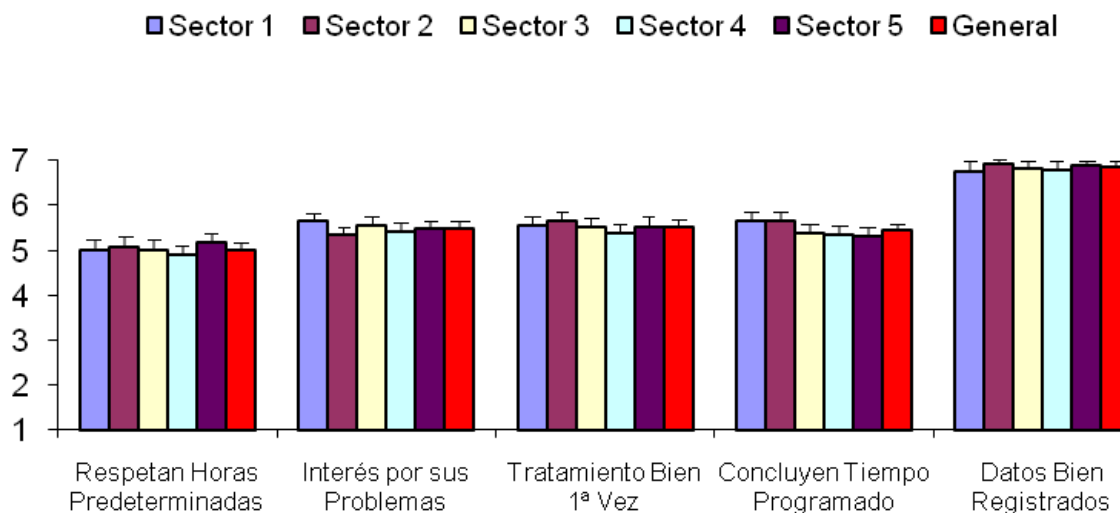
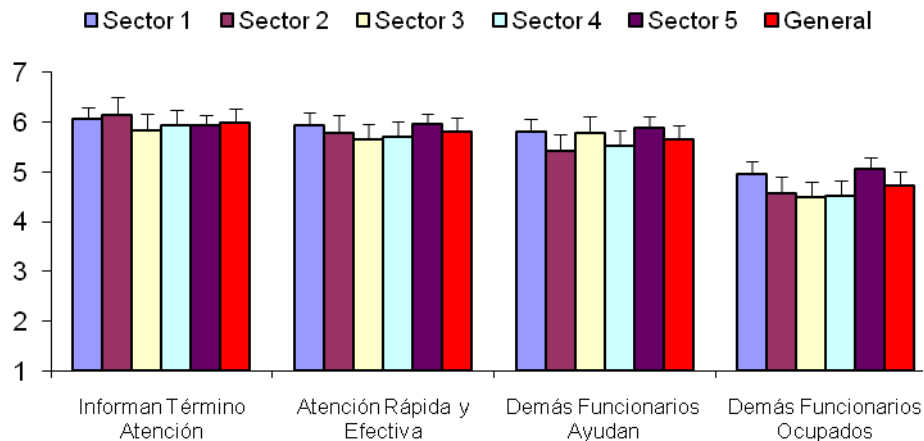


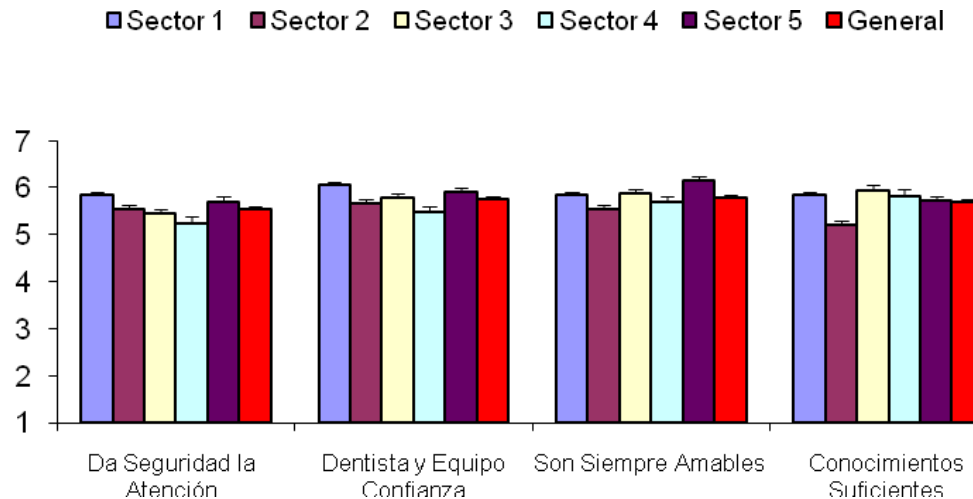
Figura 18 Promedios de las Declaraciones sobre el criterio capacidad de respuesta del Servicio por sectores. CESFAM Paulina Avendaño



En cuanto a la **Capacidad de Respuesta del Servicio**, señalado en la figura anterior los valores menores son para la dimensión “Demás funcionarios demasiado ocupado” con casi iguales valores los sectores 2, 3 y 4. ($p > 0,05$)

