



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **La Medición de la Percepción de la Calidad de los Servicios Odontológicos como Herramienta para su Mejoramiento. Aplicación en las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá.**

**Osman Benjamín Giovanny Vargas Rozo**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Económicas

Maestría en Administración

Bogotá, Colombia

2016



# **La Medición de la Percepción de la Calidad de los Servicios Odontológicos como Herramienta para su Mejoramiento. Aplicación en las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá.**

**Osman Benjamín Giovanni Vargas Rozo**

Trabajo de profundización presentado como requisito parcial para optar al título de:

**Magister en Administración**

Director:

Dr. Luis Alejandro Rodríguez Ramírez

Línea de Investigación:

Gestión de la Calidad en Operaciones de Servicio

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Económicas

Maestría en Administración

Bogotá, Colombia

2016



*A mi familia y a todos aquellos que me  
apoyaron en este proceso.*



## Resumen

El presente estudio es un acercamiento a la complejidad y particularidades de la medición de la percepción de la calidad en servicios odontológicos. En la literatura revisada se identificaron varios instrumentos con algunas similitudes entre ellos orientados a la medición de la percepción de calidad, sin embargo con el fin de generar una propuesta integral de las dimensiones que la componen, se diseñó y aplicó un instrumento en las Clínicas Odontológicas de Bogotá (COIB) compuesto por seis dimensiones: tangibles, accesibilidad al servicio, trato, comunicación, manejo del dolor y resultados. Los resultados fueron analizados mediante técnicas estadísticas de reducción de datos como el Análisis Factorial Exploratorio y posteriormente se intentó confirmar el modelo resultante con un Análisis Factorial Confirmatorio, no obteniendo la validación del mismo debido principalmente a que era un modelo nuevo, el tamaño de la muestra cumplía solo con los mínimos para ejecutar este tipo de proceso y a que los datos obtenidos en el estudio correspondieron a la población de una sola organización. El análisis de resultados se llevó a cabo con el modelo resultante del Análisis Factorial Exploratorio, el cual consta de cuatro dimensiones: ambiente clínico, confiabilidad, atención administrativa y atención profesional, las cuales están constituidas en total de 18 ítems. Con esta información se establecieron adicionalmente oportunidades de mejora en la gestión de las COIB.

**Palabras clave:** calidad, percepción de calidad, servicios odontológicos.

## **Abstract**

The present study is a closer view of the complexity and characteristics of the measurement of the perception of dental service`s quality. In the literature were identified several instruments with some similarities between them oriented to the measurement of the perception of quality, however in order to generate a comprehensive proposal of the dimensions that make up, was designed and implemented an instrument in the Clínicas Odontológicas de Bogotá (COIB) composed of six dimensions: tangible, accessibility to the service, treatment, communication, management of pain and achievement. The results were analyzed using statistical techniques for data reduction as the Exploratory Factorial Analysis, after was used the Confirmatory Factorial Analysis, but the proposed model was not confirmed. So the results were presented and analyzed by the structure of the model proposed by the Exploratory Analysis. This model has four dimensions: clinical environment, reliability, office attention and technical attention, the model was formed by 18 variables.

**Keywords:** quality, quality perception, dental services.

# Contenido

	Pág.
<b>Resumen</b> .....	<b>VII</b>
<b>Lista de Figuras</b> .....	<b>XII</b>
<b>Lista de Tablas</b> .....	<b>XIV</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1. La Calidad de los Servicios de Salud y los Servicios Odontológicos</b> .....	<b>5</b>
1.1 La Calidad .....	5
1.1.1 Planeación, control y mejoramiento de la calidad .....	10
1.1.1.1 El ciclo PHVA .....	12
1.2 La calidad del servicio .....	13
1.2.1 Medición de la calidad del servicio desde la percepción del cliente .....	17
1.2.1.1 Modelo nórdico – Grönroos .....	19
1.2.1.2 Modelo Grönroos – Gummerson .....	20
1.2.1.3 Modelo americano – SERVQUAL .....	20
1.2.1.4 Modelo SERVPERF .....	24
1.2.1.5 Modelo “Servucción” .....	25
1.2.1.6 Modelo de calidad de servicio de Bolton y Drew .....	25
1.2.1.7 Modelo Desempeño Evaluado .....	25
1.2.2 Calidad y satisfacción .....	26
1.2.3 Mejoramiento continuo y la medición de la percepción de la calidad del servicio .....	27
1.3 La Calidad y su medición en los Servicios de Salud .....	30
1.3.1 Calidad en Salud .....	30
1.3.2 Medición de la calidad en salud y en servicios odontológicos .....	36
1.3.3 Satisfacción y percepción de calidad en el sector salud .....	44
1.4 La Calidad de la Salud y los Servicios Odontológicos en Colombia .....	47
1.4.1 Marco Legal de la Calidad de la Salud en Colombia .....	47
1.4.2 La Calidad de la Salud en Colombia .....	51
1.4.2.1 Sistema único de habilitación .....	53
1.4.2.2 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud .....	54
1.4.2.3 Sistema único de acreditación .....	55
1.4.2.4 Sistema de información para la calidad .....	55
1.4.3 Acercamientos a la medición de calidad en salud en Colombia .....	56
1.4.4 Los Servicios Odontológicos en Colombia .....	60

1.4.5	Las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá como un caso de Calidad de Servicios Odontológicos en Colombia .....	64
<b>2.</b>	<b>Metodología.....</b>	<b>67</b>
2.1.1	Planteamiento del Problema .....	67
2.1.2	Objetivo General.....	67
2.1.3	Objetivos Específicos.....	67
2.1.4	Aspectos metodológicos .....	68
2.1.4.1	Revisión documental.....	68
2.1.4.2	Entrevistas dirigidas a expertos .....	69
2.1.4.3	Entrevistas a odontólogos vinculados y no vinculados a las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá COIB.....	69
2.1.4.4	Entrevistas abiertas a pacientes de COIB.....	70
2.1.4.5	Diseño instrumento de medición IMPCSO .....	70
2.1.4.6	Diseño de la muestra .....	75
2.1.4.7	Análisis de datos.....	78
<b>3.</b>	<b>Resultados y Análisis .....</b>	<b>81</b>
3.1.1	Procedimientos de Estimación de Resultados del IMPCSO.....	81
3.1.2	Validación del Instrumento.....	82
3.1.2.1	Análisis de Validez por medio del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) .....	83
3.1.3	Percepción de Calidad pacientes COIB .....	96
3.1.3.1	Descripción de los pacientes COIB.....	97
3.1.3.2	Resultados aplicación IMPSCO .....	102
<b>4.</b>	<b>Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>127</b>
4.1	Conclusiones.....	127
4.2	Recomendaciones.....	132
<b>A.</b>	<b>Anexo: Diagrama Resumen Revisión Bibliográfica.....</b>	<b>135</b>
<b>B.</b>	<b>Anexo: Instrumento Versión Soporte Bibliográfico .....</b>	<b>137</b>
<b>C.</b>	<b>Anexo: Instrumento Piloto .....</b>	<b>142</b>
<b>D.</b>	<b>Anexo: Instrumento Versión Final .....</b>	<b>145</b>
<b>E.</b>	<b>Anexo: Guía Entrevista a Expertos.....</b>	<b>148</b>
<b>F.</b>	<b>Anexo: Guía Entrevista a Odontólogos COIB.....</b>	<b>150</b>
<b>G.</b>	<b>Anexo: Guía Entrevista a Odontólogos Independientes .....</b>	<b>152</b>
<b>H.</b>	<b>Anexo: Guía Entrevista a Pacientes COIB .....</b>	<b>154</b>
	<b>Bibliografía .....</b>	<b>157</b>



## Lista de Figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1-1: El concepto de calidad. Perspectivas del consumidor y el productor.....	9
Figura 1-2: Proceso de solución de problemas de diez pasos.....	28
Figura 1-3: Ciclo de Shewhart: Planear-hacer-verificar-actuar .....	29
Figura 1-4: Estructura cadena de suministro empresa de servicios.....	30
Figura 1-5: Componentes de la calidad en salud a partir de la relación médico – paciente. .....	31
Figura 1-6: Visión Integral Calidad en Salud .....	35
Figura 1-7: Componentes SOGCS.....	52
Figura 1-8: Actores Sistema Obligatorio de Calidad en Salud y sus funciones.....	53
Figura 3-1: Edad pacientes COIB.....	97
Figura 3-2: Sexo Pacientes COIB .....	98
Figura 3-3: Antigüedad Pacientes COIB.....	98
Figura 3-4: Forma de acceso pacientes COIB.....	99
Figura 3-5: Segmentación Pacientes COIB.....	100
Figura 3-6: Escala Medición de Calidad .....	104
Figura 3-7: Percepción general de la Calidad Pacientes COIB .....	105
Figura 3-8: Percepción detallada de la Calidad Pacientes COIB.....	106
Figura 3-9: Percepción de la Calidad Pacientes COIB - Adultos .....	110
Figura 3-10: Diagrama experiencia Pacientes COIB - Adultos .....	113
Figura 3-11: Percepción de la Calidad Pacientes COIB – Adultos Ortodoncia .....	115
Figura 3-12: Diagrama experiencia Pacientes COIB – Adultos Ortodoncia .....	117
Figura 3-13: Percepción de la Calidad Pacientes COIB – Niños .....	119
Figura 3-14: Diagrama experiencia Pacientes COIB – Niños .....	120
Figura 3-15: Percepción de la Calidad Pacientes COIB – Niños Ortodoncia .....	122
Figura 3-16: Diagrama experiencia Pacientes COIB – Niños Ortodoncia.....	123



## Lista de Tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 1-1: Definiciones de Calidad.....	6
Tabla 1-2: Dimensiones originales SERVQUAL.....	22
Tabla 1-3: Dimensiones ajustadas SERVQUAL.....	23
Tabla 1-4: Dimensiones macro y micro de la calidad en salud.....	35
Tabla 1-5: Marco legal Salud en Colombia.....	47
Tabla 1-6: Características del SOGCS.....	51
Tabla 1-7: Normas complementarias marco legal Odontología en Colombia. ....	60
Tabla 1-8: Actores Sector Odontológico Colombiano.....	62
Tabla 2-1: Tamaño de la muestra.....	78
Tabla 3-1: Tasa de no respuesta.....	84
Tabla 3-2: KMO y prueba Bartlett Modelo 1.....	86
Tabla 3-3: Varianza total explicada modelo 1.....	87
Tabla 3-4: Comunalidades modelo 1.....	88
Tabla 3-5: Proceso Análisis Factorial Exploratorio.....	90
Tabla 3-6: KMO y prueba Bartlett modelo 2.....	91
Tabla 3-7: Comunalidades modelo seleccionado.....	91
Tabla 3-8: Matriz de componentes rotados.....	92
Tabla 3-9: Factores resultantes análisis factorial exploratorio.....	93
Tabla 3-10: Comparación modelo propuesto y modelo obtenido AFE.....	94
Tabla 3-11: Alfa de Crobach.....	96
Tabla 3-12. Modelo Medición Calidad Servicio COIB.....	103
Tabla 3-13. Ponderación Reactivos Medición Calidad Percibida.....	104
Tabla 3-14. Resumen diagnóstico ejecutado – Mejores prácticas COIB.....	124
Tabla 3-15. Resumen diagnóstico ejecutado – Oportunidades de mejora.....	125

# Introducción

La medición de la calidad del servicio es un proceso complejo con múltiples variables y que paulatinamente se ha venido insertando en los diferentes sectores económicos.

Así como en la mayoría de sectores se han desarrollado instrumentos estandarizados, en el sector salud también se han llevado a cabo acercamientos para medir y comprender la calidad integral de las organizaciones prestadoras de servicios de salud.

En el caso particular de los servicios odontológicos, los modelos de medición de calidad están fuertemente sostenidos en su dimensión objetiva y solo de manera tangencial se ha explorado la dimensión de calidad subjetiva. Por un lado, los servicios odontológicos cuentan con indicadores estandarizados de su calidad técnica en cuanto a sus procedimientos, tecnologías y los mínimos exigidos por los entes de control del sector salud, como lo son el Ministerio de Salud, las Secretarías de Salud de los Entes Territoriales y la Superintendencia de Salud.

Por otra parte, desde el componente subjetivo, el desarrollo de indicadores se ha basado en la medición de la satisfacción de los usuarios, la cual es de obligatorio reporte por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios Odontológicos a la Superintendencia de Salud, cada seis meses, como lo establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud Colombiano.

Sin embargo, si una organización colombiana de este sector desea ir más allá de la medición de la satisfacción y contempla la opción de medir la calidad desde la percepción de sus usuarios, no cuenta con un instrumento especializado para realizar esta actividad y esto ha limitado la construcción de un modelo de medición de calidad integral, por no contar con estudios asociados a la calidad subjetiva en el país.

Los antecedentes de investigación sobre la calidad de los servicios odontológicos parten de las encuestas de satisfacción ya mencionadas, de las intenciones de mejoramiento continuo, propias de los sistemas de gestión de calidad, naturales de la Gestión de Operaciones y últimamente de la reflexión del deber ser, de los servicios enfocados en los usuarios como es el sector de la salud. Por ejemplo, en el Código de Ética de los Odontólogos colombianos, el brindar un servicio de calidad es un compromiso que asumen los profesionales de este campo de la salud al ejercer su profesión.

Con base en lo anterior, es posible observar oportunidades de investigación y de aporte desde las Ciencias de la Gestión en el campo de la salud y especialmente en los servicios odontológicos, que apunten a la formulación de instrumentos para comprender el constructo de percepción de calidad y su medición en dichos servicios y hacer propuestas frente a la formulación de un modelo integral de calidad, en los servicios de salud odontológica.

En este caso particular, el presente trabajo estudia la problemática en una Clínica Odontológica de la ciudad de Bogotá y busca a través de la exploración en este terreno, aportar en el objetivo de tener herramientas que permitan realizar un mejoramiento continuo de este tipo de organizaciones, teniendo como base el concepto dado por los pacientes.

De esta manera, el presente documento intenta hacer un acercamiento en cuanto a la dinámica general de la medición de la percepción de calidad de los servicios odontológicos.





# 1. La Calidad de los Servicios de Salud y los Servicios Odontológicos

## 1.1 La Calidad

Definir qué es calidad requiere como primera medida entender que es un concepto que ha ido evolucionando a lo largo de la historia, se encuentran documentos con conceptos asociados a la calidad desde la época antigua, como el código Hammurabi, hasta normas estandarizadas asociadas con este concepto en la actualidad como las normas ISO 9000 (Vargas, 2014)

La evolución del concepto de calidad tiene tres etapas que se diferencian por la concepción que se ha tenido del mismo los cambios en esa concepción han sido impulsados por guerras mundiales, por la acción de las empresas japonesas, los cambios en la sociedad y en los mercados, entre otros (Vargas, Solana & Mercado, 2011)

La primera etapa se puede definir como la etapa asociada a las antiguas civilizaciones y a la edad media; en esta etapa la concepción de calidad estaba asociada al cumplimiento de normas en la fabricación de bienes.

En la segunda etapa, caracterizada como la era industrial, hace su aparición la inspección como método para detectar errores, se desarrollan estándares de calidad y aparecen los inspectores responsables del cumplimiento de la calidad. Lo anterior surgió como consecuencia de la filosofía de producción promovida por Frederick W. Taylor, en la cual separó la función de planeación de la función de ejecución. Al dividir el trabajo en tareas, centrando la atención en el incremento de la eficiencia, el aseguramiento de la calidad quedó en manos de los inspectores, quienes tuvieron una alta demanda de trabajo durante la primera mitad del siglo XX, calidad y producción eran dos áreas separadas, lo que conllevó a una indiferencia respecto al tema de calidad de los directivos de las empresas (Evans & Lindsay, 2008).

La tercera etapa, caracterizada como industria moderna, se distingue por el perfeccionamiento de la inspección con el desarrollo de métodos estadísticos que permitieron realizar inspecciones más rápidas, Walter Shewhart introdujo el control estadístico de la calidad (CEC) (Freivalds & Niebel, 2014); se planteó la prevención como la forma de asegurar la calidad, nace el concepto de gestión de calidad y se hace énfasis en la importancia de los directivos para que la calidad se materialice en todos los procesos de las organizaciones, se fundaron sociedades profesionales para desarrollar, promover y aplicar los conceptos de calidad. Después de la segunda guerra mundial, dos asesores estadounidenses, Joseph Juran y W. Edwards Deming, presentaron a los japoneses las técnicas de control estadístico de la calidad para ayudarlos en sus esfuerzos de reconstrucción, esto se traduciría en los grandes desarrollos de calidad de las empresas japonesas (Evans & Lindsay, 2008).

Actualmente la calidad ha asumido un significado más amplio, incluyendo el mejoramiento continuo, una ventaja competitiva y un enfoque centrado en el consumidor (Schroeder, Meyer & Rungtusanatham, 2011).

Como se puede evidenciar, el concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de la historia. A continuación se presenta la Tabla 1-1, con definiciones de autores relevantes en el campo, esto con el objetivo de llegar a una base conceptual para el desarrollo de este documento.

**Tabla 1-1: Definiciones de Calidad**

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Definición</b>
<b>Crosby</b>	1979	<p>Calidad es conformidad con los requisitos, los cuales deben estar establecidos previamente y se deben realizar mediciones permanentes para asegurar la conformidad con los mismos.</p> <p>Este autor aclara que la calidad no es la suma de atributos o cualidades.</p>

**Tabla 1-1: Definiciones de Calidad**

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Definición</b>
<b>Deming y Medina</b>	1989	Calidad es el grado predecible de uniformidad y dependencia con costos bajos y adecuados para el mercado. La complejidad de definir calidad, radica en traducir las necesidades de los clientes en características medibles, de esta forma la calidad puede estar definida solo por parte del interesado en el producto.
<b>Ishikawa</b>	1997	Calidad es cumplir los requisitos de los clientes. Para este autor la calidad abarca todo el sistema organizacional, plantea que no solo se requiere la calidad del producto (bien o servicio), sino la calidad de la información, del proceso y de las personas.
<b>Juran</b>	1990	Calidad es lograr que las características del producto generen satisfacción con su uso. Esto implica que las características del producto tienen su origen en las necesidades de los clientes.
<b>Monks</b>	1998	Calidad es una medida de qué tanto se acerca un bien o servicio a los estándares especificados. Los estándares pueden relacionarse con tiempo, materiales, eficiencia, confiabilidad, o cualquier característica cuantificable.
<b>ICONTEC</b>	2010	Calidad es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos establecidos. La norma aclara que requisito es una necesidad o expectativa establecida.
<b>Schroeder, Goldstein y Rungtusanatham</b>	2011	La calidad es el hecho de satisfacer o superar las peticiones del cliente ahora y en el futuro. Esto significa que el producto o el servicio son aptos para el uso del cliente.
<b>Reyes</b>	2013	Calidad es el grado en que se logra satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.

Al analizar las diversas definiciones presentadas, se puede evidenciar que la calidad está relacionada con la identificación de las necesidades y expectativas de los clientes, para posteriormente transformarlas en especificaciones técnicas de diseño y de proceso que garanticen obtener las salidas esperadas materializadas en productos tangibles o servicios con características específicas que se espera logren la satisfacción de los clientes.

Para ampliar la concepción del significado de calidad, se presenta a continuación la forma en la cual Garvin (1988) la define desde cinco perspectivas diferentes, el objetivo de presentar esta definición es hacer explícita la multidimensionalidad de este concepto:

**Perspectiva del juicio:** La calidad es la bondad de un producto “se puede reconocer en forma absoluta y universal, una marca de normas inflexibles y altos logros”. Sin embargo la excelencia es *abstracta* y *subjetiva* y los estándares de excelencia pueden variar de manera considerable entre los individuos.

**Perspectiva del producto:** La calidad es una función de una variable medible y específica. Las diferencias en la calidad reflejan diferencias en la cantidad de algún *atributo* del producto: un producto no necesita ser caro para que los consumidores lo consideren de alta calidad. La evaluación de atributos puede variar de manera considerable entre las personas.

**Perspectiva del usuario:** La calidad se determina de acuerdo con lo que el cliente quiere. Las personas tienen distintos deseos y necesidades y; por tanto, diferentes normas de calidad; en ese orden de ideas la calidad se define como la adecuación al uso, o a qué tan bien desempeña su *función* el producto.

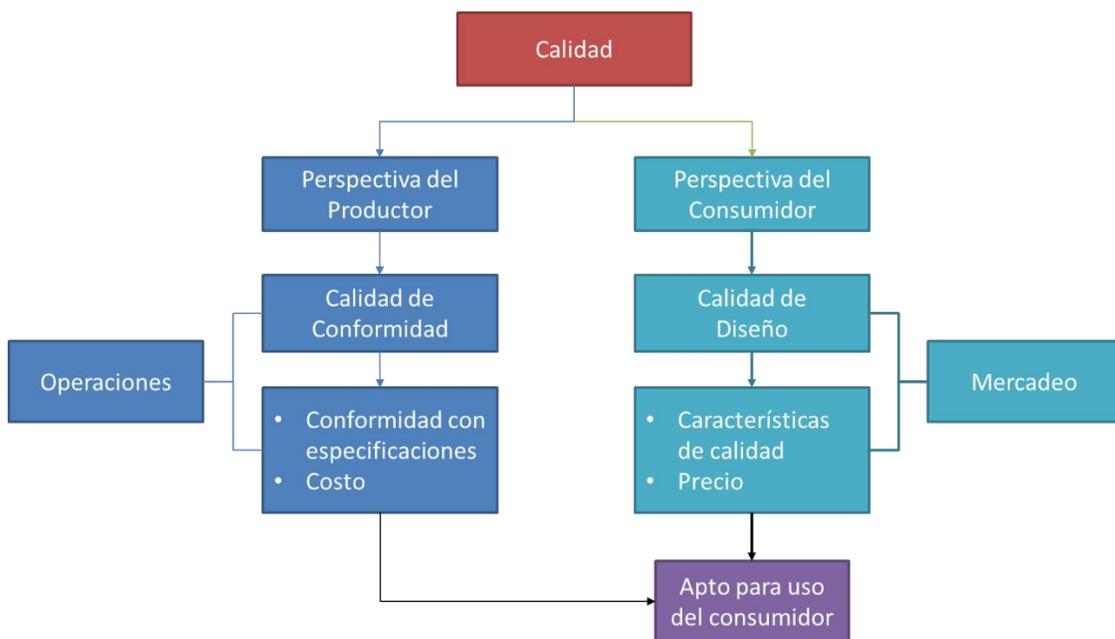
**Perspectiva del productor:** El productor es quien define las características de calidad del producto.

**Perspectiva del valor:** La calidad se determina por la relación entre el precio del producto y la utilidad del producto. Desde esta perspectiva un producto es de calidad si ofrece la

misma utilidad que otro pero a un menor precio, o si ofrece una mayor utilidad a un precio comparable con productos de menos utilidad.

Dada la complejidad de llegar a una definición única de calidad y con el objetivo de enfocarse en la visión que se tiene de este concepto desde la gestión de operaciones, para este documento se trabajará con el concepto que integra la perspectiva del consumidor y la perspectiva del productor, que se traduce como “apto para el uso”. Esta definición, fue dada por Joseph Juran (1990) y quiere decir que los usuarios de un producto o servicio, deben poder disponer de él para suplir lo que requieren o desean.

**Figura 1-1:** El concepto de calidad. Perspectivas del consumidor y el productor



Fuente: Traducido de (Russell & Taylor, 2011, p. 56)

La Figura 1-1 permite observar como la calidad se integra tanto al mercadeo como a las operaciones, desde el mercadeo se identifican las necesidades de los clientes, esas se traducen en características de calidad que debe tener el producto o servicio, que a su vez se transforman en especificaciones de diseño, que ya pasan a ser parte de la responsabilidad de las operaciones.