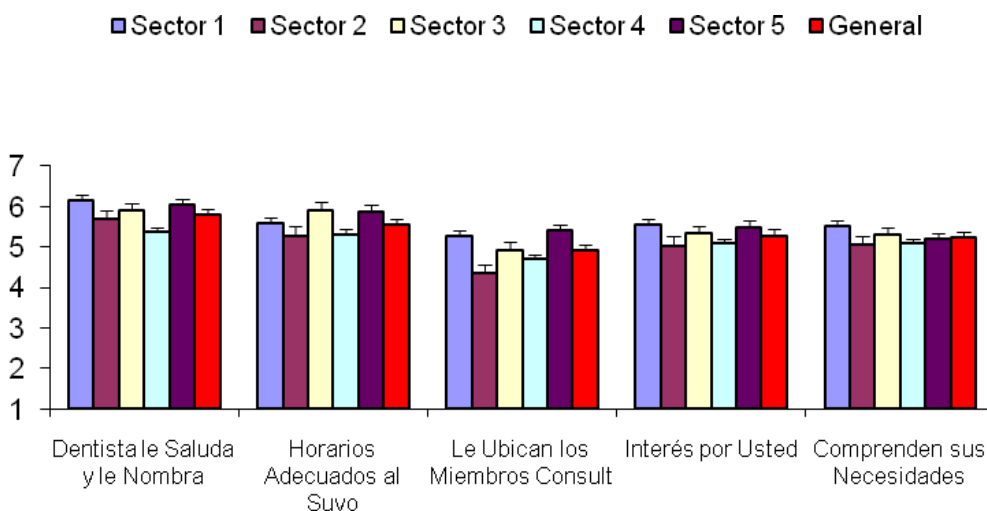
La **Seguridad del Servicio** presenta las diferencias más notorias entre los sectores, no siendo estadísticamente significativas. El más bajo es el correspondiente a “si los profesionales presentan conocimientos suficientes” con nota 5,21 en el sector 2.

Figura 19 Promedios de las Declaraciones sobre el criterio Seguridad del Servicio por sectores. CESFAM Paulina Avendaño.

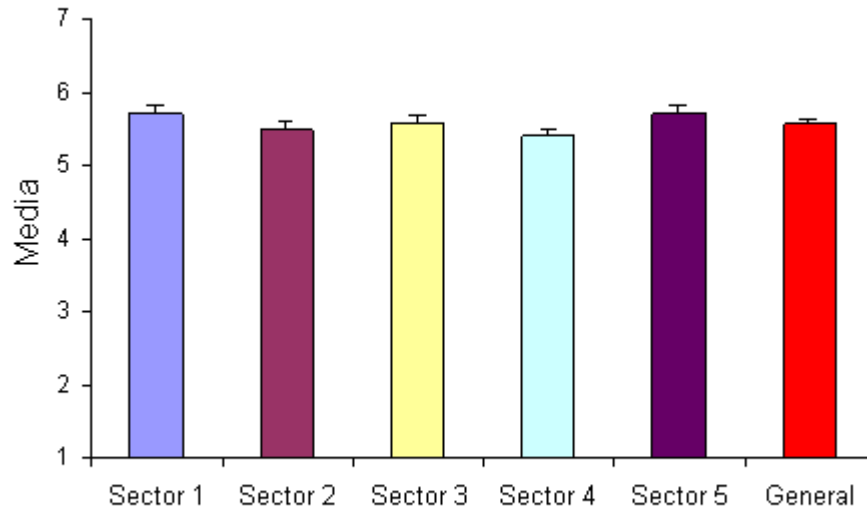


El criterio **Empatía** en términos generales presenta una valoración baja, siendo un factor fácil de mejorar con una atención más humanizada. La dimensión menor corresponde a “si le ubican los demás miembros del consultorio” en el sector 2 con un valor 4,35. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$)

Figura 20 Promedios de las Declaraciones sobre el criterio Empatía del Servicio por sectores. CESFAM Paulina Avendaño



**Figura 21 Promedios de las Declaraciones por Sectores y el General.
CESFAM Paulina Avendaño.**



En la Figura 21 se presentan las ponderaciones generales en cada sector. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas comparando los diversos sectores ($p > 0,05$)

Al considerar los pacientes discapacitados como un sector más de la circunscripción asignada al consultorio y hacer la comparación con los demás sectores veremos el comportamiento de cada uno de los criterios desde el punto de vista estadístico. Para estos efectos se hizo un análisis de varianza y comparaciones posteriores con Tukey para detectar las diferencias, y presentándose los siguientes resultados:

Para el criterio **Tangibilidad** el valor de $p = 0,0401$ nos indica que hay al menos un valor diferente en los sectores de los pacientes discapacitados. El test de Tukey dice que es en este último donde se aloja la diferencia (la media es 4,79).

La **Fiabilidad** arroja un $p = 0,4073$ que nos indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los sectores y el grupo de familiares de pacientes especiales.

La percepción de la **Capacidad de Respuesta** por parte del grupo de estudio da un $p = 0,02$ que indica diferencias en un grupo, el cual nuevamente corresponde a los pacientes discapacitados (presentan una media 4,68).

En cuanto a **Seguridad del Servicio** otorgado por el consultorio no existen diferencias estadísticamente significativas con un $p = 0,1291$

El criterio **Empatía** dolorosamente presenta diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,0064$) en desmedro del grupo de discapacitados quienes valoran sólo con un 4,52 dicha percepción de servicio.

4.6 Determinación de la importancia de cada Criterio en Pacientes Atendidos en el CESFAM Paulina Avendaño.

En cuanto a la determinación de la importancia, a nivel general, que el usuario da a cada una de los ítems determinantes de intangibles para sentir un mejoramiento en la atención odontológica que recibe, no se puede obtener un promedio por tratarse de variables ordinales, sin embargo se señala el orden de preferencias en la Tabla 36 y la Figura 28. Se debe recordar que la mayor valoración posee la nota cinco y el de menor importancia uno. Se señala en las tablas las veces que ha sido mencionado el criterio en el nivel de importancia de 1 a 5. El número en rojo recalca el valor mayor en el nivel de preferencia para el criterio estudiado.

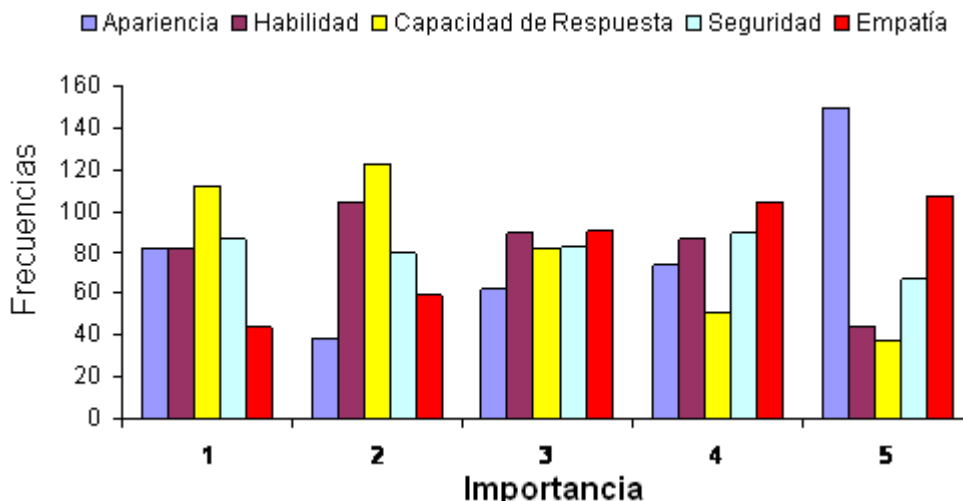
A nivel general el criterio que lleva la valoración más alta con nota cinco (5) y con 149 preferencias es la que tiene relación con los Tangibles, vale decir la preocupación del usuario por las apariencias de las instalaciones. Un

segundo lugar en esta mejor designación es la Empatía. Se hace resaltar este hecho por que la suma de las mejores preferencias de éste último criterio (5,4 y 3) tiene una ponderación de un 74.5% y de igual forma los Tangibles un 70,5%. Siguiendo en orden decreciente de importancia está en el tercer lugar la Seguridad con un 58,9 % y en el cuarto la Habilidad con un 49,3%. El último lugar, obteniendo el máximo de preferencias como las cosas menos importantes para el usuario del servicio es la Capacidad de Respuesta.

Tabla 36 Frecuencias de la Importancia asignada a cada criterio SERVPERF. CESFAM Paulina Avendaño.

Importancia	Apariencia	Habilidad	Capacidad de Respuesta	Seguridad	Empatía
1	81	81	112	86	44
2	38	104	123	80	59
3	62	89	81	82	90
4	74	86	51	89	104
5	149	44	37	67	107

Figura 22 Importancia asignada a cada criterio SERVPERF. CESFAM Paulina Avendaño



Para averiguar si existe dependencia entre la determinación de las percepciones sobre el servicio recibido y los niveles de importancia declarados por los usuarios se recurrió a la prueba estadística Tau de Kendall, que se basa en el orden de las observaciones y puede ser usado como un test estadístico para probar la hipótesis nula de independencia entre variables cuantitativas y cualitativas ordinales.

Se necesitó averiguar si las evaluaciones de las percepciones de los usuarios, que es una variable numérica, son o no independientes con los niveles de importancia que se les otorgan, que corresponden a variables no numéricas ordinales. En la tabla siguiente se presentan los valores p obtenidos en el test Tau de Kendall.

Los valores p que entregó el test Tau de Kendall informó que existe independencia entre las percepciones declaradas y los niveles de importancia otorgada a cada una de los ítems por parte de los usuarios.

Tabla 37 Promedios de las percepción de los criterios con los niveles de importancia asignadas por los encuestados y el valor de p

Criterio	p
Tangibles	0,7529
Habilidad del Servicio	0,5086
Capacidad de respuesta	0,21
Seguridad del Servicio	0,9284
Empatía	0,2605

4.7 Determinación de la Importancia de cada Criterio por Sectores en Pacientes Atendidos en el CESFAM Paulina Avendaño.

La importancia que prestan los encuestados a los criterios analizados, en los 5 sectores que se divide el territorio asignado al CESFAM, incluyendo a los discapacitados como otro sector, se muestran en las siguientes 5 tablas. En cada una de ellas se destacan con rojo la mayor preferencia marcada por los encuestados. La nota de importancia es 1 lo menos importante y 5 lo más importante.

Tabla 38 Importancia Asignada al Criterio Tangible del Servicio por Sectores. CESFAM Paulina Avendaño.

Importancia	Sector 1	Sector 2	Sector 3	Sector 4	Sector 5	Discapac.	Total	%
1	17	13	13	25	13	1	82	19.4
2	4	7	3	10	14	1	39	9.2
3	17	14	4	16	11	5	67	15.8
4	12	15	13	22	12	4	78	18.4
5	36	32	22	36	23	8	157	37.1
Total	86	81	55	109	73	19	423	100.0

Existe unanimidad en considerar como más importante el factor **Tangibilidad** que considera la apariencia del Centro de Salud. En el sector 1 la importancia mayor se la entrega el 41,8 % de los encuestados.