La Figura 1-1 también muestra la diferenciación entre calidad objetiva y calidad subjetiva: la calidad objetiva es la que se encuentra desde la perspectiva del productor, su objetivo es la eficiencia y se soporta en el uso de las herramientas de control estadístico de la calidad; mientras que la calidad subjetiva se apoya en la perspectiva del consumidor, se visualiza como una visión externa, determinada por el cumplimiento de las necesidades, deseos y expectativas de los clientes (Duque, 2005).

### **1.1.1 Planeación, control y mejoramiento de la calidad**

El mejoramiento de la calidad como proceso comenzó a converger en el concepto de la calidad total (TQM) durante los últimos años de la década de 1980. Los primeros conceptos alrededor de la calidad confiaban en el control de ésta y en el muestreo de inspección como medios para “ingresar” la calidad al final de un proceso de producción. Durante las décadas de 1970 y 1980 se popularizó el concepto de cero defectos, haciendo un uso extensivo de las gráficas de control para reducir la variación en los procesos de producción (Narasimhan, McLeavey & Billington, 1996).

Sin embargo, los dos anteriores enfoques de la calidad (inspección y cero defectos) dejaban de lado al componente más importante de todos: el cliente. El movimiento TQM ubica al cliente, interno o externo, como el elemento definitorio más importante de la calidad. El proceso de mejoramiento TQM está impulsado por mejores productos y servicios para el cliente, con el resultado de que la planeación y el control de la producción se ven impactados significativamente por el proceso de mejoramiento de la calidad. (Narasimhan et al., 1996).

De esta forma, en la dinámica del mejoramiento continuo el cliente retroalimenta el diseño de los productos o servicios, pues la principal meta es la satisfacción total del cliente y para lograrla se debe hacer cada operación de forma correcta desde la primera vez, esto implica que el diseño del servicio o del producto debe incluir los parámetros para ser de calidad y no se debe dejar la inclusión de la calidad mediante la inspección (Krajewski, Ritzman & Malhotra, 2013).

El proceso de planeación, control y mejoramiento de la calidad implica una interacción continua entre el cliente, las operaciones y el mercadeo.

El mercadeo interpreta las necesidades de los clientes y trabaja con ellos para tener insumos sobre el diseño del servicio, posteriormente esa interpretación de las necesidades se traduce en requerimientos para el proceso y operaciones se encarga de crear los procesos que permitan cumplir con los requerimientos de los clientes. Esto es un ciclo que se retroalimenta a partir del concepto de los clientes sobre la calidad de los servicios, como indicador principal se ha considerado la satisfacción (Schroeder et al., 2011).

La implantación de la planeación, el control y el mejoramiento de la calidad en el ciclo de calidad requiere (Schroeder et al., 2011):

1. Definir los atributos de la calidad con base en las necesidades del cliente.
2. Decidir cómo se medirá cada atributo.
3. Fijar los estándares de calidad.
4. Establecer las pruebas apropiadas para cada estándar.
5. Encontrar y corregir las causas de una calidad deficiente.
6. Continuar haciendo mejoramientos.

Si las causas de una calidad deficiente se descubren y se corrigen con regularidad, el sistema operativo estará bajo un control constante y serán posibles los mejoramientos.

Para complementar la conceptualización del mejoramiento continuo, es importante presentar los planteamientos de dos de sus principales promotores.

De una parte, Juran (1990) plantea una trilogía como ciclo de mejoramiento:

1. Planear la calidad: consiste en identificar los clientes y sus necesidades, trasladar esas necesidades al producto requerido y transferir el proceso a operaciones una vez establecidas las condiciones.
2. Control de calidad: consiste en detectar y corregir fallas.
3. Mejoramiento de la calidad: consiste en generar políticas de mejoramiento, entrenar al personal y fortalecer la comunicación y la coordinación.

De otra parte, Deming (1989) propone que el mejoramiento de la calidad trae consigo una reacción en cadena, esta consiste en que al mejorar la calidad, los costos se reducen porque hay menos reprocesos, errores, demoras y obstáculos, dando lugar a un mejor empleo del tiempo, de las máquinas y de los materiales. Cuando se consiguen esas mejoras, a su vez se incrementa la productividad por lo cual se puede llegar a los mercados con mejor calidad y precios más bajos. Con todo lo anterior se mejora la situación empresarial, se proporcionan cada vez más empleos y todo lo anterior tiene un efecto multiplicador. Así, este autor promueve la mejora continua como un objetivo central de la gestión de calidad y propone una forma de operacionalizarla, por medio del conocido ciclo PHVA.

Finalmente es importante mencionar que el mejoramiento continuo de la calidad tiene un enfoque diferente con la garantía de la calidad, que se traduce en superar los estándares definidos para el funcionamiento de los procesos, esto requiere de la proactividad de todos los integrantes de la organización, de tener un enfoque preventivo en la ejecución de los procesos y de no concentrarse analizando solo resultados sino también hacer análisis del funcionamiento de los procesos (Leebov & Ersoz, 1993).

### **1.1.1.1 El ciclo PHVA.**

Desde una visión técnica, la mejora continua, también conocida como Kaizen, busca mejorar constantemente maquinaria, materiales, utilización de mano de obra y métodos de operación mediante la aplicación de sugerencias e ideas de diferentes equipos de la organización. Para esto propone la realización sistemática de las siguientes acciones (Chase & Jacobs, 2014; Krajewski et al., 2013):

**Planear:** El equipo selecciona un proceso (actividad, método, máquina o política) que necesita mejora, lo documenta analizando de manera general sus datos relacionados, establece metas de calidad para mejorarlo y discute varias maneras de lograr las metas. Después de evaluar los beneficios y costos de las alternativas, el equipo desarrolla un plan con medidas cuantificables para la mejora.

**Hacer:** El equipo implementa el plan y monitorea el avance recolectando datos continuamente para medir las mejoras en el proceso.

**Verificar:** El equipo analiza los datos recolectados durante el paso de *hacer* para encontrar qué tanto corresponden los resultados al conjunto de metas surgidas en el paso *planear*. Si existe un obstáculo importante, el equipo reevalúa el plan o detiene el proyecto.

**Actuar:** Si los resultados son exitosos, el equipo documenta el proceso revisado para que se convierta en procedimiento estándar para quien lo use. El equipo puede entonces capacitar a otros en la utilización del proceso revisado.

En el ciclo PHVA, las encuestas a los clientes se plantean como una herramienta para identificar los problemas sobre los cuales se han de realizar planes de mejora o como una forma de evaluar si los planes propuestos de mejora de la calidad del servicio están teniendo buenos resultados. Después de presentar lo relacionado con calidad del servicio y su medición, se profundizará en la relación entre medición de la percepción de calidad y mejoramiento continuo (Leebov & Ersoz, 1993; Narasimhan et al., 1996).

## 1.2 La calidad del servicio.

Si bien las definiciones de calidad presentadas en la primera parte del marco teórico hacen referencia tanto a bienes tangibles como a servicios, teniendo en cuenta las particularidades de éstos últimos, como la intangibilidad, la heterogeneidad y la simultaneidad entre la producción y la entrega, se ha generado todo un desarrollo conceptual sobre qué es calidad del servicio.

Los servicios se caracterizan por ser *intangibles*, es decir que no son objetos sino experiencias, lo que puede generar dificultades para su estandarización a partir de especificaciones precisas para su elaboración (Horovitz, 1991). Así mismo esta característica hace que los resultados esperados de la prestación del servicio no puedan ser medidos, comprobados, ni verificados antes de su venta. Esto conlleva a una dificultad para establecer los criterios que son usados por los consumidores para evaluar la calidad,

pues no se tiene como referencia a un objeto tangible (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988; Parasuraman, Berry & Zeithaml, 1991; Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990).

Otra de las características propias del servicio que impacta la concepción de calidad del mismo es la **heterogeneidad**, lo que significa que cada servicio que se presta varía según el productor, el receptor y el momento en el que es prestado. Esta característica impacta en mayor medida a los servicios que implican alto grado de contacto entre el prestador y el consumidor, así como de la colaboración entre estas dos partes (Hoffman & Bateson, 2011; Zeithaml et al., 1990).

Finalmente, otra característica particular de los servicios es la **inseparabilidad** de la producción y el consumo, esto es relevante en cuanto a que la calidad del servicio se produce en el momento en que es entregado. No hay opción de almacenar servicios para amortiguar las variaciones de la demanda y la oferta, ni para hacer inspecciones previas. Los usuarios de los servicios se encuentran en el lugar en el que éstos se producen evaluando el proceso de producción a medida que experimentan el servicio (Lovelock & Wirtz, 2009; Parasuraman et al., 1988; Zeithaml et al., 1990).

Retomando las definiciones del concepto de calidad presentadas en la Tabla 1.1, es de notar que un servicio es de calidad cuando satisface las necesidades de los clientes a quienes va dirigido, y siendo la satisfacción el resultado de la calidad del servicio y el objetivo central de la misma. Sin embargo ¿quién determina si un servicio es de calidad o no?

Para responder a esta pregunta, se debe retomar la visión de la calidad desde dos perspectivas: la calidad objetiva y la calidad subjetiva<sup>1</sup>. Las dos están presentes en los servicios por lo cual, ambas deben tenerse en cuenta para gestionar la calidad de los mismos.

---

<sup>1</sup> Estas dos dimensiones comprenden las demás dimensiones planteadas por diversos autores que se profundizarán en el apartado de medición de la calidad del servicio.

La calidad objetiva hace referencia a la naturaleza técnica, medible y verificable de los servicios, es aquella que se puede estandarizar para luego monitorear e identificar desviaciones del desempeño esperado. La calidad subjetiva es aquella que depende del juicio tanto de los clientes internos como de los clientes externos de una organización (Brunso, Bredahl, Grunert & Scholderer, 2005).

En los servicios, los estándares de la calidad objetiva están relacionados con: 1. El desempeño de los elementos tangibles que soportan la prestación del servicio<sup>2</sup> y 2. La técnica de ejecución del servicio que es definida por expertos.

En cuanto a la técnica de ejecución del servicio, son los expertos quienes definen los estándares de desempeño que deben tener los procesos que se ejecutan para la prestación del servicio, así como de los resultados esperados una vez se haya prestado siguiendo esos procesos predeterminados; estos estándares dependen del estado de desarrollo de las técnicas empleadas y su definición se hace partiendo de la base del conocimiento técnico-científico que se haya desarrollado en el área del servicio prestado. La evaluación de estos aspectos técnicos del servicio es valorada por expertos, que si bien no están exentos de juicios subjetivos, los realizan con base en criterios técnicos aceptados en el sector del servicio evaluado.

Finalmente la calidad subjetiva, se fundamenta en juicios de los clientes, tanto internos como externos (Brunso et al., 2005), la principal atención se ha prestado a clientes externos que son quienes compran los servicios que ofrece una organización, sin embargo desde los clientes internos también se puede tener información valiosa para evaluar la calidad de los procesos internos de la organización, que no necesariamente son de cara al cliente externo (Espejel, Fandos & Blanco, 2007).

---

<sup>2</sup> Los servicios son soportados en mayor o en menor medida con elementos tangibles como máquinas, equipos, herramientas, instalaciones, etc., a los cuales se les pueden definir estándares de calidad propios de bienes tangibles asociados con el rendimiento esperado de cada uno de estos elementos.

La calidad subjetiva del servicio es, para algunos autores como Zeithaml et al. (1990), la calidad del servicio en sí misma; para ellos los únicos criterios que realmente cuentan en la evaluación de la calidad de un servicio son los que establecen los clientes. Para estos autores, 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.

Esta discrepancia que se genera entre expectativas y percepciones, se fundamenta en el paradigma de la desconfirmación, el cual plantea que una persona antes de recibir un servicio tiene unas expectativas sobre su desempeño, estas expectativas se crean a partir de la información que recibe esta persona de la empresa, de otros clientes de la empresa, de experiencias anteriores. Una vez toma el servicio percibe su desempeño y puede evaluar si éste estuvo por encima o por debajo de sus expectativas, ese proceso de evaluación se conoce como la desconfirmación (Parasuraman et al., 1988; Zeithaml et al., 1990).

Esta definición de calidad del servicio desde el paradigma de la desconfirmación también se soporta en Grönroos (1984), para quien la calidad del servicio percibida se materializa cuando la calidad experimentada satisface la calidad esperada.

Otras definiciones relacionadas con la calidad del servicio son las de Johnston (1995) quien plantea que la calidad del servicio es la evaluación global de la superioridad o inferioridad relativa de una organización y sus servicios; para Cobra (2000) la calidad es un concepto formulado a la luz de la percepción del consumidor y solo puede definirse con base en las especificaciones que satisfagan sus necesidades. Este autor plantea que la calidad de un servicio tiene dos dimensiones: una instrumental (aspectos físicos del servicio) y otra relacionada con las características funcionales (aspectos intangibles o psicológicos del servicio).

Según Duque (2005) en la literatura sobre calidad del servicio, el concepto de calidad hace referencia a la calidad percibida, la cual es subjetiva y supone un nivel de abstracción que supera los atributos específicos del producto y es de carácter multidimensional. Para este mismo autor, la valoración que se realiza de la calidad percibida se hace en un marco

comparativo de la superioridad del servicio evaluado respecto a los sustitutos que pueda tener.

Para efectos de este estudio, y tomando en cuenta las definiciones presentadas en la Tabla 1.1 y en los párrafos anteriores, será entendida la **calidad del servicio** como el desempeño de cada una de las dimensiones del servicio que permite el cumplimiento de los estándares técnicos requeridos para su óptima prestación así como la satisfacción de las necesidades y requerimientos de los clientes a quienes va dirigido.

Es importante resaltar que para poder tener un servicio de alta calidad se debe desde el proceso de diseño tener en cuenta las necesidades y requerimientos de los usuarios que lo usarán (Grönroos, 1994), para esto existen metodologías que incluyen en el proceso de diseño la voz de los clientes garantizando que se conozcan desde un principio sus requerimientos y expectativas, este es el caso por ejemplo de la casa de la calidad (Chase, Jacobs & Aquilano, 2009).

Así mismo se debe retroalimentar el diseño del servicio teniendo en cuenta la valoración que realicen los clientes sobre la calidad del mismo, con esto se resalta la importancia de evaluar la percepción de calidad que tienen los clientes y usuarios de los servicios, lo cual genera información relevante para el mejoramiento del diseño de los servicios y de los procesos de prestación de los mismos (Chase & Jacobs, 2014).

De hecho el modelo de mejoramiento mencionado anteriormente (PHVA) parte de preguntar a los clientes sobre la calidad de los servicios para determinar planes de mejoramiento continuo, basado en dicha evaluación (Narasimhan et al., 1996).

Se desprende entonces la siguiente pregunta ¿Cómo medir la calidad del servicio desde la percepción del cliente?

### **1.2.1 Medición de la calidad del servicio desde la percepción del cliente**

Como se vio anteriormente la calidad del servicio tiene fundamentalmente dos dimensiones: la calidad objetiva y la calidad subjetiva. Es importante dejar claro que la

medición de cada una de estas dimensiones debe tenerse en cuenta para la evaluación de la calidad del servicio, las dos deben tener la misma relevancia para los directivos de las empresas de servicio y deben trabajar con una visión integral al respecto.

No se puede desconocer la calidad subjetiva y centrar toda la atención en la calidad objetiva, gracias a que en los servicios, en mayor o menor medida, existe una interacción directa entre el prestador y el cliente, por lo tanto éste, desde su experiencia con el servicio puede emitir una evaluación sobre cómo percibe su calidad. De igual forma, tampoco puede desconocerse la calidad técnica y sólo tomar decisiones partiendo de las mediciones de la calidad subjetiva, pues es claro que la prestación del servicio requiere de conocimientos técnicos y del funcionamiento de tangibles que apoyan su prestación, por lo tanto se debe buscar y manejar un equilibrio entre los dos tipos de calidad para poder gestionarla.

Siendo que las mediciones de la calidad objetiva hacen referencia a parámetros de funcionamiento de los tangibles y a la calidad técnica de estos procesos, dicha medición se realiza por parte de expertos siguiendo su conocimiento técnico y se utilizan métodos y herramientas del control estadístico de la calidad.

En el caso de la medición de la calidad subjetiva, que constituye el centro de atención del presente trabajo, los autores proponen una identificación de las dimensiones que componen la calidad del servicio y que permitan realizar comparaciones entre diferentes servicios, para posteriormente proponer una forma de medición (Duque, 2005).

Respecto a la identificación de las dimensiones que permitan la evaluación de la calidad del servicio desde la percepción de los clientes no hay consenso. Por ejemplo (Evans & Lindsay, 2008) plantean que las dimensiones de la calidad del servicio son:

- i. **Tiempo:** Cuánto tiempo debe esperar el cliente para recibir el servicio y si el servicio tiene la duración ofrecida.
- ii. **Complejidad:** Esta dimensión se refiere a si el servicio incluye todo lo que el cliente podría necesitar.

- iii. **Cortesía:** Se refiere al trato que reciben los clientes por parte de los empleados.
- iv. **Consistencia:** Se refiere a mantener el mismo nivel de servicio ofrecido a cada cliente en cada servicio que tome.
- v. **Accesibilidad:** Facilidad para obtener el servicio.
- vi. **Exactitud:** Servicio sin presencia de errores.
- vii. **Capacidad de respuesta:** Respuesta de la empresa ante situaciones inusuales.

Otros autores como Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985) plantean tres dimensiones de la calidad del servicio:

- i. **Calidad física:** aspectos físicos del servicio.
- ii. **Calidad corporativa:** lo que afecta la imagen de la empresa.
- iii. **Calidad interactiva:** Interacción entre el personal y el cliente.

Eiglier y Langeard (1989) proponen otras tres dimensiones:

- i. **La salida del servicio:** resultado del servicio, depende de si el servicio ha cubierto las necesidades del cliente.
- ii. **Los elementos de servucción:** instrumentos, entorno material y personal de contacto.
- iii. **El proceso de prestación del servicio:** fluidez y facilidad de las interacciones.

Después de identificar las dimensiones, los autores que han desarrollado este tema, han proseguido con proponer la forma de evaluarlas desde la percepción del cliente, esto se ha materializado en modelos concretos de medición de la calidad percibida, los cuales se presentan a continuación.

### 1.2.1.1 Modelo nórdico – Grönroos

El modelo de Grönroos (1984) plantea que la calidad del servicio integra la calidad de tres dimensiones, la primera es la calidad técnica que está asociada a lo *qué se entrega* (resultado o aspectos técnicos/instrumentales del servicio), la calidad funcional que hace referencia a *cómo se entrega* (forma en la cual se entrega la calidad técnica) y finalmente la *imagen corporativa* (percepción de la compañía por parte de los clientes).

Estas dimensiones a su vez incluyen los atributos que influyen en la percepción que un sujeto tiene de un objeto, en este caso del servicio, por lo que la imagen corporativa se constituye en un elemento esencial para medir la calidad percibida.

Para este autor, la calidad del servicio se presenta cuando lo que recibe el cliente corresponde con las expectativas que tiene sobre el servicio que está tomando.

El servicio esperado hace referencia a lo que espera el consumidor del servicio que va a recibir, es decir a sus expectativas, las cuales se ven influenciadas por aspectos como la publicidad, el precio, el momento de consumo del servicio, las experiencias post-venta, tradiciones, ideologías de las personas y la comunicación boca a boca sobre el servicio. Por su parte, el servicio percibido es la comparación que hace el cliente entre lo que esperaba y lo que percibe que recibió una vez tomó el servicio (Grönroos, 1984).

### **1.2.1.2 Modelo Grönroos – Gummerson**

Es un modelo trabajado por estos dos autores de la escuela nórdica, que integra el modelo 4Q de Gummerson con el modelo de Grönroos que se presentó anteriormente.

Para este modelo la calidad percibida por los clientes depende de la imagen que ellos tengan de la empresa, a su vez la imagen de la empresa depende de una parte de las dos dimensiones identificadas por Grönroos y de la otra parte depende de las 4Q de Gummerson: la calidad de diseño, la calidad de producción (de cara al cliente y oculta al cliente), la calidad de la entrega y la calidad de las relaciones. Para Gummerson la forma en que se gestionan las 4Q afecta la calidad percibida por los clientes (Grönroos, 1994).

### **1.2.1.3 Modelo americano – SERVQUAL**

Este modelo fue desarrollado por tres profesores estadounidenses Parasuraman, Berry y Zeithalm en 1988, fueron financiados para realizar una investigación sobre la calidad del servicio, en su libro escrito en 1990, titulado “Calidad Total en la Gestión de Servicios”, exponen su experiencia la cual se resume a continuación.

La fase I consistió en un estudio cualitativo del servicio a los clientes y a los ejecutivos de empresas de servicios, que como resultado, les permitió desarrollar un modelo de calidad del servicio. La fase II consistió en un estudio empírico a gran escala que se centró en el punto de vista del cliente en el modelo creado por los autores. En esta fase desarrollaron una metodología para medir la calidad del servicio, llamada SERVQUAL y maduraron sus conclusiones teniendo en cuenta los patrones que el cliente tiene para juzgar la calidad de un servicio.

La fase III, consistió en un estudio empírico centrado en la otra mitad de su modelo, los proveedores de servicios. Esta tercera fase se realizó con una investigación en 89 oficinas pertenecientes a cinco empresas de servicio de USA.

Estudiaron seis áreas del sector servicios: reparación de equipos, tarjetas de crédito, compañías de seguros, llamadas de larga distancia, servicios bancarios y corredores de inversiones.

La fase IV se centró en las expectativas que tienen los clientes sobre el servicio, la forma en que los usuarios crean sus expectativas y los factores claves que afectan ese proceso. En esta fase incluyeron nuevos servicios: servicios automotrices, servicios de equipamiento industrial, hoteles y alquileres de camiones.

En este modelo se precisan particularidades de la calidad del servicio como es que es más difícil de evaluar que la calidad de los productos tangibles por parte del usuario, así como que los usuarios no solo evalúan la calidad de un servicio valorando el resultado final que reciben, sino que también toman en consideración el proceso de recepción del servicio.

Teniendo en cuenta que para estos autores calidad del servicio es la discrepancia entre expectativas y percepciones, caracterizan los factores que influyen las expectativas. En primera medida se encuentra lo que los usuarios escuchan de otros usuarios (comunicación boca – oído), después están las necesidades personales de los clientes que hasta cierto punto pueden condicionar sus expectativas, también se presentan las

experiencias previas, la comunicación externa del proveedor del servicio y finalmente está el precio, el cual es un factor que ajusta las expectativas.

En su primer estudio, estos autores identificaron 10 dimensiones que caracterizaban la calidad de los servicios (Tabla 1-2).

**Tabla 1-2:** Dimensiones originales SERVQUAL

<b>Dimensión</b>	<b>Definición</b>
Elementos tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
Fiabilidad	Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
Capacidad de respuesta	Disposición de ayudar a los clientes y proveerlos de un servicio rápido.
Profesionalidad	Posesión de las destrezas requeridas y conocimiento de la ejecución del servicio
Cortesía	Atención, consideración, respeto y amabilidad del personal de contacto.
Credibilidad	Veracidad, creencia, honestidad en el servicio que provee.
Seguridad	Inexistencia de peligros, riesgos o dudas.
Accesibilidad	Accesible y fácil de contactar.
Comunicación	Mantener a los clientes informados utilizando un lenguaje que puedan entender, así como escucharles.
Comprensión del cliente	Hacer el esfuerzo de conocer a los clientes y sus necesidades.