La **Fiabilidad del Servicio** ocupa valores bajos de las preferencias siendo el más alto la ponderación 3 en el sector 2 con 23 anotaciones. Observar la tabla siguiente.

Tabla 39 Frecuencias de la Importancia Asignada al Criterio Fiabilidad del Servicio por Sectores. CESFAM Paulina Avendaño.

Importancia	Sector 1	Sector 2	Sector 3	Sector 4	Sector 5	Discapac.	Total	%
1	15	19	5	26	16	5	86	20.3
2	25	18	13	26	22	0	104	24.6
3	17	23	17	19	13	5	94	22.2
4	20	17	13	21	15	4	90	21.3
5	9	4	7	17	7	5	49	11.6
Total	86	81	55	109	73	19	423	100.0

Tabla 40 Importancia Asignada al Criterio Capacidad de Respuesta del Servicio por Sectores. CESFAM Paulina Avendaño

Importancia	Sector 1	Sector 2	Sector 3	Sector 4	Sector 5	Discapac	Total	%
1	28	24	12	26	22	2	114	27.0
2	26	27	20	33	17	7	130	30.7
3	12	14	12	25	18	3	84	19.9
4	11	10	7	13	10	3	54	12.8
5	9	6	4	12	6	4	41	9.7
Total	86	81	55	109	73	19	423	100.0

La Capacidad de Respuesta es otro de los criterios con baja preferencia en el nivel de importancia. La gran mayoría, el 57,7 % le ubica en los últimos lugares.

Tabla 41 Importancia Asignada al Criterio Seguridad del Servicio por Sectores. CESFAM Paulina Avendaño

Importancia	Sector 1	Sector 2	Sector 3	Sector 4	Sector 5	Discapac	Total	%
1	21	18	14	19	21	8	94	22.2
2	18	17	11	22	18	5	85	20.1
3	16	17	8	27	16	3	85	20.1
4	19	16	13	25	19	1	90	21.3
5	12	13	9	16	12	2	69	16.3
Total	86	81	55	109	73	19	423	100.0

Distribuidas en la más baja valoración de importancia se encuentran las preferencias ante el ítem de seguridad. Sólo el sector 4 da una concentración mayor en la puntuación intermedia (tres), aunque con poca diferencia con el resto de los valores más bajos. Casi el 50% de los pacientes discapacitados considera este criterio como el menos importante.

Tabla 42 Importancia Asignada al Criterio Empatía del Servicio por Sectores

Importancia	Sector 1	Sector 2	Sector 3	Sector 4	Sector 5	Discapac.	Total	%
1	5	7	11	13	8	3	47	11.1
2	13	12	8	18	8	6	65	15.4
3	24	13	14	22	17	0	90	21.3
4	24	23	9	28	20	3	107	25.3
5	20	26	13	28	20	7	114	27.0
Total	86	81	55	109	73	19	423	100.0

El criterio Empatía, con sus ítems accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario lleva una tendencia hacia la mejor valoración en todos los sectores, sólo en el sector 3 ocupa el tercer lugar, pero por una leve diferencia. Es, sin duda, un tema que preocupa a la población.

5 DISCUSIÓN

En este estudio prevalece la opinión de las personas de sexo femenino, sobre las de sexo masculino, por dos razones: haber sido efectuada en los hogares en horario donde el proveedor estaba trabajando y por la costumbre de ser la mujer quien frecuentemente se relaciona con los problemas de salud de la familia.

El número de actividades laborales de los proveedores del hogar es variada y mayoritariamente ocupada (sólo un 6% de cesantía declarada) lo cual quita una sensación de mayor resentimiento en las respuestas. Los niveles de educación corresponden a una población de nivel medio, no encontrándose entre los encuestados personas analfabetas.

Los niveles socioeconómicos basados en el indicador de la previsión que presentaban los usuarios hablan de un claro predominio de clase media y media baja. Son los principales beneficiarios de los sistemas públicos de salud.

El promedio general de 5,5 para todos los criterios no es incorrecto y coincide con trabajos similares donde la aprobación se ubica siempre entre el 70 y el 80%^{18 36,38-43,48} y no significa una deficiente evaluación del servicio prestado por CESFAM estudiado, más aún si se observa que uno de los puntos bajos “la folletería” no es difícil de remontar. Sin embargo, no serán fáciles los correspondientes al personal de apoyo que obtienen notas 4,71 y 4,91 en situaciones que tienen que ver con el trato al usuario; revertir la última situación requiere esfuerzos para mejorar el capital humano³⁵ del servicio de salud o una mejor distribución de la fuerza laboral para incrementar la eficiencia del servicio, sin que implique el deterioro de otras áreas bien evaluadas,^{11, 34} que es necesario destacar, como son el manejo de la información y la apariencia del consultorio con excelentes notas: 6,84 y 6,45 respectivamente.

Uno de los ítems que ocasiona preocupación de la autoridad sanitaria y que no arroja una buena calificación es el equipamiento, el cual a pesar de ser moderno no aparenta tal condición. Es preocupante el aumento de gastos en equipamiento por presión de fabricantes o de nivel central que se alejan del sentir del usuario.⁴

En cuanto a la fiabilidad o confianza en el servicio, si no consideramos la nota más alta de todos los promedios ubicada en esta área (6.84) se tendría un promedio de 5,37, el cual estaría bajo el general lo que habla de un usuario no muy satisfecho. Si se observan dos de los indicadores más bajos se comprueba que está involucrado otro de los temas de la atención en salud: el Respeto por el tiempo de los usuarios.^{18, 41, 50} El cumplimiento en los horarios de citas y el plan de término de los tratamientos es otra tarea pendiente en esta área.

La capacidad de respuesta mantiene una tendencia alta, sobre el promedio general, bajando bruscamente con la pregunta número 13 que dice: “los demás funcionarios del consultorio dental nunca están demasiado ocupados”. La explicación para este hecho puede deberse a una respuesta de solidaridad a la actividad que desarrolla el personal del consultorio, más que a un reproche por estar “ocupados”. De todas formas al ser real la situación de disponibilidad de poco tiempo del funcionario del CESFAM es de cuidado en atención al riesgo del burnout.²

La seguridad que ofrece el consultorio es la valoración más pareja entre sus ítems y tiene un alto contenido de afectividad, tanto del profesional como del equipo de trabajo. El punto más bajo está dado por la percepción sobre la seguridad que otorga el profesional. Llama la atención que el punto más alto se refiere a la amabilidad de los miembros del consultorio, lo cual reafirma la interpretación que se le da a la baja valoración de la respuesta “... están demasiado ocupados”.

Sobre los promedios más bajos es posible dar dos interpretaciones, por un lado el usuario percibe un ambiente de mucha actividad, donde el no ser considerado, probablemente se deba a una falta de personal o bien exceso de trabajo de éste, la otra posibilidad es una falta de deferencia simplemente. Cualquiera de estas alternativas se ven refrendadas con las respuestas respecto a “si le ubican los miembros del consultorio” cuyo valor también es bajo.

De los criterios que detectan la empatía destaca “el dentista le saluda y le llama por su nombre” con un 5.79 lo cual se contrapone con la deficiente valoración que tiene: “... los miembros del consultorio le ubican” (4,91). Estas valoraciones se pueden potenciar, con una mejora sustantiva en lo que es saludar y conocer de nombre a los usuarios y sus familiares en el proceso de atención. Engloba esta percepción la mejora en la comunicación entre el profesional, su equipo, el usuario y su entorno.¹⁶

De los cinco criterios considerados, los que presentan mejor valoración son los que tienen que ver con el accionar del profesional y del equipo de personas que les acompañan como son los criterios Habilidad del Servicio, Capacidad de Respuesta y Seguridad del Servicio entre las tres hacen un promedio 5,63. Sin embargo, la Empatía presenta el más bajo con un 5,35 ($p < 0,004$). Se podría decir que se hace el trabajo con un: “falta ponerse en el lugar del otro.”

Al consultar a los usuarios sobre los criterios que otorgan más importancia en una atención de calidad se da una situación inversa, ya que los menos considerados son los tres mejor valorados como recibidos y los dos más altos, lo que más esperan, es la apariencia y pulcritud de las instalaciones y la atención individualizada, vale decir Tangibilidad y Empatía. Una explicación para esto es que el usuario valora poco lo que ya tiene y anhela lo que carece y siente que merece.

En el intento de percibir una relación entre las percepciones declaradas y el grado de importancia asignados a los criterios se estableció independencia de las variables ($p > 0.05$)

En diecinueve hogares encuestados donde integraba el núcleo familiar un discapacitado usuario de un servicio de salud público el promedio de satisfacción por la atención percibida fue más bajo con un 4,8, no presentando diferencias estadísticamente significativas entre los 5 criterios ($p > 0,05$) con una respuesta a la dimensión “comprenden sus necesidades” de sólo 3.84 constituyendo un despropósito a lo planteado por el Ministerio de Salud de Chile⁴ y una afirmación a la actitud discriminatoria que reciben los pacientes atendidos pertenecientes a este grupo.²⁴

Respecto al estudio piloto efectuado en otra comuna se observa una relación paralela de los ejes ($p > < 0,05$) lo que indica que la percepción de los usuarios es detectada por los items del instrumento de medida de igual forma en los dos centros de salud, con la diferencia que en un lado el servicio es más deficiente que en el otro. En ambas comunas existe una percepción respecto al servicio más baja para las personas discapacitadas lo que ratifica el concepto de discriminación.²³ Existe un grupo de personas discapacitadas con un nivel ligeramente mejor de atención y es en el CESFAM Paulina Avendaño.

Al observar el criterio empatía se comprueba que los componentes de sus items están estadísticamente más bajos ($p < 0,05$) y acentuados en los pacientes discapacitados. Si consideramos que los elementos de la empatía constituyen pilares de la comunicación eficiente que conduce a una relación feliz o plena y estos se pueden fortalecer mediante un trabajo de apoyo al crecimiento del capital humano, es obvia la falencia en el servicio.

6. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

Dedicar más tiempo al fortalecimiento del desarrollo de una atención personalizada, con más elementos de inteligencia emocional y comunicación en todos los integrantes del consultorio. Se hace imprescindible el mejoramiento del capital humano en los items no profesionalizantes que busquen el crecimiento como persona dedicada al servicio. Es necesario explicar a las autoridades, que si bien los esfuerzos en equipamiento e infraestructura son muy útiles, debe haber un apoyo al crecimiento del capital humano ya que su valoración es un complemento importante en la satisfacción del usuario.

Es necesario mejorar la papelería, informativos, recetarios y murales, elementos que por ser de menor envergadura en su peso específico se descuidan, sin sopesar la influencia que tiene sobre el usuario y su familia.