Fuente: Elaborado a partir de (Zetihaml et al., 1990)

Sin embargo con los distintos análisis estadísticos que se utilizaron en la estructuración de SERVQUAL mostraron la existencia de una importante correlación entre los ítems que representan varios de los diez criterios iniciales. El SERVQUAL tiene solo cinco criterios diferenciados, éstos incluyen todas las facetas de los diez criterios que originalmente habían conceptualizado. A continuación se presentan los criterios consolidados (Tabla 1-3).

**Tabla 1-3:** Dimensiones ajustadas SERVQUAL

<b>Dimensión</b>	<b>Definición</b>
Elementos tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
Fiabilidad	Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
Capacidad de respuesta	Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.
Seguridad	Conocimientos y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza.
Empatía	Atención individualizada que ofrecen las empresas a sus consumidores.

Fuente: Elaborado a partir de (Zeithaml et al., 1990)

Para Parasuraman, Zeithaml y Berry, las empresas prestadoras de servicios en su operación generan ciertos vacíos o “gaps” los cuales ocasionan brechas entre el servicio esperado y el servicio recibido; estos vacíos son: diferencia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos, diferencia entre la percepción de los directivos y las especificaciones o normas de calidad, diferencia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio, diferencia entre la prestación del servicio y la comunicación externa y el vacío que genera la medida de la calidad del servicio es la diferencia entre las expectativas del cliente y el servicio recibido (Zeithaml et al., 1990).

La anterior conceptualización los autores la materializan inicialmente en un instrumento de 44 ítems (22 referentes a expectativas, 22 referentes a percepciones) adicionalmente ítems en los cuales los clientes exponen la importancia que tienen para ellos cada uno de los ítems preguntados. La última propuesta realizada por Parasuraman, Berry y Zeithaml en 1994, la cual surge como respuesta a las críticas realizadas por autores como Cronin y Taylor (1992), Carman (1990), Babakus y Mangold (1992), se traduce en un instrumento de 22 ítems cuya escala de respuesta va de “mucho mejor de lo que esperaba” hasta “mucho peor de lo que esperaba”.

#### **1.2.1.4 Modelo SERVPERF**

Este modelo fue planteado por Cronin y Taylor en 1992, su propuesta surge como una crítica al modelo SERVQUAL, cuestionan el uso de las expectativas en el instrumento de medición de calidad, porque según estos autores, al usarlas se está confundiendo el constructo de satisfacción con el constructo de calidad. Para ellos la calidad debe ser conceptualizada y medida como una actitud.

Plantean que la inclusión de las expectativas en la medición de calidad responde a la definición de satisfacción, no de calidad percibida; por lo tanto su propuesta conceptual es eliminar del instrumento de medición los ítems relacionados con las expectativas y dejan solamente los 22 ítems relacionados con las percepciones, nombran a su instrumento SERVPERF y plantean que este instrumento da información más específica para que los gerentes tomen decisiones porque se basa en la evaluación del desempeño del servicio.

Para los autores las percepciones de la calidad del servicio reflejan la evaluación del consumidor desde su percepción respecto a los encuentros de servicio en un momento específico de tiempo.

Se han realizado estudios empíricos que comparan el uso de la escala SERVPERF y la escala SERVQUAL, algunos de ellos concluyen que estadísticamente el primero es más robusto para realizar la medición (McAlexander, Kaldenberg & Koeing, 1994) (Jain & Gupta, 2004) (Alén, 2006), mientras que otros plantean que el segundo es el superior (Bigné, Moliner, Vallet, & Sánchez, 1997).

Los que se inclinan por el SERVPERF argumentan que esta escala explica mejor la variación en la calidad de servicio que la escala SERVQUAL además que se reduce a un 50% los ítems a responder (Cronin y Taylor, 1992).

Finalmente es importante mencionar que estos autores plantean que los puntos de las escalas de medición deben ajustarse de una industria a otra (Cronin y Taylor, 1992).

### **1.2.1.5 Modelo “Servucción”**

Es un modelo propuesto por Eiglier y Langeard en 1989, quienes plantean que en la prestación de servicios se debe aplicar la rigurosidad propia de la planeación y ejecución de la manufactura, en cuanto a calidad del servicio plantean que si en la fabricación se garantiza la calidad planificando y controlando la producción, en los servicios se debe tener esta lógica.

Los autores reconocen las diferencias entre los bienes tangibles y los servicios, definen servucción como una forma de organización de los elementos físicos y humanos, de forma sistemática y coherente, con el objetivo de cumplir unos niveles de calidad que han sido predeterminados.

### **1.2.1.6 Modelo de calidad de servicio de Bolton y Drew**

Para estos autores la calidad del servicio es una actitud frente a la empresa y todos los servicios que ofrece, para el modelo propuesto por ellos en 1991, la calidad percibida es una función de la no confirmación de expectativas, partiendo de las percepciones sobre el desempeño del servicio y teniendo como resultado la satisfacción o insatisfacción del cliente (Bolton & Drew, 1991).

### **1.2.1.7 Modelo Desempeño Evaluado**

Este modelo es propuesto por Teas (1993), parte de un análisis del trabajo de Parasuraman, Zeithalm y Berry, indica que la discrepancia entre percepciones y expectativas puede no ser adecuada para la medición de la calidad del servicio, ya que un incremento de esta discrepancia no necesariamente refleja un incremento continuo en los niveles de calidad percibida.

Teas (1993) desarrolla y prueba dos modelos alternos para la medición de la calidad, el primero de ellos basado en el desempeño y el segundo en la normalización de la calidad. El modelo basado en el desempeño conceptualiza las expectativas como puntos ideales de los modelos actitudinales, y el de calidad normalizada integra el concepto de punto ideal con el de expectativa revisada. Este autor menciona que la especificación utilizada puede

generar problemas dependiendo de si los atributos empleados en la medición de calidad de servicio son vectoriales (puntos ideales infinitos) o atributos con puntos ideales finitos.

### **1.2.2 Calidad y satisfacción**

Como se puede evidenciar en las definiciones anteriores, la satisfacción aparece como el fin principal de la calidad. Se plantea que la calidad existe si se satisfacen las necesidades de los clientes y se define satisfacción como la superación de las expectativas de los clientes.

La satisfacción es el indicador objetivo tradicional de los sistemas de calidad (Chase & Jacobs, 2014), sin embargo al entender la relación que existe entre calidad y satisfacción, es importante diferenciar estos dos conceptos, algo complejo en el sector servicios.

Hay autores para quienes la satisfacción es un antecedente de la calidad percibida, es decir primero ocurre el proceso de desconfirmación (expectativas versus desempeño percibido) y luego si se conforma la percepción de calidad. Para estos autores la satisfacción es una evaluación de tipo transaccional mientras que la calidad percibida es una evaluación de un plazo mayor, la satisfacción se evalúa con base en lo que se esperarían, mientras que la calidad se evalúa respecto con lo que se debería esperar (Alén, 2006; Bitner, 1990; Bolton & Drew 1991, Parasuraman et al., 1988).

Para autores como Cronin y Taylor (1994), la calidad percibida se puede visualizar como la sumatoria de las satisfacciones/insatisfacciones que experimenta un cliente al realizar varias transacciones con la empresa. Relacionan la satisfacción con una evaluación emocional, mientras que la calidad percibida es el resultado de un proceso cognitivo (Hoffman & Bateson, 2011). En ese orden de ideas, las percepciones de la calidad del servicio son el reflejo de la valoración desde la percepción del consumidor respecto a los encuentros que ha tenido con dicho servicio en un momento específico de tiempo (Alén, 2006; Hoffman & Bateson, 2011).

Para otro conjunto de autores la calidad percibida es un antecedente a la satisfacción, en este caso antes de realizar la evaluación de las expectativas versus el desempeño, el cliente hace una evaluación del desempeño del servicio y después si lo compara con sus expectativas para llevar a cabo el proceso de desconfirmación. Para estos autores Oliver (1993) plantea que la calidad es un juicio más específico y es un componente de la satisfacción, el cual considera una evaluación más amplia (Iacobucci, Ostrom, & Grayson, 1995).

Otra diferenciación que hace este grupo de autores, es que todo lo que está “back-stage” afecta la percepción de calidad, no la satisfacción (Iacobucci et al., 1995). Además que no siempre los clientes compran el servicio de mejor calidad por algunas limitaciones, compran el servicio que los satisface más, es decir el que cumple mejor con sus expectativas (Lee, Lee & Yoo, 2000). Algunos autores plantean que los modelos de satisfacción podrían denominarse de calidad de servicio percibida, cuando el objeto de estudio es un servicio (Liljander, 1994).

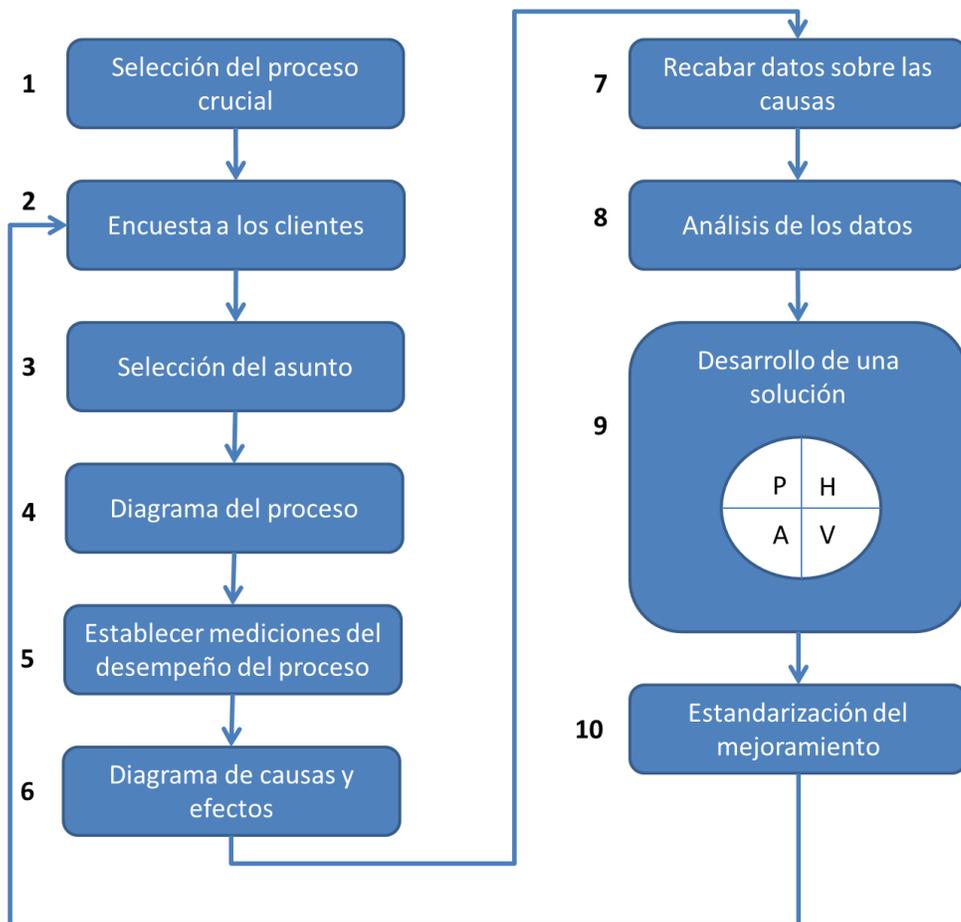
Finalmente, hay otro grupo de autores que ven la relación como un ciclo que se retroalimenta constantemente (Alén, 2006). De esta forma, no hay un consenso general respecto a la secuencia de la relación de los dos constructos, sin embargo en general se reconoce que son constructos diferentes estrechamente relacionados, y en cuanto a su medición, se plantea que la calidad del servicio tiene un mayor rol comparado con la satisfacción, cuando la organización desea hacer más que simplemente atender los “requerimientos mínimos” del cliente (Cronin y Taylor, 1992).

### **1.2.3 Mejoramiento continuo y la medición de la percepción de la calidad del servicio**

La medición de la percepción de la calidad del servicio es una fuente de información útil para el mejoramiento continuo, su función principal es la de realizar un diagnóstico y una evaluación a partir desempeño de la calidad de la organización desde la óptica de los clientes, en el caso del sector salud, de los usuarios o pacientes (Leebov & Ersoz, 1993).

En el proceso de solución de problemas de diez pasos planteado por Edwin Coate en 1990 (Figura 1-2), el segundo paso implica tener el concepto de los clientes, para lo cual se plantea el uso de las encuestas, dentro de las cuales se puede hacer uso de las de medición de percepción de calidad, que permiten identificar oportunidades de mejora, desde la evaluación que realizan los clientes del servicio que reciben. Así mismo este autor propone un proceso continuo en el cual luego de haber implementado mejoras a los procesos se deben volver a aplicar las encuestas a los clientes (Narasimhan et al., 1996).

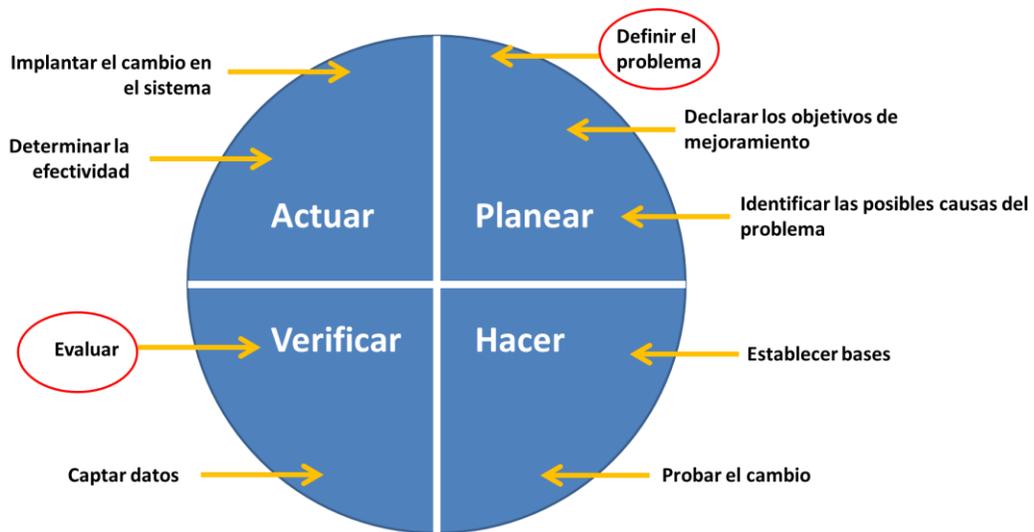
**Figura 1-2:** Proceso de solución de problemas de diez pasos



Fuente: L. Edwin Coate, Implementing Total Quality Management in a University Setting. 1990 Tomado de: (Narasimhan et al., 1996, p. 680)

También se puede encontrar la relación entre medición de percepción y mejoramiento, analizando con detalle el ciclo PHVA, dicha medición es posible en la fase planeación – definición del problema y en la fase de verificación – evaluación. El objetivo de la primera evaluación es identificar los posibles problemas de calidad en los que se debería trabajar y en la segunda evaluación, el objetivo es valorar el impacto de las acciones de mejora implementadas (véase Figura 1-3).

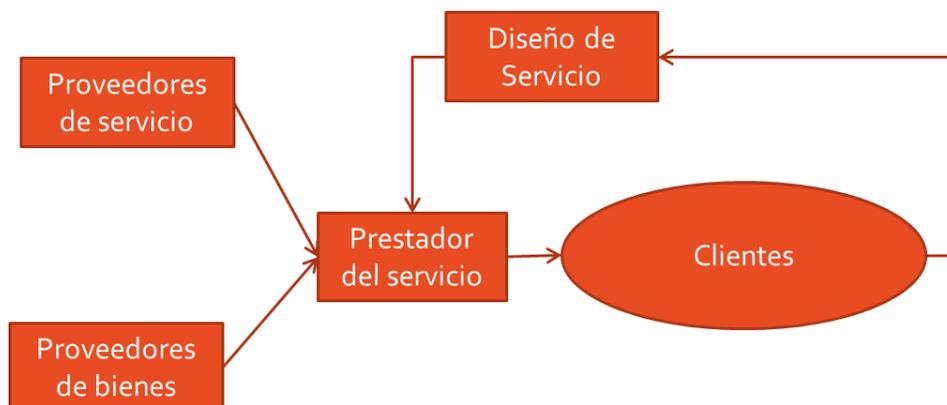
**Figura 1-3:** Ciclo de Shewhart: Planear-hacer-verificar-actuar



Fuente: Adaptado de (Narasimhan, et al., 1996; p 681)

La medición de la percepción de calidad también es útil para mejorar la calidad de los servicios desde su mismo diseño, esto es posible analizándose desde la visión de la gestión de la cadena de suministro, en la cual el diseño del servicio se retroalimenta de la evaluación que los clientes hacen sobre su desempeño (véase Figura 1-4).

**Figura 1-4:** Estructura cadena de suministro empresa de servicios



Fuente: Adaptado a partir de (Chase et al., 2009, p. 365)

## 1.3 La Calidad y su medición en los Servicios de Salud

### 1.3.1 Calidad en Salud

Teniendo en cuenta que los servicios odontológicos son servicios de salud, en cuanto a la concepción general de la calidad de los mismos, se encuentran los referentes conceptuales de la calidad en salud en general (Vargas et al., 2011) por lo anterior se presentará esta conceptualización general y la división específica para servicios odontológicos se realizará en el apartado de medición de la calidad de los mismos.

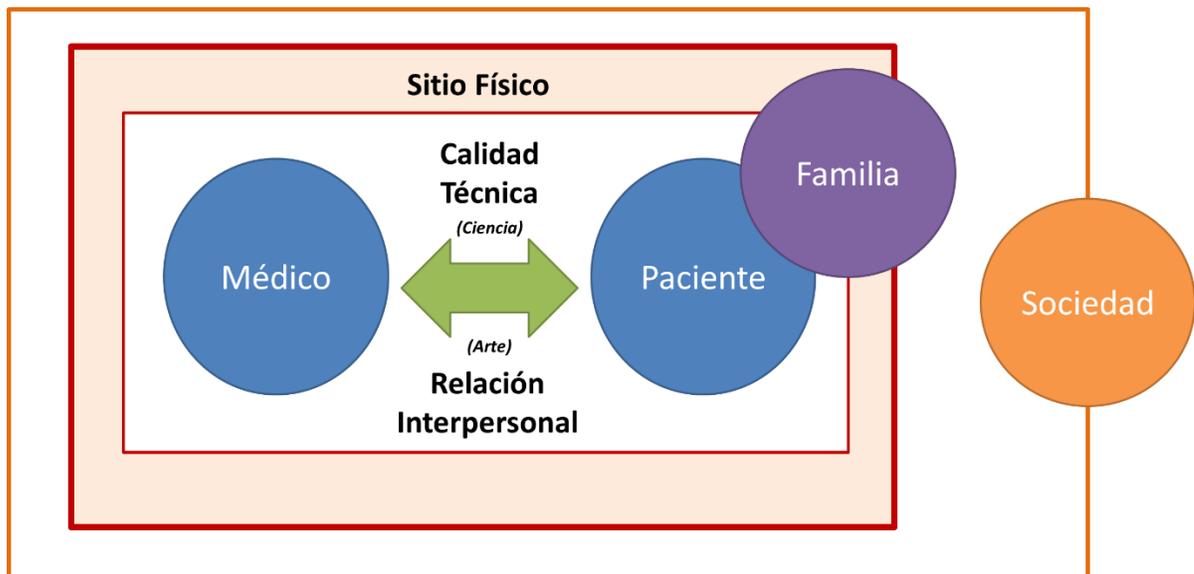
Uno de los autores más importantes de la historia de la investigación sobre la calidad de la atención en salud es el profesor Avedis Donabedian, quien en el año 1966 propuso el marco conceptual que sigue vigente en la actualidad (Pardo & Galán, 2000). En este marco, el autor define los posibles objetos susceptibles de ser inspeccionados: la estructura, el proceso y el resultado (Berwick & Bisognano, 2001).

La estructura hace referencia a los recursos y arquitectura organizativos de la atención en salud; el proceso a las secuencias de actividad diagnóstica y terapéutica; y el resultado se refiere al estado de salud y resultados funcionales de los cuidados (Donabedian, 1966).

Para profundizar sobre esta concepción se tomará como base a Kerguelén (2003) quien hace un detallado y completo recuento de cómo Donabedian estructura su visión sobre la calidad en salud.

Todo parte de un análisis de la relación paciente – proveedor de servicio de salud, a partir de la cual se identifican dos componentes: la parte técnica y la relación interpersonal del médico con su paciente. En la Figura 1-5, se encuentra un esquema del modelo básico de los componentes de calidad en salud propuestos por Donabedian, en cuyo eje central se encuentra la relación mencionada:

**Figura 1-5:** Componentes de la calidad en salud a partir de la relación médico – paciente.



Fuente: Elaboración propia a partir de (Kerguelén, 2003)

La calidad técnica refleja la aplicación de un marco conceptual y tecnologías con el fin de buscar los máximos beneficios posibles sin aumentar los riesgos (Kerguelén, 2003); la parte interpersonal resulta más difícil de medir, pero se asume que a partir de la aplicación de unas normas de comportamiento socialmente aceptado válidas se tendrán unas buenas

relaciones interpersonales entre los profesionales del campo de salud y sus pacientes (Kerguelén, 2003).

Hay un tercer componente que también se encuentra inmerso en el proceso de atención en salud y es el relacionado con las amenidades o comodidades, que hacen referencia a los sitios físicos en los cuales ocurre la relación prestador – paciente (Kerguelén, 2003).

Posteriormente Donabedian en 1988, incluye dos nuevos componentes a la conceptualización de la calidad en salud: la contribución a la asistencia de los pacientes y sus familias, y la salud recibida como sociedad.

De estos nuevos componentes, el primero hace referencia a que no solo los profesionales del campo son los responsables de la recuperación de la salud de los pacientes, sino que se requiere que los pacientes y sus familias sean parte activa de tal proceso de recuperación (Kerguelén, 2003), y el segundo se enfoca en la salud recibida como sociedad, no como individuo, conllevando a plantear la calidad en salud en términos de equidad y aceptabilidad.

Donabedian continúa su trabajo profundizando la conceptualización de tres componentes de la atención en salud (estructura – sitios físicos - , proceso – calidad técnica, relación interpersonal - y resultado), plantea que la evaluación de cada uno de ellos permite estimar la calidad de la atención brindada, siempre y cuando se tomen en consideración las características específicas del país en que se da la atención al paciente (Donabedian, 1990).

Donabedian resalta que cada cultura cuenta con sus normas de adecuación, evidentes diferencias en la disponibilidad de recursos, las preferencias y creencias de la gente, y consecuentemente deben cambiar los criterios para evaluar la calidad de la atención. Para él, calidad significa esencialmente conformidad con las normas aunque tales no son absolutas, sino que varían de una sociedad a otra (Donabedian, 1990).

Respecto a la atención técnica Donabedian (1990), afirma que en la mayoría de lugares del mundo conviven dos sistemas de salud, uno nativo y otro conocido como “occidental”, son sistemas que se pueden influenciar mutuamente y que los usuarios pueden tomar servicios de los dos sistemas para aumentar la probabilidad de tener buenos resultados. La evaluación técnica de la calidad requiere tener una base comprobada con anterioridad para cada uno de los sistemas que se desee evaluar.