Esforzarse en el respeto de los tiempos de atención y de finalización de los tratamientos. La consideración y aprecio a las personas pasa por el respeto a su tiempo. Se deben tomar el máximo de providencias de tal forma que no se produzca en el desenlace de toda una compleja programación de atención profesional “la falla” en los tiempos.

Aumentar la preocupación por el grupo de mayor vulnerabilidad en la equidad de la atención en salud de las personas con discapacidad y sus familias. Son muchos los hogares que tienen algún integrante en esta situación, por lo que la atención deficiente de que son objeto estas personas tiene un impacto social, que no podemos desconocer ni soslayar. Sería de estricta justicia y de extrema necesidad el dictar cursos y talleres sobre la temática “Personas con Discapacidad” a fin de evitar que quienes padecen tales afecciones sean discriminadas y no asistidas correctamente en los centros de salud de Chile.

El impacto que puede tener el reconocimiento de las falencias detectadas en el presente trabajo por parte de las autoridades sanitarias y los profesionales que trabajan en los servicios de salud, debe generar una mejoría en las condicionantes de la calidad de la atención a la comunidad beneficiaria. Creará necesariamente un actuar más participativo e integrado en el proyecto conjunto de la mantención de la salud individual, familiar y de la sociedad.

Es necesario incorporar dentro de la currícula de la Carrera de Odontología, formadora de futuros profesionales, los tópicos necesarios para ayudar a cubrir las deficiencias detectadas, especialmente en el área de discapacidad.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez A., Calidad de los servicios de salud en Colombia desde la perspectiva del consumidor: propuesta de construcción de una escala de medida. <http://editorial.unab.edu.co/revistas/rcmarketing/pdfs/r11art3c.pdf>
2. Atance J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev. Esp. Salud Pública*. [online]. 1997, vol. 71, no. 3 [citado 2009-04-05], pp. 293-303. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300008&lng=es&nrm=iso>.ISSN 1135-5727.
3. Abel-Smith, B., Mejoramiento de la relación costo-eficacia en la atención de salud. Foro mundial de la Salud. 1984 Vol. 5: 102-105.
4. Objetivos estratégicos en salud. Ministerio de Salud de Chile 2010. <http://www.minsal.cl/> 2010; 193-200
5. Vega-Franco L. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. *Salud Pública Mex* 2002; 44:258-265.
6. Donabedian A., Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: Un texto introductorio. *Perspectivas en Salud Pública*. Instituto Nacional de Salud Pública. Primera Edición. México, 1990.
7. Ruelas E. Calidad, productividad y costos. *Salud Pública de México*. 1993, 35(3): 298-304.
8. Parada I., Aspectos a considerar en el análisis de los costos de la atención médica. *Hitos de ciencias Económico Administrativas*. 2001; 19:41-46.
9. Jiménez-de la Jara J. Mística, ciencia y política en la construcción de sistemas de salud. La experiencia de Chile. *Salud Pública Méx*. 2001;43:485-493.

10. Conde J., Alfonso L. Propuesta metodológica para evaluar un servicio estomatológico. *Rev. Cubana Estomatol.* 2002; 40(1):37-45.
11. Cortés A., Flor E., Duque G. Análisis de costos de la atención médica hospitalaria. Experiencia en una clínica privada de nivel II-III. *Colomb. Med.* 2002; 33: 45-51.
12. Beltrán J., Trujillo M. Perfeccionamiento Institucional en el sector salud. Proyección del director. *Rev. Cubana Salud Pública.* 2002; 28(1): 5-17.
13. Donabedian A., Wheeler J., Wyszewianski L. Calidad, Costo y Salud: Un modelo integrador. *Medical Care.* 1982; 20(10) 975- 992.
14. Widström E., Linna M., Niskanen T. Productive efficiency and its determinants in the Finnish Public Dental Service. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004; 32:31-40.
15. Peña R., Rodríguez JR., López JM. Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública Méx.* 2004; 46:210-215.
16. González S., Jiménez M.E., Triana J., Ureña J.L., García J., Carrillo J., Rivera A.E., Manuel G., Sánchez J.M., Tena C. Recomendaciones para mejorar la práctica Odontológica. *Rev. Conamed.* 2003; 8(1):29-38
17. Arévalo R., Polo P., Sivit C. Políticas públicas y estudios de opinión, una colaboración con futuro. *Rev. Esp. de Salud Pública* 1995; 69 (3-4): 259-263.
18. Ramírez T. Nájera P., Nigenda G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex.* 1998; 40:3-12.
19. Hidalgo P. Tratamiento Odontológico Integrado a Pacientes con Discapacidad. Clases Curso de Posgrado. Escuela de Graduados. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba. 2005-2010.

20. Hidalgo P. Enfermedades Lisosomales y Afecciones Neuro Degenerativas Hereditarias. Correlación Bio-Patológica Bucal. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Odontología. 1981.
21. De La Barra F., Toledo V. y Rodriguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: IV: desordenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2004; 42 (4): 259-272.
22. ENDISC Chile 2004. 1er Estudio Nacional de la Discapacidad. Revista Atrévete. Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS). Chile. [en línea] <http://www.fonadis.cl/index.php?seccion=15&articulo=%201143>.
23. Vásquez A. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la Salud. Rev. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Abril 2008, 2ª Ed.
24. Del Aguila L. El concepto de discapacidad como problema. En pos de un término más universal, neutro e inclusivo. <http://usuarios.discapnet.es/lavoz/LaVoz2/problema.htm>.
25. Edvinsson, L.; Malone, M. Intellectual Capital. Realizing your company's true value by finding its hidden brainpower. Harper Collins Publishers, Inc., 1997, 1ª Ed.
26. Flores P., Capital Intelectual: Conceptos y Herramientas. [En línea] http://www.sistemasdeconocimiento.org/Produccion_intelectual/notas_tecnicas/2001_PDF/csc2001-01.pdf 16/09/10.
27. Zeithaml V, Parasuraman A., Berry L. Calidad total en la gestión de servicios. Ediciones Díaz de Santos Madrid 1993: 17- 54.
28. Cronin J., Taylor S. SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance-based and perceptions- minus-expectations measurement of service quality. Journal of Marketing 1994; (58): 125-131.