En cuanto a los recursos humanos y materiales involucrados en la prestación de servicios de salud, menciona que existen diferencias locales entre disponibilidad y características de estos recursos, por lo tanto la evaluación de la calidad en este componente debe tener en cuenta los mejores resultados posibles a partir de los recursos disponibles, es decir las calificaciones de desempeño deben tener en cuenta lo que es razonablemente posible dadas las condiciones de un ambiente específico.

Para (Donabedian, 1990) los pacientes y los proveedores de servicios de salud son socios en la producción de la atención, y lo que los pacientes valoran, determinará cuáles objetivos y logros de la atención vale la pena alcanzar. La eficiencia del sistema de salud, se traduce en que las decisiones de atención se deben fundamentar en el objetivo de mejorar el bienestar de las personas, empleando recursos limitados y siguiendo un sistema de prioridades basadas en la relación entre el costo y la efectividad. La equidad en este contexto depende de la asignación de recursos de acuerdo con algún principio de justicia o imparcialidad.

Profundizando en el manejo de la relación interpersonal, Donabedian plantea que los valores que incorporan la cultura y las costumbres locales determinan lo que es correcto, propio o moral en las transacciones paciente-proveedor de servicios de salud. Y estos valores influyen, a su vez, en la forma en que los pacientes participen en su propia atención.

Finalmente para el ambiente físico en el que cual se lleva a cabo el proceso de atención, plantea que los parámetros aceptables varían de una sociedad a otra, debido a las diferencias de riqueza material y de nivel de vida, depende de nociones culturales sobre lo que es bueno o correcto.

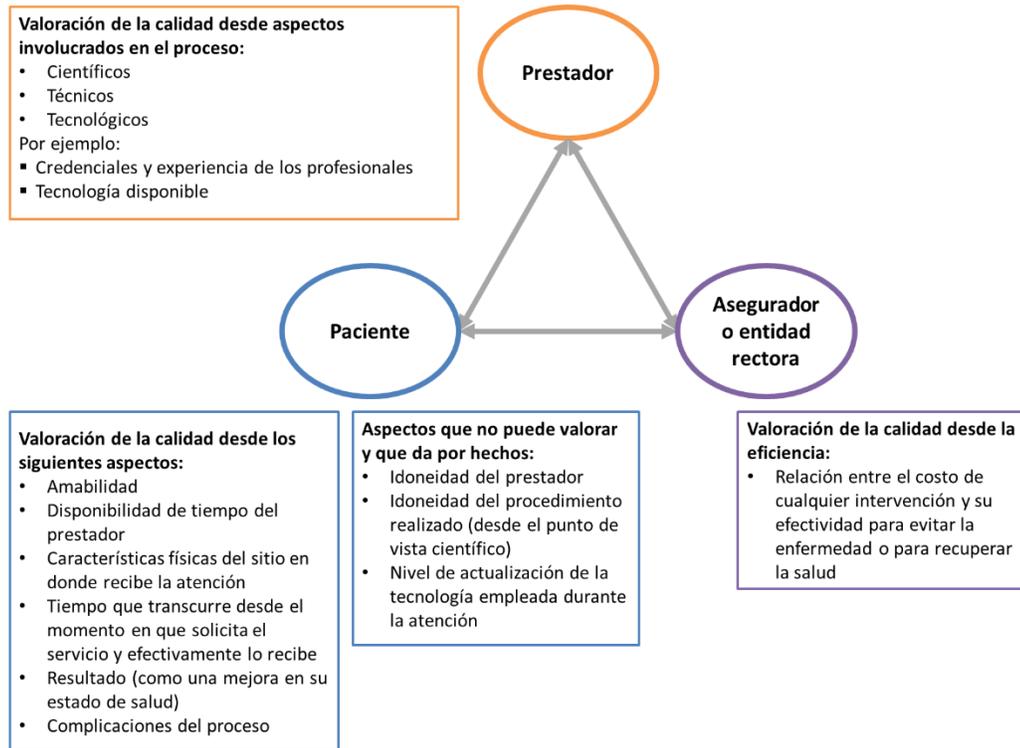
Los aportes de Donabedian han tenido gran aceptación en la comunidad académica y profesional del campo de la salud, partiendo de los planteamientos iniciales de este autor se encuentran visiones modernas de la calidad en salud que contextualizan el concepto para realizar diversos análisis, los cuales se han enfocado en identificar los diferentes actores que conforman el sector salud, las relaciones que existen entre ellos, los intereses que tienen y se han planteado modelos que tratan de integrarlos, específicamente en lo que tiene que ver con la calidad.

Un modelo integrador de los actores que intervienen en un servicio de salud y su visión sobre la calidad, es el planteado por la Organización para la Excelencia en Salud<sup>3</sup>, este modelo plantea que para definir calidad en salud, se deben tener en cuenta las perspectivas de los tres actores principales que hacen parte del sistema: el paciente, el prestador del servicio y el asegurador o entidad rectora (Figura 1-6) (OES, 2015).

---

<sup>3</sup> Antes conocido como el Centro de Gestión Hospitalaria, organización líder en el país en cuanto a calidad en salud se refiere, fue creado en el año de 1991 con el propósito explícito de fomentar y liderar el mejoramiento de la calidad de atención en salud.

**Figura 1-6: Visión Integral Calidad en Salud**



Fuente: Elaboración propia a partir de (OES, 2015)

Esta visión integral permite entender que en la prestación de un servicio de salud intervienen diversos actores con sus respectivos intereses, cada uno cumple una función diferente en la prestación del servicio y así mismo cada actor puede y debe participar en la definición de lo que es calidad en salud.

Partiendo de la división que realiza Donabedian sobre la calidad en salud para el individuo y calidad en salud para la sociedad, se encuentra un planteamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que propone dos dimensiones para la calidad en salud: macro y micro (Velandia, Ardón & Jara, 2007).

**Tabla 1-4: Dimensiones macro y micro de la calidad en salud.**

<b>Dimensión Macro</b>	<b>Dimensión Micro</b>
Se refiere al sistema de salud.	Se refiere a una atención de salud buena y suficiente.
Se espera que el sistema sea justo, equitativo, universal, solidario, eficiente,	Predominan los estándares de calidad apoyados en la percepción, sensación,

**Tabla 1-4:** Dimensiones macro y micro de la calidad en salud.

<b>Dimensión Macro</b>	<b>Dimensión Micro</b>
eficaz, democrático, participativo, descentralizado e integrado entre otros.	vivencia, satisfacción y situación de salud del usuario.
Los estándares de calidad (implícitos o explícitos) se fundamentan en valores sociales y paradigmas internacionalmente aceptados.	Se espera que la atención sea accesible, oportuna, rápida, limpia, segura, eficaz, cómoda, respetuosa de la dignidad, de los derechos, la confidencialidad y privacidad del usuario.
Se evalúa el desempeño del sistema de salud.	Se evalúa el desempeño de las organizaciones prestadoras de servicios de salud.

Fuente: Elaboración propia a partir de (Velandia et al., 2007)

La dimensión macro hace referencia al sistema en sí mismo y la dimensión micro se dirige a la atención que recibe el paciente propiamente dicha (Velandia et al., 2007), las diferencias detalladas se pueden ver en la Tabla 1-4.

De esta forma, y dada la complejidad y variedad de conceptos vinculados con la calidad en la salud, para efectos de este documento se tendrá como definición integral la propuesta por el Ministerio de la Protección Social: “Provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (Ministerio de la Protección Social, 2006, p.2)

### **1.3.2 Medición de la calidad en salud y en servicios odontológicos**

La medición de la calidad en salud sigue la misma dinámica de la medición de la calidad en servicios, la cual consiste en la identificación de dimensiones que permitan realizar dicha medición. Al igual que en la medición de calidad en servicios existen varias propuestas sobre cuáles serían las dimensiones a tener en cuenta para las evaluaciones de la calidad de los servicios de salud.

Así como en calidad en servicios se habla de calidad objetiva y calidad subjetiva, en servicios de salud se habla de revisión explícita y revisión implícita. La revisión explícita consiste en revisiones de los procesos de los cuidados frente a los criterios escritos y la revisión implícita consiste en una recopilación de opiniones realizada por expertos clínicos reconocidos que puntúan la idoneidad de los cuidados sin hacer referencia a los criterios específicos ya existentes (Berwick & Bisognano, 2001).

Pardo & Galán (2000) plantean que para evaluar la calidad de la atención es importante, tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención en salud. En su obra realizan una compilación de estos atributos, según diversos autores y trabajadores del tema, los cuales se presentan a continuación:

**Oportunidad:** Corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

**Continuidad:** Se refiere a la aplicación, en secuencia lógica, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

**Suficiencia e integridad:** Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.

**Racionalidad lógico – científica:** Utilización del saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios de los enfoques lógico y óptimo.

**Satisfacción del usuario y del proveedor:** Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Asimismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan.

**Efectividad:** Es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.

**Eficiencia:** Es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud.

**Optimización:** Es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.

**Aceptabilidad:** Es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluye aspectos relativos a la accesibilidad, relación médico – paciente, amenidades y conformidad con los efectos y los costos del tratamiento.

**Legitimidad:** Es la conformidad con los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes que rigen la comunidad.

**Equidad:** Es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población.

Este conjunto de atributos se pueden encontrar en las dimensiones macro y micro propuestas por la OMS, entre todos integran el sistema de salud y dan una visión integral de la calidad del mismo, sin embargo la medición de cada uno de ellos puede corresponder a diferentes actores, según el modelo de la OES (2015) unos serían los atributos que podrían medir la entidad rectora, otros el prestador del servicio y otros el paciente.

Los líderes con más experiencia en el sector salud buscan principalmente el aseguramiento de la calidad a través de la acreditación de instalaciones y el personal (Berwick & Bisognano, 2001), que es lo que se realiza por medio de la habilitación de los prestadores de servicios de salud (Ministerio de la Protección Social, 2006) mediante revisiones periódicas internas y externas contrastadas frente a unos estándares, y a través del estudio de los sucesos poco frecuentes y las complicaciones.

Berwick & Bisognano (2001) hacen algunas consideraciones propias del sector salud que inciden directamente en la complejidad del dimensionamiento de la calidad en este sector,

como por ejemplo, que las actividades de calidad en el sector salud han sido enfocadas en la inspección con el objetivo principal de estabilizar el desempeño, dada su exposición a esfuerzos desarticulados que han impedido una visión sistemática y una optimización global de sus servicios; o que las organizaciones asociadas al sector salud no han creído que con la adopción de nuevos métodos de mejora puedan obtener resultados positivos significativos, muchos tienen tendencia a considerar los resultados de las enfermedades como biológicamente predeterminados, a considerar las expectativas del paciente respecto a la comodidad y el servicio como algo “irreal” así como que los excesivos y altos costos de la salud no se pueden evitar.

En el sector salud existe un rechazo al enfoque hacia el cliente<sup>4</sup>, pues esta palabra genera polémica para los profesionales del sector, sin embargo el *enfoque en el cliente* surge de las tendencias de investigación sobre calidad en salud que se desarrollaron en el último cuarto del siglo XX (Berwick & Bisognano, 2001), y se traducen en mediciones de calidad basadas en los conceptos de los pacientes, incluyendo por ejemplo la opinión del propio paciente sobre su estado de salud como una forma fiable y válida de evaluación de los resultados de la atención. Hasta ese momento, las mediciones de los resultados eran variables observadas por el médico, como por ejemplo la presión arterial y el pulso, no se tomaban en cuenta las variables que podrían ser informadas directamente por los pacientes.

Continuando con el desarrollo conceptual de la medición de la calidad en salud cabe resaltar los aportes realizados por Pardo y Galán (2000) quienes mencionan que el enfoque moderno de auditoría médica no está dirigido al alcance rígido de estándares, sino más bien al mejoramiento continuo de la calidad de la atención y de la operación general de los servicios.

---

<sup>4</sup> “Cuando el concepto de “cliente” fue introducido por primera vez por los consultores de calidad en las organizaciones sanitarias, surgió una reacción alérgica. “Yo no tengo clientes”, fue la frase recurrente de los doctores y enfermeras; “yo tengo pacientes”. La reacción parecía venir de un malentendido, en tanto que “el enfoque hacia los clientes” parecía degradar de alguna manera la importancia de la experiencia técnica del médico o su compromiso con la profesionalidad”. (Berwick & Bisognano, 2001, p. 32.1).

Lo anterior implica que si en una primera evaluación se encuentran oportunidades de mejora como por ejemplo, demoras elevadas en la prestación de los servicios, alta proporción de historias clínicas con registros fundamentales errados, el porcentaje de satisfacción muy bajo en los usuarios, etc., este análisis debe conducir a la toma de decisiones para lograr, en un tiempo prudencial, una mejoría importante en los puntos críticos de las áreas de evaluación. El cambio deseado se debe traducir en metas definidas para un periodo de tiempo determinado. De acuerdo con este enfoque, la organización sería valorada por las mejoras que realice según las oportunidades identificadas, en lugar de puntajes rígidos derivados de estándares convencionales (Pardo & Galán, 2000).

Se puede conceptualizar que la calidad en salud se caracteriza para su medición como calidad objetiva y calidad subjetiva: en la calidad objetiva se encuentra lo que Donabedian (1966) plantea como la dimensión estructura, es decir la verificación física de instalaciones y equipos, así como de la capacidad financiera de los proveedores de servicios de salud, de igual forma se incluiría la medición de la calidad técnica, la cual estaría a cargo de expertos técnicos en las áreas de la salud evaluadas, el resultado también tendría una dimensión de calidad objetiva valorada por otro experto diferente a quien ejecutó el proceso de atención, teniendo en cuenta que para el caso de los servicios de salud, el resultado también depende de la contribución del paciente en el cuidado o cambio de hábitos de vida. Y en la calidad subjetiva se podría evaluar las tres dimensiones 1. Estructura, 2. Proceso entendido en la interacción con el médico y 3. Percepción de resultados, siempre y cuando se haga desde la visión del paciente. Esta segunda dimensión es la que se profundiza en el presente trabajo.

Para evaluar la calidad de los servicios de salud desde la percepción de los pacientes hay que tener en cuenta que es probable que para un paciente la calidad de la atención puede ser óptima, mientras que otro paciente del mismo hospital, atendido el mismo día con tratamientos idénticos, puede percibir que la atención no es la mejor, y por tanto, juzgar la calidad de manera diferente (Cobra, 2000), esto en términos de la calidad del servicio, como se vio en el respectivo apartado corresponde a la heterogeneidad de los mismos.

En el ámbito internacional los estudios de calidad de la atención médica desde la percepción de los pacientes han sido numerosos, se han desarrollado en diversas áreas de las ciencias de la salud y se encuentran dos líneas principales en cuanto a las herramientas utilizadas: de una parte se encuentran instrumentos desarrollados por profesionales del área de la salud (Meterko et. al, 1990) y de otra parte se encuentran instrumentos desarrollados a partir de modelos como el SERVQUAL validados por profesionales del campo de la salud (Babakus & Mangold, 1992) (Mira et. al, 1998).

Del primer grupo se puede mencionar el instrumento construido por Meterko et al. (1990), el cual divide la atención en salud en procedimientos y funciones, personal médico e instalaciones, equipo y materiales. El instrumento se organiza basado en el proceso que sigue un paciente cuando ingresa a un hospital, entonces hay ítems que preguntan desde el proceso de admisión, pasando por el cuidado diario en el hospital hasta la facturación de los servicios prestados.

En el segundo grupo se destaca el instrumento SERVQHOS (Mira et. al, 1998) desarrollado en España, el cual nace como una adaptación de SERVQUAL para el sector hospitalario, divide la calidad en calidad objetiva y calidad subjetiva, se compone de 16 ítems y utiliza la última propuesta de escala del instrumento original (desde “mucho mejor de lo que esperaba”, hasta “mucho peor de lo que esperaba”). Se expone que la aplicación del SERVQUAL en España, en el sector salud, ha presentado problemas metodológicos, entre ellos la dificultad intrínseca de medir expectativas, dificultades de los pacientes para entender las escalas de respuesta y a la capacidad predictiva de las puntuaciones de la diferencia entre expectativas y percepciones. Por último los autores proponen la herramienta como un instrumento de mejoramiento de la calidad asistencial.

Respecto a los servicios odontológicos, en el ámbito internacional también se encuentran los dos tipos de propuestas en cuanto a instrumentos para medir la calidad desde la percepción de los pacientes, unas desarrolladas por profesionales e investigadores del sector salud y otras por profesionales e investigadores de las ciencias de gestión que validan sus instrumentos con expertos del campo odontológico.

Es importante anotar que se encuentran estudios que a través de la medición de la satisfacción tratan de determinar la calidad de los servicios odontológicos, siguiendo los

lineamientos de Donabedian, en los cuales la satisfacción es un indicador de resultado del proceso de atención (Ross & Ware, 1982) (Stewart & Spencer, 2002).

Haciendo referencia al primer grupo planteado (instrumentos creados desde profesionales del sector salud), en los servicios odontológicos se encontró únicamente una propuesta, formulada por Aguilar et al., en el año 2013, en México, proponiendo un cuestionario llamado DSQS (Dental Services Quality Scale). Este ha sido un instrumento diseñado para medir la percepción de la calidad del servicio odontológico de los pacientes de una clínica universitaria, está compuesto de cuatro dimensiones: infraestructura/servicio, proceso/comunicación, tiempo de espera y resultados. Incluye preguntas sobre la calidad total percibida, la satisfacción del paciente y la percepción sobre el costo del tratamiento.

Del segundo grupo de instrumentos (creados desde investigadores y practicantes de las ciencias de gestión) se encuentran adaptaciones del SERVQUAL, del SERVPERF y del SERVQHOS. La primera adaptación del SERVQUAL para los servicios odontológicos fue realizada por Carman (1990), partió del SERVQUAL de 10 dimensiones (primera versión propuesta por Parasuraman et al., 1988). El instrumento utilizado en la clínica dental universitaria se basó en un análisis de servicios de salud en general, constó de 12 ítems de los originales del SERVQUAL y le fueron adicionados cuatro nuevos, y sus dimensiones fueron: tangibles, confiabilidad, seguridad, conveniencia y costo.

Otro trabajo que consistió en la adaptación de instrumentos pre-existentes fue el realizado por Mc Alexander et al. (1994), estos autores tomaron los instrumentos originales SERVQUAL, SERVQUAL ponderado, SERVPERF y SERVPERF ponderado, los aplicaron a pacientes de un par de clínicas odontológicas de Estados Unidos, utilizando las 5 dimensiones originales: tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía; en total usaron 16 ítems para el servicio odontológico; y como resultado de este ejercicio los autores plantean que SERVPERF cuenta con mayores ventajas y en general es el instrumento más idóneo para esta medición.

Existen otras adaptaciones para servicios odontológicos, como las de Baldwin y Sohal (2003) quienes realizaron un estudio adaptando la redacción del SERVQUAL y fue aplicado en Australia y el de Taiwo et al. (2014) utilizado en Nigeria.

En cuanto a Latinoamérica, se tienen adaptaciones del SERVQHOS en Perú (Rodríguez, 2012) y del SERVPERF en Chile (Araya et. al, 2012). Estas adaptaciones respetaron los ítems originales de los instrumentos y realizaron adaptaciones de redacción. Para ver el diagrama resumen de los estudios consultados ir al anexo A del presente trabajo.

Es importante precisar que la medición de la percepción de calidad en los servicios odontológicos también responde a objetivos relacionados con el área de mercadeo, teniendo en cuenta que estos servicios son considerados como “servicios de comparación” es decir que su compra es esporádica y requieren un esfuerzo medianamente importante para realizarla. El consumidor realiza una comparación de varios servicios y marcas antes de tomar la decisión, comparando calidad, características y precios. En este tipo de servicios el consumidor tiene un alto grado de participación (Roxane & Donoho, 1996).

Una diferencia entre los servicios odontológicos y los servicios de salud en general es que las enfermedades dentales en pocas ocasiones ponen en riesgo la vida de las personas, por lo tanto algunos de los tratamientos de cuidado bucal son considerados estéticos y pueden ser vistos como un lujo por parte de las entidades aseguradoras, sin embargo la atención dental adecuada es considerada como un pre-requisito para la buena salud en general y el bienestar de las personas (McCann, 2007).

Teniendo en cuenta que no todos los servicios odontológicos son cubiertos por las entidades aseguradoras, se ha generado un mercado de oferentes de servicios odontológicos que compiten entre sí, en ese contexto la percepción de calidad del servicio se convierte en uno de los determinantes para la selección del odontólogo (Newsome & Wright, 1999; Wang, Janda & Rao, 1996).

En un estudio realizado por (Harr, 2001), se encontró que el 15 % de los pacientes cambian de odontólogo por una baja calidad de las intervenciones y altos costos de los tratamientos, el 20% atribuye el cambio a la falta de cortesía del odontólogo y el 50% menciona que un

pobre “servicio global” es la principal razón para cambiar de odontólogo; por tanto concluye que la calidad del servicio odontológico es clave para la consecución de nuevos pacientes.

Similares resultados se han dado en acercamientos como el de López, Cerezo y Paz (2010) quienes manifiestan que las quejas que más se presentan respecto al servicio odontológico en general están asociadas con una calidad deficiente en los tratamientos, las actitudes de los odontólogos y el costo excesivo de los tratamientos.

Estudios realizados por Mc Keithen (1966) y por Kronfield (1979) encontraron que para los pacientes, un buen odontólogo se caracteriza por tener habilidades para reducir el miedo y la ansiedad, una personalidad agradable y una buena capacidad técnica. Así mismo, los pacientes participantes en el estudio manifestaron que también valoran que la explicación que se realiza del tratamiento sea clara.

Se puede concluir que la medición de la percepción de calidad del servicio odontológico se justifica desde el interés por mejorar el servicio por parte de las directivas de las organizaciones y debido a la importancia que tiene la percepción de calidad para la toma de decisiones de los pacientes respecto a la elección del odontólogo.

### **1.3.3 Satisfacción y percepción de calidad en el sector salud**

Así como existe un debate académico en cuanto a la calidad percibida y la satisfacción en lo concerniente a la calidad del servicio, en el sector salud también existe un debate en la relación de estos dos conceptos.

En el sector salud la satisfacción se ha usado como un indicador de la calidad del servicio desde la visión del paciente, su medición es sugerida por Donabedian partiendo del supuesto que una persona satisfecha es el resultado de un proceso de atención de alta calidad (Velandia et al., 2007).

El uso de la satisfacción como indicador de calidad es masivo en el mundo, hay países en los cuales su medición es obligatoria (Gill & White, 2009) como es el caso de Colombia

(Ministerio de la Protección Social, 2006) donde cada seis meses las IPS deben realizar una medición de la satisfacción de los pacientes y reportarlo a la Superintendencia de Salud, la cual a su vez reporta los indicadores de satisfacción para que los usuarios puedan conocerlos en su proceso de selección de la entidad prestadora de servicios de salud.

Consultando la base de datos con los indicadores de satisfacción reportados por las IPS a la Superintendencia de Salud y disponibles en el sistema de información del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud (Ministerio de Salud, 2015), se tiene que según el último reporte realizado para el segundo semestre del 2014 el promedio del indicador para Bogotá fue del 88% de satisfacción, sin embargo se desconoce la metodología bajo la cual cada IPS calcula este indicador, el cual es sujeto a verificación en las visitas de inspección que se realizan semestralmente. Es importante aclarar que el Ministerio de Salud, deja autonomía para que cada IPS determine su metodología de medición de la satisfacción, algo que limita la posibilidad de hacer comparaciones entre las instituciones debido a que cada una puede utilizar instrumentos diferentes.