29. Bolton R., James D. A Longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *Journal of Marketing*, 1991; (55): 1-9.
30. Woodruff R., Cadotte E., Jenkins R. Modelling consumer satisfaction processes using experience-based norms. *Journal of Marketing Research*, 1983; (20): 296-304.
31. Churchill G., Suprenant C. An investigation into the determinants of customer satisfaction. *Journal of Marketing Research*. 1982;(19): 491-504.
32. Martínez R. Balanced Scorecard - Sistema de comunicación, control y aprendizaje estratégico. http://www.arearh.com/rrhh/balanced_scorecard2.htm.
33. Carreras M., Castro A., Zavanella C., Hermida L., Caramés J. Calidad y autoevaluación en gestión clínica: aplicación del modelo europeo de calidad en un área de gestión descentralizada. *Revista de Administración Sanitaria* 1999; III (11): 495-509.
34. Lorente J., Velásquez A., Núñez A., Algunas reflexiones sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud. *Medisan* 2001; 5(2):34-37.
35. Bossi A., Fuertes Y. y Serrano C. (2001): El Capital Intelectual en el Sector Público", [en línea] 5campus.org, Capital Intelectual <http://www.5campus.com/leccion/cipub> [25/09/2005].
36. Rey C., La satisfacción del usuario: un concepto en alza. *Anales de documentación*. 2000; 3: 139-153.
37. Pakdil F., Harwood T. Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: an analysis using SERVPERF dimensions. *Total quality Management & Business Excellence*. 2005; 16 (1):15-30.
38. Lara N., López V., Morales S., Cortés E. Satisfacción del usuario de dos servicios odontológicos en Tláhuac, Distrito federal. *Revista ADM*. 2000: LVII (5):175-179.

39. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:276-279.
40. Maceiras L., Barros-Dios J., Fernández C., Fraga J., Montes A., Smyth E., Gestal J. La satisfacción de los usuarios o ¿y Ud. Cómo se encuentra después de...?. *Apuntes de salud pública*. 1997. XII: 27-30.
41. Jiménez M., Ortega M., Cruz M., Quintero M., Mendoza E., Antúnez M., Solís M., Hernández M. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Rev Mexicana de Enfermería cardiológica*. 2002; 11 (2): 58-65.
42. Sosa G., Gómez A. Niveles de satisfacción y condicionantes de la consulta de los usuarios en los servicios de guardia hospitalaria hospitales “José Ramón Vidal” y “José Francisco de San Martín”- Argentina. [En línea] <http://www1.unne.edu.ar/cyt/sociales/s-012.pdf> 7-5-2005.
43. Chang M., Alemán M., Cañizares M., Ibarra A. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 1999; 15(5):541-547.
44. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966; 44: 166-206.
45. Nowacki M. Evaluating a museum as a tourist product using the SERVPERF method. *Museum Management and Curatorship*. 2005; 26: 1-16.
46. Buttle F. SERVPERF: Review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*. 1996, 30(1): 8-32.
47. Di Rienzo J. *Infostat: Manual del usuario versión 2008*. FCA, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. 2008.

48. Capelleras J., Veciana J. Calidad de servicio en la enseñanza universitaria: Desarrollo y validación de una escala de medida. Document de treball nº 2001/4 <http://selene.uab.es/dep-economia-empresa/document.htm> 23/6/05.
49. Castañeda J., González A. Propuesta para medir la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el primer nivel de atención. Servicios de Salud de Nuevo León. México <http://www.smsp.org.mx/rhigiene/docs/Casta%C3%B1eda.DOC>. 16-6-2005.
50. Retamal A., Monge V. Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos centros de salud de la provincia de Cuenca. Rev Esp Salud Pública 2000; 74; 275-286.
51. Pinochet C. Formulación de un sistema de gestión de calidad en el área de salud. Universidad de Concepción. 2000 Nov T621.7-P6561. Tesis de título Ingeniería Industrial.
52. Prieto M., Gil E., Heierle C., Frías A. La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. Rev. Esp. Salud Pública 2002; 76: 613-625.
53. Vicuña M. Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ISSN 1025 - 5583 2002; 63(1): 40-50.
54. Ueltschy L., Laroche M., Tamilia R., Yannopoulos P. Cross-cultural invariance of measures of satisfaction and service quality. Journal of Business Research. 2004; (57): 901– 912.

8. ANEXOS

Anexo 1-a

Cuestionario

I. Presentación

Sr(a)., Buenos días/tardes. Mi nombre es_____ y estamos realizando un estudio por encargo de la Dirección del Consultorio y la Facultad de Odontología de la U. de Concepción. Nos interesa conocer su opinión acerca de la calidad de los servicios. Le solicitamos su colaboración, contestando un cuestionario, cuyas respuestas son confidenciales y anónimas.