La obligación de medir la satisfacción de los usuarios respecto a los servicios de salud recibidos Colombia, el Ministerio la justifica planteando que es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar la IPS donde se tomará el servicio de salud. Al consultar la información sobre el indicador de satisfacción, en la página Web del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud, el Ministerio se manifiesta que por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto (Ministerio de Salud, 2015).

Autores como Velandia et al., (2007) plantean que asumiendo una relación en la cual la calidad precede a la satisfacción y contribuye a determinarla, las evaluaciones de calidad percibida, permiten anticipar con limitaciones importantes los estados de satisfacción o insatisfacción de los pacientes. Así mismo afirman que las evaluaciones de calidad percibida corresponden a un método directo para evaluar la satisfacción.

Sin embargo hay otro grupo de autores que defienden el uso de las evaluaciones de percepción de calidad desde la óptica de los pacientes y critican el uso de las encuestas de satisfacción como único indicador desde la visión del paciente (Gill & White, 2009). Por

ejemplo Williams (1994) a través de una revisión de los resultados de las investigaciones pasadas sugiere que los pacientes pueden tener un complejo conjunto de importantes y relevantes creencias que no pueden ser incorporados en términos de expresiones de satisfacción. En consecuencia, muchas encuestas de satisfacción proporcionan sólo una ilusión de producir resultados que tienden sólo para refrendar el *status quo*. Este autor plantea que si los proveedores de servicios de salud desean conocer de manera significativa la experiencia y las percepciones de los pacientes deben centrar su investigación primero en identificar las formas y los términos en los que los pacientes perciben y evalúan el servicio de salud ofrecido (Williams, 1994).

Otra de las críticas que se han realizado a la medición de la satisfacción es que muchos de los instrumentos diseñados para su medición no han sido estudiados para evidenciar sus propiedades psicométricas. Al no tener instrumentos estandarizados, por más que se tengan numerosos estudios, es casi imposible realizar un meta-análisis comparativo entre los diferentes resultados de satisfacción (Gill & White, 2009).

Los anteriores autores (Gill & White, 2009) también critican que la medición de la satisfacción no ha llevado a obtener mejoras del proceso de atención como tal, en Francia por ejemplo la medición de la satisfacción es obligatoria desde 1998 y las acciones de mejora se han enfocado en mejorar las instalaciones de los hospitales, pero no el proceso de atención.

Por otra parte Gill y White (2009) plantean que las investigaciones en el sector salud respecto a las dimensiones de la calidad de los servicios y de la calidad percibida de los mismos han sido limitadas y la mayoría de estudios realizados para buscar las dimensiones de la calidad de los servicios de salud continúan midiendo la satisfacción principalmente. Esto ha limitado el desarrollo de la investigación de la percepción de calidad en el sector salud.

En esta misma línea se encuentran (O'Connor & Shewchuck, 2003) quienes plantean que la satisfacción del paciente está basada en análisis descriptivos, sin marcos teóricos claros

y concluyen que en los servicios de salud, la atención de los investigadores se debe enfocar en medir la calidad técnica y la calidad funcional, no la satisfacción.

Gottlieb, Grewal y Brown (1994) encontraron que la satisfacción del paciente medía el efecto de la calidad percibida en las intenciones de comportamiento, que incluye por ejemplo adherencia a los tratamientos y seguir las recomendaciones del proveedor del servicio.

Finalmente como uno de los principales argumentos para realizar la medición de la percepción de calidad en los servicios de salud es que estudios han demostrado que el seguimiento de las recomendaciones de los profesionales del sector salud y el seguimiento de los tratamientos están directamente relacionados con la calidad del servicio percibida (Irving & Dickson, 2004).

## 1.4 La Calidad de la Salud y los Servicios Odontológicos en Colombia

### 1.4.1 Marco Legal de la Calidad de la Salud en Colombia

Con el objetivo de tener una visión general de la Calidad de la Salud en Colombia desde el punto de vista normativo, a continuación se presenta la Tabla 1-5 que resume las principales normas relacionadas con la Calidad en Salud.

**Tabla 1-5:** Marco legal Salud en Colombia

Documento		Descripción
Código Sanitario Nacional	Ley 9 de 1979	Define las normas generales para preservar, restaurar y mejorar las condiciones necesarias en lo que se relaciona a la salud humana. Define los criterios para el manejo de radiaciones en el caso de la odontología.
Ética Médica	Ley 23 de 1981	Dicta las normas de ética médica.
Reorganización del Sistema	Ley 10 de 1990	Reglamenta el proceso de descentralización en salud y define la salud como un servicio público a

**Tabla 1-5:** Marco legal Salud en Colombia

<b>Documento</b>		<b>Descripción</b>
Nacional de Salud		cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales.
Creación del Sistema de Seguridad Social Integral	Ley 100 de 1993	<p>Crea el régimen subsidiado y contributivo.</p> <p>El artículo 153 prevé que el sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en la práctica profesional.</p> <p>El artículo 186 contempla que el Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.</p> <p>El artículo 227 consagra como facultad del Gobierno expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad en la atención en salud.</p>
Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General	Decreto 2174 de 1996	<p>Define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Plantea que la calidad de la atención en salud está dada por el conjunto de características técnico-</p>

**Tabla 1-5:** Marco legal Salud en Colombia

<b>Documento</b>		<b>Descripción</b>
de Seguridad Social en Salud		científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la Seguridad Social en Salud.  La calidad integra características como la idoneidad y competencia profesional, disponibilidad y suficiencia de recursos, eficacia, eficiencia, integralidad, continuidad, atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.
Normas funcionamiento prestadores de servicios de salud	Decreto 2753 de 1997	Estipula las normas para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.  Define la calidad del servicio estipulado en el Decreto 2174 de 1996.
Sistema General de Participaciones	Ley 715 de 2001	Define las competencias de la Nación y los Entes Territoriales en la salud.
Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Decreto 2309 de 2002	Establece las pautas para la organización del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.  Define las características para la habilitación de prestadores de servicios de salud: condiciones de capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, condiciones de capacidad técnico – administrativa y autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación.  Así mismo define la acreditación como un proceso voluntario que implica demostrar que se cumplen

**Tabla 1-5:** Marco legal Salud en Colombia

Documento		Descripción
		estándares de calidad superiores a los mínimos exigidos para la prestación de los servicios de salud.
Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Decreto 1011 de 2006	Define las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ajustes al Sistema General de Seguridad Social	Ley 1122 de 2007	Realiza ajustes al Sistema de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Se crea la Comisión de Regulación en Salud CRES.  El artículo 14 establece la organización del Aseguramiento, entendido como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.
Disposiciones respecto al Talento Humano en Salud	Ley 1164 de 2007	Crea el Concejo Nacional de Talento Humano en Salud. Algunos desarrollos generados por esta Ley han permitido la creación del Colegio Colombiano de Odontólogos.

Fuente: Elaboración Propia a partir de (Laverde et al., 2013) (Defensoría del Pueblo, 2009).

### 1.4.2 La Calidad de la Salud en Colombia

En Colombia la calidad en salud está regida por el Decreto 1011 de 2006, el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). El primer avance en este sentido se había dado con el Decreto 2309 de 2002.

El SOGCS es “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” (Ministerio de la Protección Social, 2006).

El objetivo del SOGCS es mejorar los resultados de la atención en salud, teniendo como eje central el usuario y entendiendo que la calidad en salud va más allá de verificar la existencia de estructura o de documentación de procesos, esta verificación constituye un prerrequisito para la consecución de resultados.

Las características planteadas por el SOGCS para evaluar y mejorar la Calidad de la Atención en salud se presentan en la Tabla 1-6:

**Tabla 1-6: Características del SOGCS.**

<b>Característica</b>	<b>Definición</b>
Accesibilidad	Posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Oportunidad	Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o salud.
Seguridad	Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.
Pertinencia	Grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

**Tabla 1-6:** Características del SOGCS.

Característica	Definición
Continuidad	Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basadas en el conocimiento científico.

Fuente: Tomado de (Ministerio de la Protección Social, 2006, p.3)

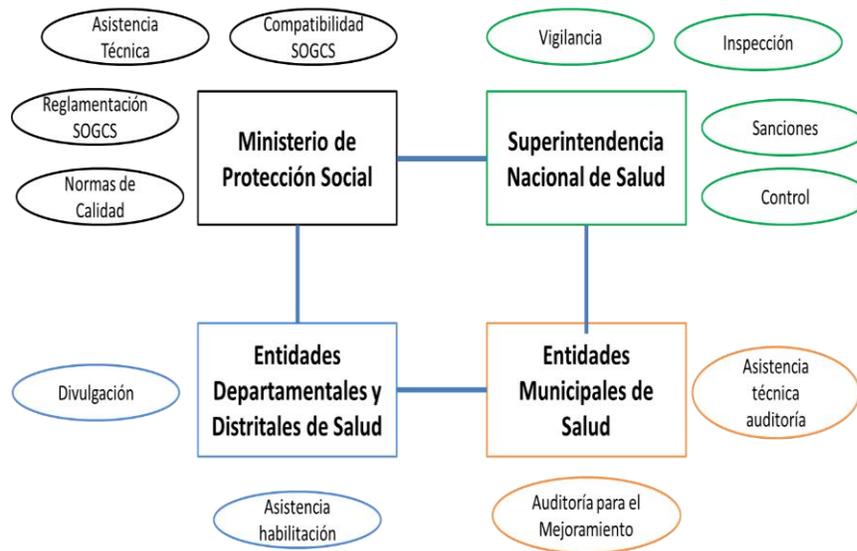
El SOGCS tiene los siguientes componentes (Figura 1-7).

**Figura 1-7:** Componentes SOGCS



Fuente: Elaboración propia a partir de (Ministerio de la Protección Social, 2006)

Sobre los anteriores componentes, el Ministerio de Protección Social está en la potestad de realizar ajustes periódicos y progresivos a los estándares de los diversos componentes, teniendo en cuenta el desarrollo del país, los avances en el sector y los resultados de las evaluaciones realizadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud (Figura 1-8) (Ministerio de la Protección Social, 2006).

**Figura 1-8:** Actores Sistema Obligatorio de Calidad en Salud y sus funciones

Fuente: Elaboración propia a partir de (Ministerio de la Protección Social, 2006)

A continuación se hará una breve explicación de cada uno de estos componentes del SOGCS:

#### 1.4.2.1 Sistema único de habilitación

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema (Ministerio de la Protección Social, 2006), por tanto, es obligatorio por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB, y su principal objetivo es brindar seguridad a los pacientes frente a los potenciales riesgos.

Este sistema se visualiza como la garantía de lo mínimo que debe cumplir una institución prestadora de servicios de salud para poder ofrecer atención a los usuarios.

1. Condiciones de capacidad tecnológica y científica
2. Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera (No aplica para profesionales independientes)

3. Condiciones de capacidad técnico administrativa (No aplica para profesionales independientes)

a. Representación legal

b. Sistema contable

Las Entidades Territoriales deberán realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación.

#### **1.4.2.2 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud**

Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Es obligatoria para las IPS e implica:

1. Realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. Comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Los dos procesos básicos de auditoría para las IPS son la autoevaluación del proceso de atención en salud y la atención al usuario, este último proceso consiste en la evaluación sistemática de la satisfacción de los usuarios respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

La resolución 1043 de 2006 establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

### **1.4.2.3 Sistema único de acreditación**

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Como requisito para realizar la acreditación se requiere la habilitación.

### **1.4.2.4 Sistema de información para la calidad**

El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Es importante mencionar que en el sistema de información para la calidad un indicador obligatorio es la satisfacción global de los pacientes, el cual debe ser reportado por las IPS cada seis meses. Sin embargo no existe una metodología clara para realizar la medición de este indicador<sup>5</sup> y no hay lineamientos relacionados con el número de pacientes mínimo que una IPS debe encuestar para poder hablar de resultados representativos sobre la satisfacción de sus pacientes. Así mismo se aclara que se exige la medición de la satisfacción y no de la percepción de calidad.

---

<sup>5</sup> Al momento de consultar la página del observatorio de calidad en salud (21 de Agosto de 2015, 0:43 am), respecto al indicador de satisfacción se menciona que “Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto” (Ministerio de Salud, 2015).

### **1.4.3 Acercamientos a la medición de calidad en salud en Colombia**

La medición de la calidad objetiva en el caso colombiano está asociada al proceso de habilitación que ejecutan las entidades estatales oficiales así como a procesos de auditoría médica realizada por expertos, propia del proceso de acreditación.

La medición de la calidad percibida de servicios de salud en el contexto colombiano ha estado bajo la responsabilidad principalmente del Ministerio de Salud y otras entidades estatales y son pocos los estudios al respecto publicados directamente por las IPS.

A continuación se expondrán algunos de los estudios realizados en el tema la percepción de la calidad de los servicios de salud en Colombia como son las publicaciones de Augusto Rodríguez Orejuela (2000) junto con Rodríguez y Ramírez (2001), en donde se propone el uso del SERVQUAL como escala para realizar la medición.

En 2005, el Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional de Colombia (CID), realizó un estudio para el diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud. Dicho estudio propone la medición de cuatro dimensiones: acceso, calidad de la atención, oportunidad y satisfacción; y respecto a la calidad de la atención plantean que existen dos alternativas: la evaluación por parte de expertos respecto a los registros de historias clínicas y las encuestas de percepción de calidad realizadas a los pacientes. Concluyen que debido a que es un sector en el que se presenta una alta asimetría de la información entre el usuario y el proveedor, las encuestas realizadas a los pacientes no permiten una adecuada percepción de la calidad debido al desconocimiento técnico de los usuarios respecto a la pertinencia y calidad del servicio, aunque reconocen que la dimensión del acceso si puede ser evaluada desde la percepción de los pacientes (CID, 2005).

En 2003, 2005 y 2009 la Defensoría del Pueblo realizó una evaluación de los servicios que ofrecen las EPS a través del índice de satisfacción de usuarios de salud ISUS, en estos estudios la Defensoría evaluó desde la percepción de los usuarios los siguientes aspectos de las EPS: acceso a servicios, libre escogencia, oportunidad y percepción (posibilidad de

cambio de EPS) (Defensoría del Pueblo, 2003; 2005; 2009). Como resultado central el índice de satisfacción de los usuarios en las tres mediciones realizadas fue de 60,9% (2003), 67,69% (2005) y 66,2% (2009), por lo cual la entidad responsable del estudio dice que es un indicador que refleja una calidad que apenas cumple con un nivel aceptable de calidad, por lo cual invita a las EPS a mejorar sus servicios. Adicionalmente, en el estudio realizado en 2009, la Defensoría del Pueblo solicita al Ministerio de la Protección Social que diseñe y adopte un mecanismo imparcial y pertinente de indicadores que involucre variables de oportunidad y calidad, para que se incluyan en la carta de desempeño que debe ser entregada a los usuarios (Defensoría del Pueblo, 2009).

En el 2007 (Rodríguez et al., 2009) realizaron la Encuesta Nacional de Salud, con el apoyo del Ministerio de la Protección Social, Colciencias y la Universidad Javeriana. Dentro de los componentes de la encuesta se evaluó la percepción de calidad de 23 tipos de servicios de salud. Cada uno con criterios particulares.

En el Informe Nacional de Calidad en Salud (INCAS), realizado por el Ministerio de la Protección Social (2010) los resultados de la percepción de la calidad de los servicios de salud se obtuvieron a través de la aplicación del instrumento llamado PECASUSS, el cual es un desarrollo nacional, llevado a cabo por Cabrera, Londoño y Bello en 2008. Este instrumento fue el resultado de un proyecto financiado por el BID (Banco Interamericano de Desarrollo) y el Ministerio de Salud y Protección Social, el líder del equipo investigador es un profesor de la Universidad de Antioquia, experto en calidad en salud. Aquí, se evalúa la calidad de la atención desde cuatro aspectos: efectividad de la atención, seguridad de la atención del paciente, experiencia de atención del paciente basada en mediciones objetivas y experiencia de atención del paciente basado en mediciones de percepción de los usuarios (PECASUSS). (Ministerio de la Protección Social, 2009)

El PECASUSS es un instrumento validado para realizar la medición de la percepción de calidad de servicios de salud, se compone de 19 ítems que evalúan la calidad y otros ítems que permiten el análisis de los resultados según las características sociodemográficas de quienes responden las preguntas.

Como trabajo desarrollado y divulgado por una IPS, se encuentra la publicación realizada por el Hospital Universitario del Valle (2010) en la cual se evidencia la adaptación del

instrumento SERVQUAL para evaluar la calidad de sus servicios desde la percepción de los pacientes.

En el 2012 el Ministerio de Salud realizó una encuesta de evaluación de los servicios de las EPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012) en la cual se le preguntaba a los pacientes su percepción sobre el proceso de afiliación, la calidad de los servicios, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la entrega y financiación de medicamentos, la información dada a los pacientes, la representación de los usuarios y la percepción general. Los resultados publicados están relacionados principalmente con la oportunidad en la consecución de citas y la percepción general sobre la EPS.

Según Flórez, Torres, Guzman y Pineda (2013) en Colombia, las personas afiliadas y las no aseguradas hacen un gran énfasis en la calidad de los servicios de salud como una barrera. La tramitología, la falta de calidez en el trato, la falta de oportunidad se convierten en su conjunto en la barrera sobre la cual se hace más énfasis. Así mismo reportan que durante el primer semestre de 2013 se interpusieron ante la Superintendencia de Salud 130.506 quejas y reclamos, el 79% relacionadas con restricción en el acceso a los servicios de salud, el 12% relacionado con la insatisfacción del usuario con los procesos administrativos y un 6% con la deficiencia en la efectividad de la atención en salud. En Bogotá en el primer semestre de 2013 se presentaron 41.281 peticiones, quejas y reclamos asociados a la calidad de la atención en salud.

Entrando a la particularidad de los servicios odontológicos, en la búsqueda bibliográfica realizada solo se detectó un estudio relacionado con la medición de la percepción de calidad de este tipo de servicios para una institución en particular en Colombia (Betin et al, 2009), y se hallaron otros dos estudios nacionales que evaluaban aspectos generales de los servicios odontológicos (Ministerio de Protección Social, 2010; Rodríguez et al, 2009). Los otros estudios encontrados se relacionan con la satisfacción de los pacientes.

El estudio relacionado con percepción de calidad fue desarrollado en Cartagena por Betin et al (2009), quienes utilizaron un instrumento propio para que los pacientes calificaran la calidad entre (buena, regular o mala), respecto a determinados atributos del servicio

ofrecido como: estado del equipo no médico y planta física, aseo de la clínica, costo de los tratamientos, atención de urgencias, duración del tratamiento, entre otros. Confirman la importancia de las siguientes variables que determinan la satisfacción y percepción de calidad: costo de los tratamientos, calidad del tratamiento, amabilidad del estudiante, tiempo de espera, limpieza de las instalaciones, trato por parte del personal, tiempo empleado en el tratamiento y nivel de privacidad.

En la Encuesta Nacional de Salud (Rodríguez et al, 2009) los atributos que se evaluaron del servicio odontológico fueron: consentimiento sobre el procedimiento a realizar, explicación del cepillado, explicación uso de seda dental, formulación de medicamentos, explicación sobre consecución de medicamentos, programación cita de control, permanencia de problemas de salud. En el estudio INCAS (Ministerio de Protección Social, 2010) se evaluó desde la percepción de los pacientes la oportunidad de la cita odontológica.

Se encontraron otros dos estudios ya relacionados con la satisfacción. El primero fue desarrollado en Medellín por Hincapié et. al (2003), donde utilizaron un instrumento propio para medir la satisfacción y concluyeron que los grados de satisfacción son aspectos de origen multifactorial que dependen, en gran parte, de la relación usuario-ortodoncista-servicio, durante el tratamiento, de la calidad de la atención prestada y de la información recibida.

El otro estudio de satisfacción fue desarrollado por López, Cerezo y Paz (2010) en la ciudad de Manizales, a través de un instrumento propio. Como conclusión ratificaron lo que encontraron en otros estudios como el de la Asociación Dental Británica Independiente que menciona que nueve de diez personas están satisfechas con el tratamiento dental que han recibido.

De los estudios nacionales de satisfacción se puede mencionar que el indicador de satisfacción para servicios odontológicos según los estudios realizados por la Defensoría del Pueblo para el 2005 fue de 86,71% y para el 2009 fue de 68,43%, la reducción se puede explicar a partir del mayor cubrimiento del estudio realizado en el 2009 (Defensoría del Pueblo, 2005) (Defensoría del Pueblo, 2009).

Para ver el diagrama resumen de los estudios consultados ir al anexo A del presente trabajo.

#### 1.4.4 Los Servicios Odontológicos en Colombia

El marco legal presentado anteriormente de la Calidad en Salud en Colombia aplica también para los servicios odontológicos, sin embargo hay un par de normas específicas adicionales relacionadas con este tipo de servicios (Tabla 1-7).

**Tabla 1-7:** Normas complementarias marco legal Odontología en Colombia.

Documento		Descripción
Código de ética del Odontólogo Colombiano	Ley 35 de 1989	Declara los principios éticos del odontólogo colombiano. Se plantea al odontólogo como un servidor de la sociedad y que por esta razón su obligación primaria es ofrecer servicios profesionales de calidad y de forma oportuna.
	Decreto 491 de 1990 (Por la cual se reglamenta la ley 35 de 1989)	También plantea que los servicios odontológicos se fundamentan en la libre elección del odontólogo por parte del paciente, por lo tanto se respetara la libertad del paciente para prescindir de sus servicios.  En su artículo 7 plantea que el odontólogo tendrá una actitud de apoyo con el paciente y que mantendrá su consultorio con el decoro y responsabilidad que requiere su ejercicio profesional.
Normas Ejercicio de la Odontología en Colombia	Ley 10 de 1962	Por la cual se dictan las normas relativas al ejercicio de la odontología, define quienes pueden practicar la profesión de la odontología en el país, especifica el proceso para la convalidación de los títulos entre otros aspectos.

Fuente: Elaboración propia.

El Sector Odontológico Colombiano tiene diversos actores que gracias a su interacción permiten la oferta de este tipo de servicios en el país. Para entender la relación de estos actores se puede abordar su presentación con una visión de cadena de suministro, en primera instancia están los pacientes quienes son la razón de ser del servicio, sin embargo

para que el servicio esté disponible se requiere la existencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (específicamente odontológicos) quienes son las que ejecutan la prestación del servicio.

Estas entidades son reguladas por entidades del Estado, quien busca garantizar que los servicios de salud sean prestados por organizaciones que cumplan unos mínimos estándares de calidad, es así como entran en la red de suministro de los servicios odontológicos organizaciones como el Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Territoriales de Salud y la Superintendencia de Salud, con un rol de vigilancia y control sobre los prestadores de servicios de salud.

Un paciente puede acceder a los servicios odontológicos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de forma particular o a través de su asegurador de salud<sup>6</sup>, de esta forma se integran a la red de suministro los aseguradores que son las EPS Contributivas, Subsidiadas o Adaptadas y los aseguradores de Medicina Prepagada. Si son servicios odontológicos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, el paciente accede de forma directa con el prestador del servicio.

La prestación de los servicios odontológicos requiere contar con profesionales capacitados técnicamente, aquí aparecen en la red de suministro de servicios odontológicos las Instituciones Educativas quienes son reguladas a su vez por el Ministerio de Educación Nacional.

Finalmente se encuentran los proveedores de materiales, insumos, equipos y herramientas que suministran a las IPS todo lo necesario para su operación técnica. A continuación se presenta la Tabla 1-8, que resume la red descrita.

---

<sup>6</sup> No todos los servicios odontológicos son cubiertos por los aseguradores, sin embargo en términos globales de acceso se tienen esas dos vías. Más adelante en el documento se habla específicamente de los servicios que no se incluyen en el Plan Obligatorio de Salud que ofrecen los aseguradores.

**Tabla 1-8:** Actores Sector Odontológico Colombiano

Sector	Subsector	Instituciones
Salud	Dirección y vigilancia	Instituto Nacional de Salud
		INVIMA
		Superintendencia de Salud
		Ministerio de Salud y Protección Social
		Direcciones Territoriales de Salud
	IPS	Hospitales de III, II y I nivel
		Puestos, centros y consultorios
	Aseguradores	Medicina Prepagada
		EPS Contributivas y Subsidiadas
EPS Adaptadas		
Educación	Instituciones Educativas	Instituciones Universitarias
		Instituciones de educación para el trabajo
		Centros de Investigación
		Instituciones de Educación Continúa
	Dirección	Ministerio de Educación
Otros	Proveedores	Equipos e instrumental
		Materiales e insumos
	Asociaciones, ONG	Organizaciones Internacionales
		Clubes con propósitos altruistas
		Federación Odontológica Colombiana
		Colegio Colombiano de Odontólogos

Fuente: Adaptado de (SENA, 2008, p. 20)

Profundizando en la descripción de las Entidades Prestadoras de Servicios Odontológicos en Colombia, según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social, consultado el 14 de Noviembre de 2015 en su portal Web (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), en Colombia hay 17.303 prestadores de servicios odontológicos habilitados, el 62% trabajan bajo la figura de

profesionales independientes, el 37% como IPS y un 1% con un objeto social diferente a la prestación de servicios de salud (fundaciones e instituciones de educación superior).

La mayor concentración de los prestadores de servicios odontológicos se da en Bogotá, Antioquía y Valle del Cauca, con un 26%, 16% y 10% del total nacional respectivamente. De los 4537 prestadores de servicios odontológicos habilitados en Bogotá, el 81% corresponde a profesionales independientes, 18% a IPS y el 2% a entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud.

Como se mencionó anteriormente no todos los servicios odontológicos son cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud. Según la Resolución 5521 de 2013 por la cual el Ministerio de Salud y Protección Social aclara y actualiza el Plan Obligatorio de Salud (POS) respecto a los servicios odontológicos se tiene:

El POS cubre las obturaciones definitivas que sean necesarias a criterio del odontólogo tratante, así mismo cubre los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama. También cubre las prótesis dentales mucosoportadas totales, de acuerdo con la indicación clínica determinada por el odontólogo tratante, este tipo de tratamiento dental tiene cobertura para los afiliados cotizantes con un ingreso base de cotización inferior a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes y para los cotizantes del régimen subsidiado. El POS excluye los tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos postéticos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica.

Lo anterior confirma lo mencionado el apartado de medición de percepción de calidad en salud y en servicios odontológicos, en el cual se plantea que la no inclusión de todos los servicios odontológicos en el Plan Obligatorio de Salud, conlleva a que se genere un mercado de los servicios odontológicos, en el cual la percepción de calidad del servicio por parte de los pacientes influye su decisión sobre la selección del odontólogo (Harr, 2001).

Finalmente y para tener un indicador del reto que es trabajar la calidad del servicio odontológico en Colombia, se tiene, según (Ruiz et al., 2009) que el odontólogo colombiano dedica menos del 1% de su tiempo a actividades relacionadas con la gestión de la calidad.

Ahora se presentará la información asociada a la organización en la cual se llevó a cabo el presente estudio.

#### **1.4.5 Las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá como un caso de Calidad de Servicios Odontológicos en Colombia**

Las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá, fueron fundadas el primero de mayo de 1983 en la Ciudad de Bogotá, inicialmente fueron conocidas como la “Clínica Odontológica Infantil de Bogotá”, siendo pionera en la adaptación de los niños a su primera cita odontológica tratando de crear un ambiente amigable que redujera el miedo que muchos niños manifestaban de ir al odontólogo.

En el año 1999 los pacientes que ingresaron como niños habían crecido y requerían servicios que respondieran a sus nuevas necesidades, así mismo los directivos de la clínica identificaron la necesidad de ofrecer el servicio de ortodoncia tanto para niños como para adultos. Es así como en ese año se crean dos unidades nuevas de atención: Ortodoncia y Adultos.

De esta forma la clínica aumenta su oferta de servicios y sus directivos deciden cambiar su nombre a Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá, con el cual se identifican actualmente.

La Clínica cuenta con dos áreas: la administrativa y la de atención odontológica. En el área administrativa se encuentra el Gerente General, la Asistente Administrativa y la Asistente Contable. El área de atención odontológica se encuentra dividida por las unidades mencionadas anteriormente, niños, adultos y ortodoncia. En cada una de las áreas cuenta con profesionales especializados y auxiliares.

Los servicios que ofrece la Clínica se dividen en promoción y prevención, odontología general y odontología especializada. En los servicios de promoción y prevención se encuentran la educación oral, el control de placa bacteriana y de cepillado, la aplicación tópica del flúor y la aplicación de sellantes; y en los servicios de odontología general se

encuentran actividades diagnósticas, operatoria dental y restauraciones. En los servicios de odontología especializada se encuentran la cirugía oral, la endodoncia, la periodoncia, la ortodoncia, la implantología, la rehabilitación oral y la estética dental.

En cuanto a la calidad de los servicios de COIB, como antecedente se tiene que la Clínica se postuló al Premio Calidad en Salud Colombia 1997, lo cual evidencia el interés de sus directivas por entender cómo ofrecer una mejor calidad de sus servicios a los pacientes y en entender cómo gestionar la calidad de su organización.

Respecto a la calidad técnica, cuentan la habilitación realizada por la Secretaría de Salud de Bogotá. Así mismo realizaron una autoevaluación de calidad en febrero de 2015 en la cual se plantearon acciones de mejora relacionadas con la gestión documental, la capacitación técnica del personal en la interpretación de resultados de exámenes diagnósticos, el fortalecimiento del proceso de seguimiento a la resolución de quejas y atención de sugerencias, definición del proceso de recepción de pacientes. Respecto a la calidad subjetiva, COIB ha realizado esfuerzos por conocer cómo los evalúan sus pacientes<sup>7</sup>, sin embargo la mayoría de mediciones realizadas han estado enfocadas en medir la satisfacción, teniendo en cuenta que es el indicador exigido por el Sistema Obligatorio de Calidad en Salud. En los últimos años han intentado complementar las mediciones de satisfacción incluyendo preguntas de evaluación de la calidad del servicio, sin embargo han cambiado el instrumento de medición en seis ocasiones, debido a que no tienen claridad sobre cómo medir la calidad de sus servicios desde la percepción de sus pacientes.

La inclusión de preguntas relacionadas con la calidad del servicio en las encuestas de satisfacción que aplica semestralmente COIB a sus pacientes, demuestra el interés que tienen sus directivas por conocer la percepción de calidad que tienen sus pacientes, sin

---

<sup>7</sup> En el 2001 llevaron a cabo un estudio en el cual encuestaron al 10% de sus pacientes respecto a su concepto sobre la ubicación de la clínica, los precios de los tratamientos, una evaluación general del servicio, evaluación de la calidad de los tratamientos de ortodoncia, percepción sobre las instalaciones y la tecnología empleada en los tratamientos. Sin embargo el estudio mencionado no estuvo diseñado como un estudio de calidad, por lo cual los resultados obtenidos, si bien guiaron a las directivas, no les daba la certeza de estar realizando bien esta medición.

embargo manifiestan que no saben si los instrumentos que han diseñado les permiten tener una visión completa de la calidad desde la perspectiva de sus pacientes, por lo cual tienen incertidumbre respecto a si están tomando las decisiones estratégicas y de operación de la Clínica, contemplando el concepto de sus pacientes, algo que consideran fundamental.

Adicionalmente como han cambiado de instrumento de medición constantemente, no han podido realizar un seguimiento a la evaluación que realizan sus pacientes en las aplicaciones semestrales que realizan.

Este interés que ha demostrado COIB en ir más allá de los requisitos mínimos en cuanto a la calidad de sus servicios y teniendo en cuenta la trayectoria que tiene la organización en la oferta de servicios odontológicos en la ciudad de Bogotá, la convierten en un campo de estudio apropiado para llevar a cabo el presente estudio, pues se le estaría aportando en el mejoramiento del proceso de medición de la percepción de calidad de sus pacientes y esto a su vez servirá de base para el mejoramiento de los servicios de la Clínica.

## **2. Metodología**

### **2.1.1 Planteamiento del Problema**

Tal como se ha visto en el capítulo anterior las organizaciones odontológicas cuentan con lineamientos que permiten la medición de su calidad, sin embargo esta medición de calidad obedece a la evaluación de la dimensión objetiva y no se cuenta con un instrumento especializado y estandarizado que permita evaluar y diagnosticar la dimensión subjetiva de la calidad.

Es el caso de las COIB, las cuales dentro de su plan estratégico del 2016 esperan conocer la percepción de calidad por parte de sus pacientes y por tanto requieren de la formulación y aplicación de un instrumento que les permita identificar sus niveles de calidad desde la perspectiva exclusiva de sus pacientes.

### **2.1.2 Objetivo General**

Conocer la percepción de la calidad del servicio de los pacientes de las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá.

### **2.1.3 Objetivos Específicos**

- i. Conocer y analizar los modelos existentes para la medición de la percepción de la calidad del servicio.
- ii. Conocer las ventajas y limitaciones de las herramientas existentes para la medición de la calidad del servicio.
- iii. Conocer y analizar las herramientas que han sido aplicadas para la medición de la percepción de la calidad de los servicios odontológicos.
- iv. Identificar cuáles son las dimensiones más relevantes para los pacientes que se deban incluir en la evaluación de la percepción de la calidad.

- v. Definir los atributos y las dimensiones del servicio odontológico que se van a evaluar en el estudio.
- vi. Realizar la medición de la percepción de calidad que tiene los pacientes de la clínica seleccionada.
- vii. Analizar los resultados de la investigación para conocer cuáles son los atributos que tienen mayor importancia para los pacientes de las COIB.
- viii. Proponer acciones de mejora en la prestación de los servicios odontológicos a partir de los resultados de la medición.

## **2.1.4 Aspectos metodológicos**

De esta forma el presente documento es un estudio de tipo descriptivo basado en un método de investigación deductivo<sup>8</sup>.

Para alcanzar los objetivos planteados, las estrategias utilizadas en este estudio fueron las siguientes:

### **2.1.4.1 Revisión documental**

A través de esta técnica se levantó información propia del estado del arte del tema de calidad, medición de calidad en servicios, calidad y medición de calidad en servicios de salud, así como de los resultados de los principales estudios e instrumentos utilizados para este fin en el sector de salud y odontológico. Se consultaron bases de datos y bibliografía especializada sugerida por expertos.

---

<sup>8</sup> Método deductivo: Proceso de conocimiento que se inicia con la observación de fenómenos generales con el propósito de señalar las verdades particulares contenidas explícitamente en la situación general (Méndez, 2007, p.36)

Las bases de datos consultadas fueron: Emerald, Jstor, Science Direct, Scielo, Business Source Complete, Ebrary, Normas Técnicas Colombianas.

### **2.1.4.2 Entrevistas dirigidas a expertos**

Se realizaron 5 entrevistas de tipo semi-estructurado a expertos en el sector de calidad en salud, los expertos entrevistados fueron: Directora de la Oficina de Calidad en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, Consultora de Calidad en Salud de la Organización para la Excelencia de la Salud OES, Director del Doctorado de Gestión en Salud de la Universidad del Rosario, Odontóloga consultora experta en acreditación en Servicios de Salud, Dos odontólogas expertas en Gestión de Salud de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

Con estas entrevistas se pudo confirmar la pertinencia del trabajo realizado, pues todos los expertos manifestaron el interés que existe en el sector por el mejoramiento de la calidad y por consiguiente en la elaboración de instrumentos que permitan su medición desde la visión de los pacientes.

Las entrevistas a expertos permitieron profundizar en el entendimiento de las dinámicas de medición de la calidad en el sector salud, específicamente en el contexto colombiano. En el anexo E se encuentra la guía de entrevista a expertos.

### **2.1.4.3 Entrevistas a odontólogos vinculados y no vinculados a las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá COIB**

Se realizaron 5 entrevistas a odontólogos profesionales, tres vinculados a las COIB y dos odontólogos independientes; el objetivo de estas entrevistas fue profundizar en la visión que ellos tenían sobre la medición de la calidad de los servicios odontológicos desde la percepción de los pacientes.

Como resultado de estas entrevistas, se confirmó el interés de los profesionales del campo de la odontología respecto a la medición de la calidad subjetiva, ellos manifestaron que este tipo de mediciones les permitiría tomar decisiones respecto a los servicios que ofrecen basándose en cómo los evalúan sus pacientes, así mismo manifestaron que no conocen a profundidad cómo realizar este tipo de medición.

Para ver la guía de entrevista a odontólogos profesionales consultar los anexos F y G.

#### **2.1.4.4 Entrevistas abiertas a pacientes de COIB**

Con el fin de identificar desde el punto de vista de los pacientes las dimensiones y atributos de calidad relacionados con el servicio que presta la clínica se realizaron entrevistas abiertas a cinco pacientes, se exploraron las razones por las cuales seleccionaron a las COIB, qué valoraban de la clínica y qué era para ellos un servicio odontológico de calidad.

Esta información sirvió como referente al momento de seleccionar las dimensiones y atributos utilizados en el instrumento de medición propuesto en este estudio.

Para consultar la guía de entrevista a pacientes remitirse al anexo H.

#### **2.1.4.5 Diseño instrumento de medición IMPCSO**

Una vez realizada la revisión bibliográfica se encontraron diversos instrumentos orientados a la medición de la percepción de calidad de servicios odontológicos donde algunos de ellos no contemplaban atributos o dimensiones, que para los expertos entrevistados, deben considerarse como es el caso específico de la dimensión relacionada con el manejo del dolor.

La mayoría de dichos instrumentos fueron diseñados para medir la percepción de calidad en Clínicas Universitarias lo que generaba una particularidad que dificultaría su de aplicación en el contexto de este estudio, además que metodológicamente no era posible hacer modificaciones a tales instrumentos sin alterar su confiabilidad. Por esa razón se procedió a diseñar el instrumento IMPSCO (Anexo D) el cual se fundamenta principalmente en las dimensiones propias del SERVPERF, tomando como referencia los beneficios presentados por Cronin y Taylor (1992) y corroborados por McAlexander et al. (1994), relacionados con una menor extensión del cuestionario y un desempeño estadístico más confiable que el SERVQUAL.

En el marco de este estudio el instrumento IMPSCO constituye el instrumento principal para la recopilación de datos e identificación de la percepción de calidad en servicios odontológicos. A continuación se presenta su proceso de diseño y aplicación.

#### **2.1.4.5.1 Diseño del instrumento de medición IMPSCO**

##### **2.1.4.5.1.1 Revisión de instrumentos relacionados con medición de calidad en salud y en servicios odontológicos.**

En total fueron revisados 25 instrumentos orientados a la medición de calidad en salud y en servicios odontológicos, los cuales se presentan a continuación:

- **Revisión de instrumentos diseñados para medir la calidad en salud.**
  - i. Instrumento PJHQ desarrollado por Meterko et. al (1990).
  - ii. Instrumento SERVQUAL adaptado por Babakus & Mangold (1992).
  - iii. Instrumento SERVQUAL adaptado por Rodríguez y Ramírez (2001).
  - iv. Instrumento SERVQUAL adaptado por Universidad del Valle (2010).
  - v. Instrumento SERVQHOS desarrollado por Mira et. al (1998).
  - vi. Instrumento PECASUSS desarrollado por Cabrera et al. (2008).
  - vii. Encuesta Nacional de Salud desarrollada por Rodríguez et al (2009).
  - viii. Evaluación de la calidad de las EPS desarrollada por Defensoría del Pueblo (2003), (2005) Y (2009).
  
- **Revisión de instrumentos diseñados para medir la calidad en servicios odontológicos.**
  - i. Instrumento SERVQUAL adaptado por Carman (1990).
  - ii. Instrumentos SERVQUAL, SERVQUAL ponderado, SERVPERF y SERVPERF ponderado adaptados por McAlexander et al. (1994).
  - iii. Instrumento SERVQUAL adaptado por Baldwin & Sohal (2003).
  - iv. Instrumento SERVQUAL adaptado por Taiwo et al (2014).
  - v. Instrumento SERVQHOS adaptado por Rodríguez (2012).
  - vi. Instrumento SERVPERF adaptado por Araya et al (2012).
  - vii. Instrumento DSQS desarrollado por Aguilar et al (2013).
  - viii. Instrumento desarrollado por Betin et al (2009).
  - ix. Instrumento desarrollado por Stewart y Spencer (2002)

- x. Apartado Odontología Encuesta Nacional de Salud desarrollada por Rodríguez et al (2009).
  - xi. Apartado Odontología Informe Nacional de Calidad en Salud INCAS desarrollado por el Ministerio de Salud (2010).
- **Revisión de dos instrumentos diseñados para medir calidad y satisfacción con los servicios odontológicos.**
- i. Instrumento propio desarrollado por Lara, López, Morales y Velázquez (2000).
  - ii. Instrumento propio desarrollado por Stewart & Spencer (2002).
  - iii. Instrumento propio desarrollado por López, Cerezo & Paz (2010).

#### **2.1.4.5.1.2 Construcción de la versión preliminar del instrumento**

De la anterior revisión fueron extraídas las dimensiones y sus respectivos atributos, con los cuales se creó la versión preliminar del instrumento y que se presentan a continuación:

- I. Tangibles: Hace referencia a la infraestructura que soporta la prestación del servicio odontológico, las instalaciones, los equipos y la presentación del personal.
  - i. Estado físico de las instalaciones.
  - ii. Limpieza de las instalaciones.
  - iii. Limpieza del consultorio.
  - iv. Apariencia moderna de equipos y herramientas.
  - v. Seguridad de las instalaciones.
  - vi. Presentación del personal.
  
- II. Accesibilidad al servicio: Hace referencia a los atributos relacionados con la forma en la cual los pacientes llegan a tomar el servicio odontológico.
  - i. Facilidad para realizar los trámites.
  - ii. Oportunidad para conseguir citas.
  - iii. Facilidad para conseguir citas.
  - iv. Horarios adecuados.

- 
- v. Precios asequibles.
  - vi. Puntualidad.
  - vii. Tiempo de espera.
- III. Trato: Hace referencia a la interacción entre el personal de la Clínica y los pacientes, con énfasis en el trato humanizado.
- i. Trato amable y respetuoso por parte del personal administrativo.
  - ii. Interés en la solución de los problemas de los pacientes por parte del personal administrativo.
  - iii. Trato amable y respetuoso por parte de auxiliares y odontólogos.
  - iv. Interés en la solución de los problemas de los pacientes por parte de los auxiliares y odontólogos.
  - v. Interés en ayudar a los pacientes por parte del personal de la clínica.
- IV. Comunicación: Hace referencia al proceso de comunicación entre los profesionales de la Clínica y los pacientes, enfocada en el problema, tratamiento y cuidados de la salud oral.
- i. Información clara sobre el problema de salud oral.
  - ii. Información clara sobre el tratamiento requerido.
  - iii. Información clara sobre los, costos, riesgos y cuidados asociados al tratamiento.
- V. Manejo del dolor: Hace referencia a la forma en la cual los odontólogos de la Clínica tratan el dolor de los pacientes en la ejecución y cuidado de los tratamientos.
- i. Dolor antes de la consulta
  - ii. Dolor durante la consulta
  - iii. Disposición del odontólogo para reducir el dolor
  - iv. Dolor después de la consulta
  - v. Miedo de asistir a la consulta
- VI. Resultados: Hace referencia a la solución de los problemas de salud oral.
- i. Solución al problema de consulta
  - ii. Mejoría en la salud oral después de la consulta

iii. Errores durante la intervención

Para consultar el soporte bibliográfico de cada atributo consultar en anexo B y para ver la versión piloto del instrumento consultar el anexo C.

**2.1.4.5.1.3 Revisión de la versión piloto del instrumento por expertos y prueba del instrumento con pacientes de la Clínica seleccionada.**

Con el fin de realizar ajustes de forma y contenido a los ítems del instrumento, éste fue revisado a profundidad por expertos en el tema de calidad y calidad en salud. Los expertos fueron:

- a. Experto Doctorado Gestión de Salud, Universidad del Rosario.
- b. Dos expertos en gestión de calidad, Facultad de Ingeniería y Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia.
- c. Experto en metodología, Escuela de Administración, Universidad del Rosario.
- d. Experta en acreditación de entidades de salud en la ciudad de Bogotá.
- e. Odontóloga experta en Gestión de Salud, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia.
- f. Dos odontólogos profesionales, uno de las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá y un odontólogo independiente.

Los ajustes sugeridos por los expertos fueron:

- i. El cambio de la escala propuesta en el instrumento piloto, la cual iba desde nunca hasta siempre, la sugerencia fue usar la escala propia de instrumentos como el SERVPERF o el SERVQUAL, que va de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.
- ii. Utilización de una escala de Likert de 5 niveles y la inclusión de una opción de respuesta de “no sabe – no responde”.
- iii. Mejorar la redacción de algunos ítems para que fuera de fácil comprensión para los pacientes.
- iv. Eliminación del ítem que hacía referencia al dolor previo a la consulta odontológica.

- v. Revisión del ítem asociado con el precio asequible.
- vi. Eliminación de preguntas redundantes.
- vii. Separación de atributos que estaban incluidos en la misma pregunta.
- viii. Considerar la inclusión de preguntas específicas sobre el uso de jeringas y el lavado de manos por parte del odontólogo antes de iniciar la atención odontológica.

Así mismo se realizaron cinco llamadas a pacientes de la Clínica para realizar la prueba piloto del instrumento en cuanto a su aplicación, el tiempo promedio de las pruebas fue de 17,5 minutos, y las principales retroalimentaciones surgidas desde los pacientes estuvieron orientadas a mejorar la agilidad y velocidad para la aplicación del instrumento.

#### **2.1.4.5.1.4 Versión final del instrumento IMPCSO**

Con base en la retroalimentación de expertos y pacientes se generó la versión final del IPMSCO, el cual mantuvo las seis dimensiones iniciales: tangibles, accesibilidad, trato, comunicación, manejo del dolor y resultado, aunque con menos ítems: los 34 ítems iniciales quedaron reducidos a 30; de igual forma el instrumento incluyó la escala de Likert en cinco opciones de respuesta: totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo. Véase anexo D.

#### **2.1.4.6 Diseño de la muestra**

##### **2.1.4.6.1 Condicionantes del diseño**

Las condicionantes o premisas del diseño de la muestra surgen de las características y alcances propios de la encuesta diseñada para la recolección de información y del objetivo del presente trabajo.

##### **2.1.4.6.2 Universo de estudio**

Se construyó una base de datos a partir de las historias clínicas de la institución, teniendo en cuenta la fecha de la primera y última visita de cada paciente. Finalmente, el universo de estudio se define como “el grupo de pacientes que asistió a la clínica entre el segundo semestre del año 2014 y el primer semestre del 2015”.

El período de tiempo de un año fue establecido así por las siguientes razones:

- Solicitud de la gerencia de la en búsqueda de tener en cuenta a los pacientes tienen presente la experiencia en la clínica.
- Dado que en odontología lo usual e indicado es asistir una vez por año al odontólogo, esta sería la población realmente activa de la clínica.