II. Antecedentes del Usuario.

1.- Sector de procedencia

2.- Edad

3.- Sexo

Masculino 1

Femenino 2

4.- Ocupación o Actividad _____

5.- Integrantes del Grupo Familiar

1. Padre

2. Madre

3. Hermanos

4. Abuelos

5. Otros

6.- Nivel de Estudios A Analfabeto

B Básico

C Medio

D Superior

7.- Previsión

A Fonasa

Tramo A-B

Tramo C

Tramo D

B Isapre

C Convenio

D No tiene

E Otro

8.- Clasificación Encuesta Socio-economica

III. Instrucciones.

Las siguientes son un grupo de consultas que se refieren a lo que Ud. piensa sobre el Servicio que le otorga el Servicio Odontológico del CESFAM Paulina Avendaño, Talcahuano, para esto indiquenos, por favor, hasta que punto considera que el consultorio Odontológico (Dental) posee las características descritas en cada declaración. La indicación 1 nos dice que Ud. está fuertemente (muy) en desacuerdo en que el consultorio tiene la característica señalada, el hacerlo con la indicación 7 significa que está fuertemente de (muy de) acuerdo con la declaración. Usted puede escoger las opciones con los números intermedios que mejor represente su pensamiento al respecto. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo interesa que nos indique un número que refleje la percepción que Ud. tiene del servicio Odontológico del CESFAM.

	(Muy) en desacuerdo	(Muy) de acuerdo
1.- El equipamiento del consultorio dental parece moderno.	1 2 3 4 5 6 7	
2.- Las instalaciones físicas de la clínica dentale son visualmente atractivas y agradables.	1 2 3 4 5 6 7	
3.- Quienes atienden el consultorio dental tienen apariencia pulcra, limpia.	1 2 3 4 5 6 7	
4.- Los elementos de apoyo (folletos, recetas, etc.) son visualmente atractivos, bonitos, llamativos.	1 2 3 4 5 6 7	
5.- Se respetan las horas de citación predeterminadas.	1 2 3 4 5 6 7	
6.- Los dentistas y su equipo muestran interés por sus problemas.	1 2 3 4 5 6 7	
7.- El tratamiento se realiza bien la primera vez	1 2 3 4 5 6 7	
8.- Se concluyen los tratamientos en el tiempo programado.	1 2 3 4 5 6 7	
9.- Sus datos están correctamente registrados.	1 2 3 4 5 6 7	
10.- Se le informa respecto al término de la atención.	1 2 3 4 5 6 7	
11.- La atención profesional es rápida y efectiva	1 2 3 4 5 6 7	
12.- Los demás funcionarios del consultorio dental están siempre dispuestos a ayudarlo.	1 2 3 4 5 6 7	
13.- Los colaboradores del consultorio dental nunca están demasiados ocupados.	1 2 3 4 5 6 7	
14.- La atención odontológica le da seguridad.	1 2 3 4 5 6 7	
15.- El comportamiento del dentista y su equipo de apoyo le dan confianza.	1 2 3 4 5 6 7	
16.- Los miembros del consultorio odontológico son siempre amables.	1 2 3 4 5 6 7	
17.- Los integrantes del consultorio dental tienen conocimientos suficientes para contestar inquietudes.	1 2 3 4 5 6 7	
18.- El dentista le saluda y le llama por su nombre.	1 2 3 4 5 6 7	
19.- Los horarios de trabajo se adecuan al suyo.	1 2 3 4 5 6 7	
20.- Los miembros del consultorio le dan una atención personalizada.	1 2 3 4 5 6 7	
21.- Siente en los que le atienden real interés por Ud.	1 2 3 4 5 6 7	
22.- Los miembros del consultorio comprenden sus necesidades.	1 2 3 4 5 6 7	

Anexo 1-b

IV. Instrucciones.

A continuación en una lista incluimos 5 características que corresponden a un Consultorio Odontológico de Salud Pública y los servicios que ofrecen. Nos gustaría saber que nivel de importancia le atribuye Ud. a cada una de esas características cuando evalúa la calidad de un servicio. Distribuya los números del 1 al 5 entre todas ellas cuidando de otorgarle más a la afirmación o característica que Ud. crea más importante.

1.- Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y material de comunicación.

_____ puntos

2.- Habilidad de un consultorio dental para realizar el servicio prometido de forma segura y precisa.

_____ puntos

3.- Disposición de un consultorio dental para ayudar a los usuarios y darles un servicio rápido y efectivo.

_____ puntos

4.- Conocimiento y trato amable de los empleados de un consultorio dental y su habilidad para transmitir un sentimiento de fe y confianza.

_____ puntos

5.- Cuidado, atención individualizada que un servicio de consultorio dental le da a sus usuarios.

_____ puntos

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor/a

PRESENTE

La presente tiene por finalidad solicitar a Ud. la participación en una investigación que tiene por objetivo estudiar la percepción de la calidad en la atención Odontológica recibida en su consultorio del Centro de Salud al que Ud. acude.

Se le efectuará una entrevista en donde deberá responder a una serie de consultas relacionadas con la forma como se lo atiende y se relaciona con los integrantes del consultorio, en general, y los profesionales de la salud, en particular. Interesa saber si sus expectativas de atención han sido satisfechas.

Toda esta información es de carácter reservado y servirá de ayuda para poder mejorar la atención de los Servicios de Salud.

MUCHAS GRACIAS

Carlos Araya Vallespir

Investigador responsable

Yo..... acepto lo señalado anteriormente, creo en la confidencialidad de la información que otorgo y autorizo su buen uso. Me he quedado con una copia de lo firmado.