#### **2.1.4.6.3 Indicadores por ser estimados**

Siendo que el indicador principal a medir en el presente trabajo es la percepción de la calidad de la atención recibida, se consultó la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) que hace parte del Sistema de Encuestas y Estudios Poblacionales adelantados periódicamente por el Ministerio de Salud y la Protección Social. La encuesta ENDS incluyó un módulo de uso y calidad de los servicios en su versión del año 2000, a partir del cual se encontró que la mayoría de la población considera que la calidad de la atención es buena 64% o excelente 21% (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2010).

Dado este hallazgo, se tomó un valor del 85% como referencia del indicador de calidad el cual será tenido en cuenta más adelante para el proceso de cálculo de los tamaños muestrales.

#### **2.1.4.6.4 Desagregación deseada de los resultados y precisión deseada en las estimaciones**

Hace referencia a las particiones del universo de estudio para análisis, presentación y comparación de resultados los cuales están muy condicionados por el tamaño de la muestra. En el caso de los resultados que se espera proveer a COIB se definen cuatro grupos de interés: Niños, Ortodoncia Niños, Adultos y Ortodoncia Adultos.

#### **2.1.4.6.5 Tipo de muestra**

La Muestra, configurada en función de los requerimientos del análisis, es probabilística estratificada.

Probabilística: cada unidad del universo de estudio tiene una probabilidad de selección conocida y mayor que cero. Se definió una muestra de este tipo dado que las muestras probabilísticas garantizan la posibilidad de generalizar o inferir los resultados muestrales a

los universos de los cuales han sido seleccionadas, con un determinado error de estimación (error estándar); permiten establecer previamente, en forma aproximada, la precisión deseada y además se puede calcular la precisión observada en los resultados. (Kish & Goodman, 1950).

Estratificada: consiste en separar las unidades de muestreo, antes de la selección, en grupos o clases homogéneas es una estrategia de optimización del diseño muestral, esto reduce los errores estándar de estimación (Kish & Goodman, 1950).

El diseño de muestreo aplicado es un ESTMAS, esto es, existe una única etapa del diseño en donde se selecciona una muestra de pacientes dentro de cada estrato, a través de muestreo aleatorio simple (MAS).

#### 2.1.4.6.6 Tamaño de la muestra y proceso de selección

Dado el indicador de interés, se calculó el tamaño de muestra para estimar la proporción con asignación proporcional por estratos cuya fórmula es (ecuación 1):

$$n = \frac{\sum_{h=1}^L N_h p_h q_h}{N \frac{B^2}{K^2} + \frac{1}{N} \sum_{h=1}^L N_h p_h q_h} \quad (1)$$

Donde,

$B$  = error de estimación

$K$

= percentil que se halla en la tabla de la distribución normal y depende del nivel de confianza

Una vez determinado el tamaño de muestra es distribuido por estratos mediante asignación proporcional usando la siguiente expresión (ecuación 2):

$$n_h = n \frac{N_h}{N} \quad (2)$$

Adicionalmente, los tamaños muestrales por estrato incluyen una sobremuestra de hasta el 30% para compensar las pérdidas de muestra habituales en las encuestas, que son ocasionadas por múltiples factores, dentro de los cuales para encuestas telefónicas se encuentran: rechazo, ausencia temporal de las personas, cambio en los números de contacto

Los tamaños muestrales finales son (Tabla 2-1):

**Tabla 2-1:** Tamaño de la muestra

<b>Grupo</b>	<b>Población</b>	<b>n: Tamaño muestral</b>
Adultos	107	44
Niños	132	54
Ortodoncia Adultos	42	21
Ortodoncia Niños	68	30
<b>Total</b>	<b>349</b>	<b>149</b>

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta la sobremuestra definida, se espera un total de 100 encuestas realizadas efectivamente en el estudio.

El muestreo probabilístico implica para su validez la selección aleatoria de las unidades de muestreo por lo tanto se realizó la selección de las unidades utilizando el método de coordinado negativo.

Sin embargo y teniendo en cuenta que se requería la validación del instrumento se siguió la recomendación de (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999) de tener mínimo 5 respuestas por cada ítem a validar, en el caso particular eran 26, lo que da un tamaño de muestra de 130 pacientes. Teniendo en cuenta este valor meta se ejecutó la aplicación del instrumento.

#### **2.1.4.7 Análisis de datos**

Para el análisis de datos se utilizó el software SPSS versión 22, para el análisis factorial confirmatorio se utilizó el software AMOS versión 23 y Lisrel versión 9.2. Para la presentación de datos en gráficas y la información descriptiva del estudio se utilizó Microsoft Excel 2013.

---

Se realizó un análisis factorial exploratorio con el objetivo de identificar la relación entre las variables y de las variables con las dimensiones resultantes, posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio, el cual no permitió confirmar el modelo hallado en el exploratorio, lo anterior se visualiza como una de las limitaciones del estudio teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra cumple con los mínimos requeridos para llevar a cabo este tipo de análisis confirmatorio, pero deja poco margen de maniobra para profundizar el análisis, así mismo como la población con la que se llevó a cabo el presente estudio pertenece a una organización particular y para la validación generalizada del instrumento se debería tener en cuenta una población más diversa.

Por lo expuesto anteriormente se aclara que los resultados del presente trabajo aplican directamente las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá y para su aplicación en otro tipo de organización se requiere una validación previa del instrumento.



## 3. Resultados y Análisis

A continuación se presentarán los resultados del instrumento aplicado en COIB en dos aspectos: primero el análisis estadístico dirigido a explicar la validez del instrumento junto con sus dimensiones y sus respectivos ítems, y segundo, el análisis estadístico de los resultados del instrumento en la aplicación específica en COIB.

### 3.1.1 Procedimientos de Estimación de Resultados del IMPCSO

Con el fin de que la muestra seleccionada permita hacer análisis generalizables a la población de COIB, se realizó un estimado de proporción que establezca el peso de cada individuo encuestado respecto a la población total, así:

Estimación de la proporción (ecuación 3):

$$p_E = \frac{1}{N} \sum_{h=1}^L N_h P_h \quad (3)$$

Donde,

$P_h = \frac{x_h}{n_h}$  con  $x_h$ : el total de elementos en la muestra del estrato h que tienen la característica de interés.

A manera de ejemplo a continuación se realiza el cálculo del principal indicador de interés: "Proporción de pacientes que consideran que el servicio que presta la clínica en general es de excelente calidad"

Al realizar los respectivos cálculos se obtiene:

$$p_E = \frac{1}{349} ((107 * 1) + (132 * 0.88) + (42 * 0.857) + (68 * 1)) = 93,7$$

El 93,7% de los pacientes de la clínica consideran que el servicio prestado es de excelente calidad.

La anterior medición tiene asociado un error, el cual se calcula por medio de la desviación estándar, la cual para la proporción de cada estrato se define como (ecuación 4):

$$S_{p_h} = \sqrt{\frac{N_h - n_h}{N_h(n_h - 1)} p_h q_h} \quad (4)$$

Finalmente, la desviación para la proporción de toda la muestra se define como (ecuación 5):

$$S_{p_E} = \frac{1}{N} \sqrt{\sum_{h=1}^L N_h^2 S_{p_h}^2} \quad (5)$$

Realizando los cálculos correspondientes obtenemos que:

$$S_{p_E} = \frac{1}{N} \sqrt{\sum_{h=1}^L N_h^2 S_{p_h}^2} = 0,0845$$

Dado esto, el error de estimación es del 8,4% lo cual es indicador de que el índice de calidad calculado es confiable y tiene buena precisión respecto al valor en la población.

Este mismo procedimiento será empleado para calcular los promedios de las calificaciones de los ítems que componen el instrumento de medida.

### 3.1.2 Validación del Instrumento

Siguiendo la recomendación planteada por (Batista, Coenders & Alonso, 2004) primero se realizará la prueba de validez del instrumento y posteriormente la prueba de fiabilidad, esto

se debe a que primero se debe confirmar que el instrumento mida lo que se espera y luego si se puede verificar si es consistente en las diferentes mediciones que se realicen.

-Para la validación del instrumento primero se realizó un Análisis Factorial Exploratorio y teniendo en cuenta los resultados del mismo y se llevó a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio, el cual no confirmó el modelo hallado del primer análisis, se plantea que esta situación se presentó teniendo en cuenta que la población con la que se realizó el estudio es pequeña para un ejercicio de validación y que está concentrada en pacientes de una sola institución. Por lo anterior los resultados del presente estudio son aplicables directamente en la organización estudiada y para aplicaciones en otros estudios se requiere un ejercicio de validación previa del instrumento IMPSCO, el cual puede tomar como base los resultados y conclusiones del presente estudio.

### **3.1.2.1 Análisis de Validez por medio del Análisis Factorial Exploratorio (AFE)**

El análisis factorial es principalmente utilizado para la reducción de datos o la detección estructura, en este caso, el análisis pretende definir la estructura subyacente en la matriz de datos. Esto es, resumir el conjunto de ítems observadas en un número menor de factores, relacionando cada una de las variables con los factores facilitando la interpretación de los mismos y evidenciando relaciones subyacentes entre las variables del cuestionario.

Las dos preguntas a responder entonces son: "¿Cuántos componentes (factores) son necesarios para representar las variables?" y "¿Qué representan estos componentes?"

Sin embargo antes de ejecutar el análisis factorial exploratorio se realizó un análisis de validez aparente del instrumento, eliminando los ítems 21 y 24, por considerar que eran independientes al constructo de calidad del servicio, adicionalmente se aplicaron dos procedimientos a los datos obtenidos en la aplicación del instrumento, en primera medida se realizó la imputación de datos perdidos y en segunda instancia el análisis de datos atípicos.

### 3.1.2.1.1 Imputación de datos perdidos

Se analiza la tasa de no respuesta por cada uno de los ítems, la cual se presenta en la (Tabla 3-1).

**Tabla 3-1:** Tasa de no respuesta

Ítem	Segmentos				Total
	Niños	Niños Ortodoncia	Adultos	Adultos Ortodoncia	
<b>4</b>	11,9%	0%	0%	0%	<b>4,6%</b>
<b>6</b>	2,38%	0%	0%	0%	<b>0,9%</b>
<b>19</b>	4,76%	0%	0%	0%	<b>1,8%</b>
<b>23</b>	4,76%	0%	0%	0%	<b>1,8%</b>
<b>26</b>	7,14%	0%	9,09%	0%	<b>5,4%</b>

Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta la información presentada en la tabla 3-1, se identifica que la tasa de no respuesta en general está por debajo del 5%. Los casos con valores más elevados en el análisis segmentado por grupo de pacientes, se encuentran en el ítem 26, el cual tiene valores del 7,14% en el segmento de niños y del 9,09% en el segmento de adultos, correspondiendo al 5,4% del total de la población estudiada. De forma similar el ítem 4 presenta una tasa de no respuesta del 11,9% en el segmento de niños, el cual corresponde a un 4,6% respecto a la población total del estudio. La tasa de no respuesta en el ítem 26, puede darse al desconocimiento que tienen los pacientes sobre la totalidad de servicios que presta la Clínica.

Teniendo en cuenta lo anterior se realiza la imputación con la moda, considerando que el estudio se realizó con una escala ordinal y se consideró que era la mejor forma de realizar este proceso, pues se evaluó realizar una imputación por regresión, sin embargo los valores imputados con este método se obtenían en una escala diferente a la que tenía el instrumento aplicado.

### **3.1.2.1.2 Tratamiento de datos atípicos**

Antes de llevar a cabo el Análisis Factorial Exploratorio y teniendo en cuenta la sensibilidad de este método respecto a los datos atípicos, se ejecutó el análisis de las observaciones realizadas. Se aplicó el método sugerido por Hair et al. (1999), página 58, utilizando la distancia de Mahalanobis sobre los grados de libertad para cada observación y marcando como dato atípico aquel cuyo valor de esta relación sea superior a 2,5, teniendo en cuenta que la muestra que se tiene en el presente estudio es pequeña.

De esta forma se detectaron 10 casos atípicos, las observaciones 10, 19, 26, 30, 40, 61, 86, 96, 110 y 131, profundizando en el detalle de estos casos se tiene que 4 corresponden al segmento de niños, 2 corresponden al segmento de niños ortodoncia, 2 al de adultos y los 2 restantes a los de adultos ortodoncia.

Teniendo en cuenta lo sugerido por Hair et al. (1999), página 59, se analizaron uno a uno los casos atípicos, tomando la decisión de eliminarlos para los análisis factoriales y mantenerlos para el análisis de resultados aplicados a la Clínica, ya que fueron observaciones reales, en las cuales no se identificó un patrón de respuestas que demostrara que la observación fuese una aberración y adicionalmente no son representativos de las observaciones de la población.

Partiendo de lo expuesto anteriormente, los análisis factoriales se realizaron con una muestra de 137 observaciones y los análisis de resultados para la Clínica estudiada con las observaciones totales, que corresponden a 147.

### **3.1.2.1.3 Validación tamaño de la muestra**

Teniendo en cuenta la eliminación de los ítems 21 y 24 por validez aparente y la eliminación de los datos atípicos, se evalúa la relación mínima de observaciones que se deben tener para poder correr los análisis factoriales. Esta relación plantea que para poder realizar el análisis factorial tanto exploratorio como confirmatorio se requieren como mínimo 5 observaciones por variable a evaluar (Hair et al., 1999, p.631) en este estudio esta relación correspondería a 120 observaciones, como después de eliminar los datos atípicos se obtiene una muestra de 137 observaciones, se cumple con este requisito mínimo.

#### 3.1.2.1.4 Exploración y selección del modelo de análisis

La búsqueda del modelo de análisis fue un proceso detallado, el cual se fundamentó en los parámetros dados por el Análisis Factorial Exploratorio, como el análisis de comunalidades y de cargas factoriales. A continuación se presenta el primer modelo analizado, seguido de un resumen de los modelos que se fueron explorando antes de seleccionar el que se consideró más adecuado.

Inicialmente, se presenta el análisis factorial de tipo exploratorio usando el método de componentes principales con rotación Varimax.

#### Modelo 1 (4dimensiones)

Teniendo en cuenta que un autovalor indica la cantidad de varianza explicada por una componente principal, los autovalores cercanos a cero significan que el factor correspondiente a dicho autovalor es incapaz de explicar una cantidad relevante de varianza total. Dado lo anterior, para establecer el número de componentes se corre el modelo basado en la cantidad de autovalores mayores que 1 obteniendo 4 componentes.

Con el fin de probar el ajuste del modelo, se calculan dos estadísticos que permiten valorar la bondad de ajuste o adecuación de los datos analizados al modelo factorial obtenido (Tabla 3-2).

**Tabla 3-2:** KMO y prueba Bartlett Modelo 1

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,876
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	3514,097
	gl	276
	Sig.	,000

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de la medida de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin (0.876) o KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett confirman que la matriz de componentes no es una matriz identidad y que existen correlaciones significativas que indican la pertinencia del análisis factorial.

**Tabla 3-3:** Varianza total explicada modelo 1

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	13,158	54,823	54,823	13,158	54,823	54,823	4,983	20,762	20,762
2	1,874	7,808	62,631	1,874	7,808	62,631	4,905	20,438	41,200
3	1,508	6,284	68,915	1,508	6,284	68,915	4,533	18,888	60,088
4	1,130	4,709	73,624	1,130	4,709	73,624	3,248	13,535	73,624
5	,962	4,007	77,631						
6	,812	3,384	81,014						
7	,680	2,831	83,845						
8	,534	2,224	86,069						
9	,518	2,160	88,230						
10	,460	1,918	90,148						
11	,371	1,547	91,695						
12	,316	1,316	93,010						
13	,284	1,185	94,195						
14	,269	1,122	95,317						
15	,215	,898	96,215						
16	,164	,685	96,899						
17	,154	,643	97,543						
18	,146	,608	98,151						
19	,124	,516	98,667						
20	,098	,408	99,075						
21	,091	,379	99,454						
22	,082	,344	99,798						
23	,031	,130	99,928						
24	,017	,072	100,000						

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la Tabla 3-3, la agrupación de los ítems en los 4 componentes representa un porcentaje de varianza del 73.62%. Ahora, se analizan las comunalidades, que corresponden a la proporción de la varianza explicada por los factores comunes en una variable.

**Tabla 3-4:** Comunalidades modelo 1

	Inicial	Extracción
i1	1,000	,686
i2	1,000	,544
i3	1,000	,768
i4	1,000	,451
i5	1,000	,695
i6	1,000	,616
i7	1,000	,752
i8	1,000	,777
i9	1,000	,527
i10	1,000	,759
i11	1,000	,778
i12	1,000	,869
i13	1,000	,841
i14	1,000	,925
i15	1,000	,891
i16	1,000	,793
i17	1,000	,855
i18	1,000	,792
i19	1,000	,626
i20	1,000	,716
i22	1,000	,866
i23	1,000	,599
i25	1,000	,840
i26	1,000	,703

Fuente: Elaboración propia

Como criterio para analizar las comunalidades se tomó de referente un valor mínimo de 0,5 (Hair et al., 1999, p. 101), si algún ítem presentaba una comunalidad por debajo de este valor se repetía el análisis excluyendo el ítem en cuestión. En la Tabla 3-4, se presentan las comunalidades del primer modelo, encontrando que el ítem 4 presenta una comunalidad inferior al criterio definido. De esta forma se inició un proceso de exploración

para encontrar el modelo de análisis más adecuado para el estudio realizado en la Clínica COIB.

En primera instancia se analizaron las comunalidades, si todos los ítems presentaban valores mayores a 0,5, se proseguía con el análisis de la matriz de componentes rotados. Con el fin de facilitar la interpretación de las soluciones factoriales halladas, se ejecutó en todos los casos la rotación ortogonal con el método Varimax.

Siguiendo lo propuesto por (Hair et al., 1999, p. 100) en cuanto al análisis de la matriz de componentes, para una muestra cercana a 120, una carga factorial significativa sería aquella igual o superior a 0,5. Bajo este criterio se realizaron las diferentes exploraciones, eliminando uno a uno aquellos ítems que no tuvieran una carga significativa y volviendo a correr el análisis. De otra parte también se fueron eliminando los ítems que presentaran cargas factoriales muy similares en más de un componente.

En la Tabla 3-5 se presenta el resumen del Análisis Factorial Exploratorio realizado, presentando por cada modelo el número de componentes contemplado, la varianza total explicada, si pasó la prueba de las comunalidades y los ítems incluidos.

Se exploraron modelos de 3, 4 y 5 componentes. El modelo de cinco componentes fue descartado después de un par de exploraciones teniendo en cuenta que el autovalor del último componente era menor que uno. El modelo de tres componentes fue descartado teniendo en cuenta que los componentes que se fueron armando no permitían una estructuración conceptual del modelo resultante, partiendo del criterio construido por medio de la consulta bibliográfica y el análisis de los estudios referidos en el marco teórico.

**Tabla 3-5:** Proceso Análisis Factorial Exploratorio

Modelo	# Factores	VTE	Ítems																								COM
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	22	23	25	26	
1	4	73,62%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	No
2	4	75,24%	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Si
3	4	75,50%	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	Si
4	4	76,40%	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	Si
5	4	77,31%	x	x	x		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x	x	Si
6	4	77,46%	x	x	x		x		x	x	x	x	x	x	x		x	x					x	x	x	x	Si
7	4	79,19%	x	x	x		x		x	x		x	x	x	x		x	x					x	x	x	x	Si
8	5	77,63%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Si
9	5	78,78%	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Si
10	3	68,91%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	No
11	3	69,95%		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	No
12	3	71,28%			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	No
13	3	74,38%			x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	No
14	3	75,23%			x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	x	x	x	Si
15	3	75,31%			x			x	x	x	x	x	x	x	x		x	x					x	x	x	x	Si

Convenciones.

VTE: Varianza total explicada

COM: ¿Pasó criterio de comunalidades?

- ítem eliminado por comunalidad menor a 0,5
- ítem eliminado por carga factorial menor a 0,5
- ítem eliminado por carga similar en dos factores

Una vez ejecutado el proceso anterior, se eligió el modelo 7 como el adecuado para realizar el análisis. Este modelo explica el 79,19% de la varianza total, se ajusta correctamente como muestran las medidas de adecuación muestral (KMO) y la prueba de Bartlett (Tabla 3-6):

**Tabla 3-6:** KMO y prueba Bartlett modelo 2

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,858
Prueba de esfericidad de	Aprox. Chi-cuadrado	2657,356
Bartlett	gl	153
	Sig.	,000

Fuente: Elaboración propia

Ahora en la Tabla 3-7, se procede a presentar las comunalidades del modelo seleccionado:

**Tabla 3-7:** Comunalidades modelo seleccionado

	Inicial	Extracción
i1	1,000	,709
i2	1,000	,636
i3	1,000	,790
i5	1,000	,664
i7	1,000	,756
i8	1,000	,790
i10	1,000	,819
i11	1,000	,833
i12	1,000	,860
i13	1,000	,901
i14	1,000	,959
i15	1,000	,864
i17	1,000	,870
i18	1,000	,798
i22	1,000	,877
i23	1,000	,591
i25	1,000	,837
i26	1,000	,704

Fuente: Elaboración Propia

La comunalidades de este modelo tienen valores superiores a 0,5 lo que indica que se está representando bien a cada uno de los 18 ítems.

Finalmente, en la Tabla 3-8 se presenta la matriz de componentes (rotados para facilitar la interpretación).

**Tabla 3-8:** Matriz de componentes rotados

	Componente			
	1	2	3	4
i26	,800	,043	,138	,206
i25	,771	,226	,412	,146
i17	,770	,450	,229	,150
i22	,762	,218	,441	,235
i18	,726	,485	,145	,121
i7	,657	,048	,224	,521
i8	,611	,012	,219	,607
i12	,106	,884	,150	,209
i11	,218	,830	,272	,149
i10	,240	,774	,317	,246
i13	,233	,171	,898	,105
i14	,285	,192	,892	,214
i15	,433	,394	,657	,298
i23	,414	,240	,516	,280
i5	,278	,142	,262	,705
i1	,126	,268	,361	,700
i3	,222	,561	,065	,650
i2	,155	,448	-,049	,617

Fuente: Elaboración propia

Analizando los resultados de la matriz de componentes (Tabla 3-8), se puede analizar que la constitución de los factores se da de la siguiente manera (Tabla 3-9):

**Tabla 3-9:** Factores resultantes análisis factorial exploratorio

Factor 1	Ítems: 26, 25, 17, 22, 18, 7, 8
Factor 2	Ítems: 12, 11, 10
Factor 3	Ítems: 13, 14, 15, 23
Factor 4	Ítems: 1, 2, 3, 5

Fuente: Elaboración propia

**Factor 1 *Confiabilidad.*** Esta dimensión abarca los ítems relacionados con la disponibilidad de los servicios que tiene la Clínica, es así como incluye los ítems de oportunidad en las citas y horarios adecuados. De otra parte considera la comunicación sobre los tratamientos y sus cuidados, así como la percepción de mejorar el estado de salud oral una vez se toman los servicios de la Clínica. Esto desemboca en una percepción de confianza en la organización y en su capacidad de solucionar todos los problemas de salud oral que puedan tener sus pacientes. Se podría dar una lectura práctica de la siguiente manera: se puede tomar el servicio cuando se necesita, se obtiene información clara sobre el tratamiento y sus cuidados, una vez se toman los tratamientos se presenta mejoría en la salud oral, lo que desemboca en confianza y percepción de una alta capacidad de la Clínica.

**Factor 2 *Atención Administrativa.*** Esta dimensión implica la percepción de una atención digna y amable por parte del personal administrativo de la clínica. Incluye los ítems relacionados con el trato amable y respetuoso del personal administrativo, así como el interés de este personal en la solución de los problemas que pueden llegar a tener los pacientes cuando se encuentran tomando los servicios de la Clínica.

**Factor 3 *Atención Profesional.*** Esta dimensión está dirigida a la necesidad de los usuarios de recibir atención amable y respetuosa por parte del equipo profesional que le atiende en el consultorio. Así mismo incluye el interés del equipo profesional por los problemas que pueda tener el paciente cuando toma los servicios de la Clínica. Finalmente esta dimensión incluye el ítem relacionado con percibir que los tratamientos recibidos en la Clínica están exentos de errores, claramente desde la percepción del paciente, quien es el receptor de dichos tratamientos y que aún con la existencia de la brecha de conocimiento técnico que existe, puede evaluar desde su percepción si el tratamiento que recibió tuvo o no errores.

Factor 4 *Ambiente clínico*. Esta dimensión aborda la percepción de los pacientes de recibir sus servicios odontológicos en un ambiente físico y humano que ofrezca el contexto de ser un lugar habilitado para servicios médicos. Incluye los ítems de percepción del buen estado de las instalaciones y su limpieza, así como la limpieza del consultorio y de la presentación impecable del personal de la Clínica.

Después de realizar un análisis sobre los resultados del análisis factorial exploratorio, se observa que esta agrupación no se ajusta completamente al modelo teórico propuesto definido como (Tabla 3-10):

**Tabla 3-10:** Comparación modelo propuesto y modelo obtenido AFE

Modelo propuesto			Modelo obtenido AFE		
Dimensión	Nombre	Ítems	Dimensión	Nombre	Ítems
1	Tangibles	1, 2, 3, 4, 5	1	Confiabilidad	7, 8, 17, 18, 22, 25, 26
2	Accesibilidad	6, 7, 8, 9	2	Atención Administrativa	10, 11, 12
3	Trato	10, 11, 12, 13, 14, 15	3	Atención Profesional	13, 14, 15, 23
4	Comunicación	16, 17, 18			
5	Manejo del dolor	19, 20, 21	4	Ambiente Clínico	1, 2, 3, 5
6	Resultado	22, 23, 24, 25, 26			

Fuente: Elaboración propia

Con el análisis estadístico bajo este método, desaparece la dimensión contemplada como manejo del dolor con todos sus ítems, la cual generaba un gran interés en el trabajo, debido a que en la revisión documental, así como en las entrevistas con pacientes y odontólogos, se visualizó al dolor como un atributo particular del servicio odontológico.

Así mismo se puede analizar que la dimensión *tangibles* planteada en el modelo inicial mantuvo cuatro de sus cinco ítems, eliminándose el relacionado con la percepción de equipos modernos. La dimensión resultante se redefinió como *ambiente clínico*.

La dimensión propuesta como *comunicación* también desapareció, sin embargo dos de sus tres ítems se “reorganizaron” en la dimensión del modelo obtenido por medio del AFE denominada *confiabilidad*.

La dimensión propuesta como *trato* se dividió en dos, de una parte el relacionado con el personal administrativo y de otra con el personal odontológico, denominándose *atención administrativa* y *atención profesional*.

La dimensión *resultado* planteada inicialmente, también desapareció luego de realizar el análisis exploratorio, redistribuyendo sus ítems en la dimensión *confiabilidad* y *atención profesional* del modelo seleccionado luego de este análisis.

Lo anterior evidencia la complejidad de crear un modelo de medición de un constructo, en este caso particular en el cual se realizó una detallada búsqueda bibliográfica, así como entrevistas con todos los involucrados con el servicio (pacientes, odontólogos, consultores de calidad del sector salud, Ministerio de Salud, Organización para la Excelencia en Salud), el modelo contemplado desde la teoría y desde otras aplicaciones, se reorganiza al ejecutar el análisis factorial exploratorio.

#### **3.1.2.1.5 Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)**

Partiendo de los resultados del análisis factorial exploratorio, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio para el modelo identificado. Para llevar a cabo este procedimiento se utilizó el software Lisrel 9.2, sin embargo no se obtuvieron buenos indicadores respecto a la bondad de ajuste del modelo.

Lo anterior se tiene como una limitación del presente estudio y puede responder al tamaño de la muestra seleccionada, la cual respondió a la naturaleza de la Clínica. Es importante mencionar que este resultado implica que si se desea realizar un estudio en otra organización el instrumento debe ser validado, por medio de la aplicación del mismo (con

algunas mejoras presentadas en el capítulo de conclusiones) en una nueva muestra la cual tenga un mayor tamaño y contemple pacientes de diferentes Clínicas.

Aclarando esto y teniendo en cuenta que el objetivo del presente trabajo es analizar la percepción de la calidad del servicio para el caso de las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá, se tomará como modelo de referencia para el análisis el obtenido mediante el análisis factorial exploratorio.

#### 3.1.2.1.6 Alfa de Cronbach

Teniendo en cuenta el modelo seleccionado del análisis factorial exploratorio, se calcula el Alpha de Cronbach como indicador de la fiabilidad del instrumento. El valor de referencia del mismo es que debería ser mayor a 0,7 (Hair et al., 1999, p. 105), en la Tabla 3-11 se presentan los resultados.

**Tabla 3-11:** Alfa de Cronbach

<b>Dimensión</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Confiabilidad	0,92
Atención administrativa	0,91
Atención profesional	0,90
Ambiente clínico	0,82
Instrumento total	0,94

Fuente: Elaboración propia

### 3.1.3 Percepción de Calidad pacientes COIB

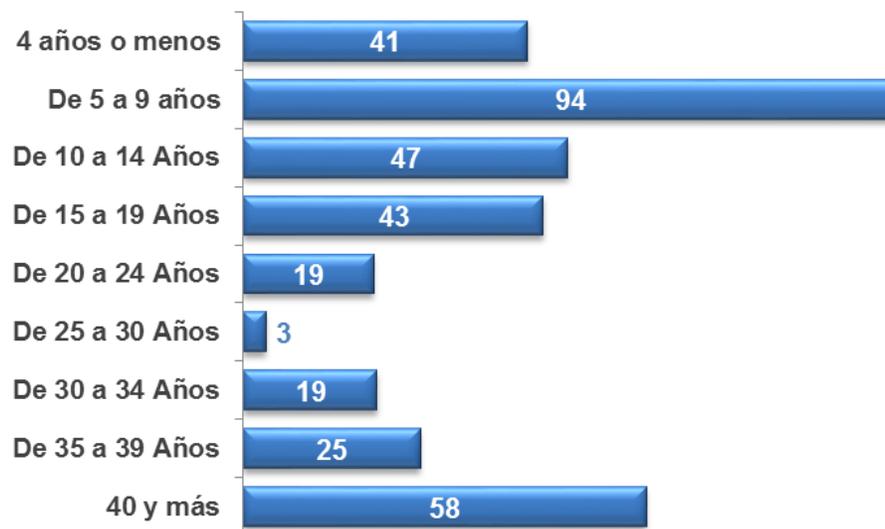
Para el análisis de los resultados del estudio en la Clínica, se toma el modelo resultante del análisis factorial exploratorio. Posteriormente se presentan los resultados de las variables que se midieron de forma independiente con el objetivo de complementar el análisis de forma cualitativa para aumentar su utilidad según las expectativas manifestadas al inicio del estudio por los directivos de la organización.

Inicialmente se presentarán las características de los pacientes de COIB determinados como la población de estudio, es decir los pacientes que fueron a la Clínica en el segundo semestre de 2014 y el primer semestre de 2015.

### 3.1.3.1 Descripción de los pacientes COIB

Con el objetivo de conocer mejor a los pacientes de la Clínica estudiada, a continuación se presentan sus principales datos de identificación, en la Figura 3-1 se encuentra la distribución por edades y en la Figura 3-2 la distribución por sexo.

**Figura 3-1: Edad pacientes COIB**



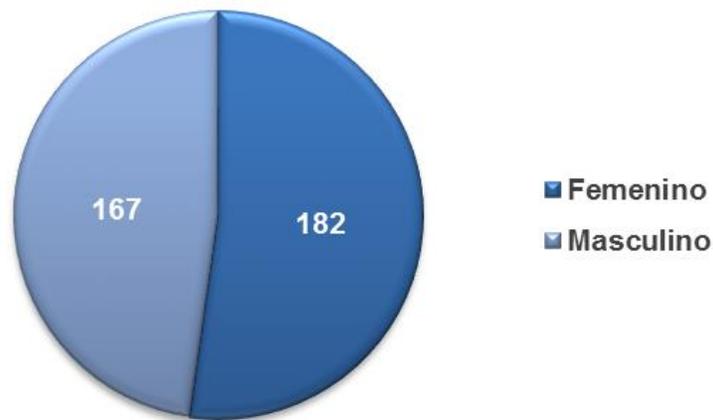
Fuente: Elaboración propia

Como se puede evidenciar en la Figura 3-1, los pacientes de COIB se concentran principalmente en el rango de edades de 5 a 9 años, representando el 26,9% respecto al total de los pacientes activos en la Clínica, en los otros rangos de edades se identifica como caso especial una baja proporción de pacientes entre 25 y 30 años, con un porcentaje de 0,93% respecto a la población referida.

Respecto a la distribución por sexo como se presenta en la Figura 3-2, no existe una diferencia significativa, teniendo una proporción del 52,2% para las mujeres y el 47,8% para los hombres.

**Figura 3-2:** Sexo Pacientes COIB

### Sexo Pacientes COIB



Fuente: Elaboración Propia

**Figura 3-3:** Antigüedad Pacientes COIB

### Antigüedad Pacientes COIB



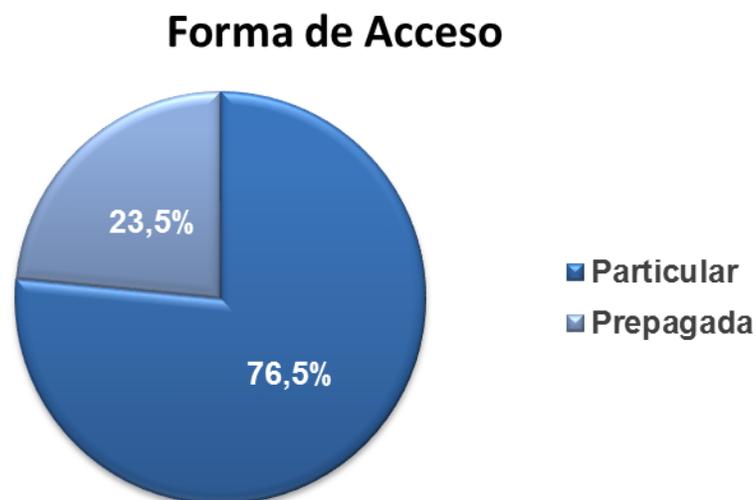
Fuente: Elaboración propia

En la Figura 3-3 se presenta la antigüedad de los pacientes, entendida como los años que han transcurrido desde que tomaron el primer servicio en la Clínica, se puede ver que la mayor proporción se encuentra en el rango de 0 a 3 años, equivalente al 56,9%, seguida del rango entre 4 y 6 años, equivalente al 22,5%. Entre estos dos rangos acumulan el 79,5% de los pacientes activos en COIB.

Lo anterior es importante porque evidencia que los pacientes activos en la Clínica, no necesariamente son pacientes antiguos, lo cual era una creencia que tenían las directivas antes de realizar el presente estudio. Este punto en particular resalta la importancia de que la Clínica estructure una estrategia de mercadeo para atraer nuevos pacientes de forma permanente, pues se puede ver que una vez resuelven el problema de salud oral, regresan en baja proporción a la Clínica. Esto también es una evaluación a la política de enfoque preventivo que tiene COIB, pues se puede evidenciar que los pacientes no siguen la recomendación de visitar anualmente al odontólogo y es algo que esta Organización ha intentado promover de diversas formas en sus pacientes.

Para continuar la identificación general de los pacientes en la Figura 3-4, se presenta la distribución según la forma en la cual ellos acceden a los servicios de la Clínica.

**Figura 3-4:** Forma de acceso pacientes COIB



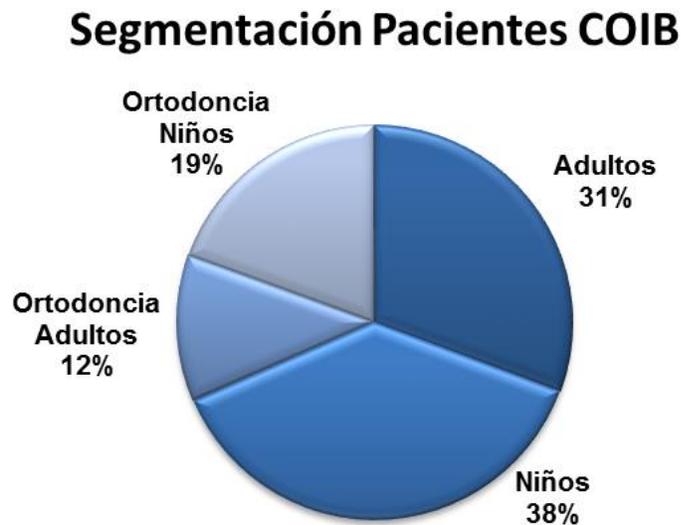
Fuente: Elaboración propia

De la anterior Figura, se puede analizar que el mayor porcentaje de pacientes llegan a tomar los servicios de la Clínica de forma particular, esto quiere decir que asumen la totalidad de los costos de los tratamientos y que toman la decisión de acceder a los servicios con mayor autonomía, este es un factor que le da relevancia al presente estudio de percepción de calidad, pues el mismo da información a las directivas para evaluar cómo mejorar el servicio y ser más competitivos.

Lo encontrado respecto a la forma de acceso corresponde a una realidad del sector odontológico colombiano y es que no todos los servicios son cubiertos por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) como se presentó en el marco teórico, entonces ese contexto ubica a COIB en medio de un mercado con una gran cantidad de competidores, reforzando la importancia del presente estudio para esta Organización.

Finalmente en la identificación de los pacientes de COIB se presenta la conformación de los segmentos sobre los cuales se centró el estudio realizado, con la siguiente división se analizarán los resultados del estudio de percepción de calidad (Figura 3-5).

**Figura 3-5:** Segmentación Pacientes COIB



Fuente: Elaboración propia

Los anteriores segmentos se estructuraron con base a la edad de los pacientes y al tipo de servicios que toman en la Clínica, dividiéndolos en dos tipos: el primero agrupa los diversos servicios de odontología (odontología general, periodoncia, endodoncia, implantología, cirugía oral y rehabilitación) y el segundo específicamente ortodoncia, esta división fue sugerida por los Directivos de COB.

Teniendo en cuenta estos parámetros se definieron cuatro grupos de pacientes: niños, niños ortodoncia, adultos y adultos ortodoncia. Para este estudio, el segmento niños se tomó con base al criterio legal que aplica en Colombia, según la ley 27 de 1977, la cual define la mayoría de edad a los 18 años.

Analizando los anteriores datos descriptivos de los pacientes de la Clínica y a manera de conclusión de este apartado, antes de proseguir con los resultados del estudio de percepción de calidad, se puede anotar lo siguiente con el objetivo de complementar la caracterización de los pacientes:

- Si se agrupan los pacientes en solo dos segmentos por edad, se tendría que el segmento niños tendría una proporción del 57% del total de pacientes, dejando un 43% para los adultos. Esta división refleja la esencia de la Clínica, cuyos orígenes se remontan a la odontopediatría, algo que hoy se mantiene en la segmentación de sus pacientes. Sin embargo que los adultos representen el 43% de la totalidad de pacientes, también es un reflejo de los cambios que ha ejecutado la Clínica a lo largo de su historia y se toma como punto de partida para los análisis posteriores, pues los dos segmentos requieren igual atención, debido a que los dos son relevantes para la Organización.
- Si se detalla la distribución de los pacientes por edades (Figura 3-1), se puede ver que hay una “división” en dos grupos marcada por el rango de 25 a 30 años, el cual es un rango con una participación muy baja respecto a la población de la Clínica (0,9%). Esto debe llamar la atención de las directivas de COIB para que identifiquen la razón por la que no tienen pacientes de este rango de edad, en el cual podrían tener una oportunidad para incrementar sus ingresos.

### **3.1.3.2 Resultados aplicación IMPSCO**

En el presente apartado se exponen los resultados y análisis de la medición de la percepción de calidad en COIB, el mismo se realizará para el nivel global de la Clínica y por cada uno de los segmentos identificados, con el objetivo de realizar un análisis detallado e identificar oportunidades de mejora.

Teniendo en cuenta que el instrumento se diseñó con una escala ordinal una parte del análisis se realizará con gráficas de frecuencia, sin embargo y siguiendo la metodología de los estudios de percepción de calidad referidos en el marco teórico, se utilizará también un análisis con una escala de intervalo como herramienta complementaria, cuyos resultados se presentarán en una gráfica que reorganiza los ítems del instrumento según la secuencia que sigue la experiencia de los pacientes cuando toman un servicio en la Clínica y permitirán comparar el desempeño de la calidad del servicio en cada segmento respecto a la evaluación general de la Clínica. Para la consolidación del puntaje global de cada una de las dimensiones del modelo de análisis seleccionado se utilizó una escala aditiva que incluyera los ítems que componían cada dimensión.

Finalmente respecto a los resultados de los ítems independientes que se incluyeron en el instrumento para complementar el análisis, se presentan en las mismas gráficas de frecuencia de los ítems del modelo de percepción de calidad. Se recuerda que estos ítems se incluyeron porque durante el proceso de construcción del instrumento se identificaron como un complemento al análisis y un par de ellos, porque después del análisis de validez aparente, se independizaron del modelo de percepción de calidad, la presentación de los resultados de los mismos fue una solicitud explícita de los directivos de la Clínica. Se recuerda que en total estos ítems son: sentir miedo de ir al odontólogo, terminar los tratamientos, percibir que los beneficios obtenidos corresponden a los costos incurridos, la calidad global y la satisfacción.

Para tener claros los ítems del modelo de medición con el cual se van a presentar y analizar los resultados en la Tabla 3-12 se presenta la estructura del modelo.

**Tabla 3-12.** Modelo Medición Calidad Servicio COIB

<b>Dimensión</b>	<b>Ítem</b>	<b>Descripción</b>
Ambiente Clínico	AmbC 1	Instalaciones en buen estado
	AmbC 2	Instalaciones limpias
	AmbC 3	Consultorio limpio
	AmbC 4	Presentación personal impecable
Confiabilidad	Conf 1	Oportunidad de las citas
	Conf 2	Horarios adecuados
	Conf 3	Comunicación sobre el tratamiento
	Conf 4	Comunicación cuidados del tratamiento
	Conf 5	Mejoría en el estado de salud
	Conf 6	Confianza en la clínica
	Conf 7	Capacidad para curar todos los problemas de salud oral
Atención Administrativa	Aadm 1	Respeto personal administrativo
	Aadm 2	Amabilidad personal administrativo
	Aadm 3	Interés personal administrativo
Atención Profesional	Apro 1	Respeto personal odontológico
	Apro 2	Amabilidad personal odontológico
	Apro 3	Interés personal odontológico
	Apro 4	Tratamientos libres de errores

Fuente: Elaboración propia

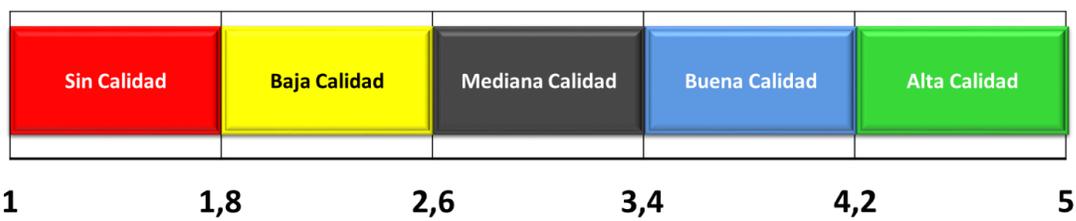
Así mismo para la presentación de los resultados en escala de intervalo, se tomará como referencia la escala propuesta por Castellano (2010) (Tabla 3-13) y (Figura 3-6):

**Tabla 3-13.** Ponderación Reactivos Medición Calidad Percibida

Calificación	Alternativas de Respuestas
1	Totalmente en desacuerdo
2	En desacuerdo
3	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4	De acuerdo
5	Totalmente de acuerdo

Fuente: Tomado de Castellano (2010) citado en Castellano (2013), página 31.

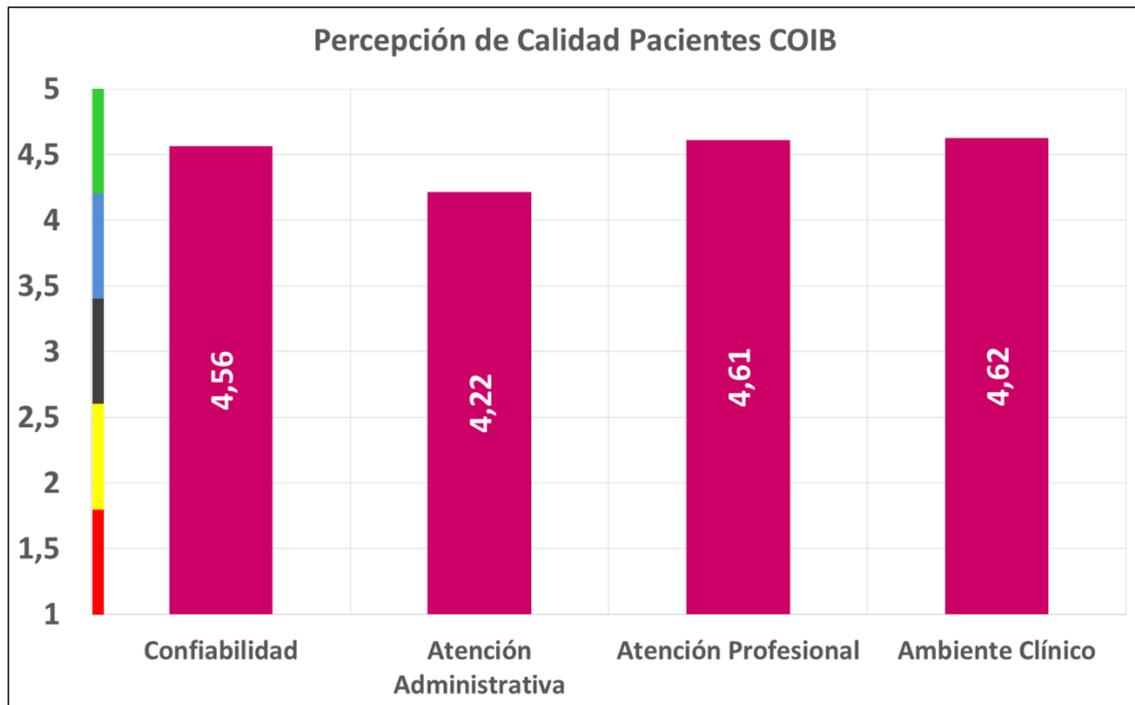
**Figura 3-6:** Escala Medición de Calidad



Fuente: Tomado de Castellano (2010) citado en Castellano (2013), página 31.

En primera instancia se presenta la valoración general de las dimensiones identificadas en el análisis exploratorio (Figura 3-7) para lo cual como se mencionó anteriormente se utilizó una escala aditiva.

Lo primero que se puede analizar es que en general la percepción de calidad de los pacientes de la clínica es alta, según la escala de análisis seleccionada. La dimensión más fuerte es la de *Atención profesional*, mientras que la dimensión en la cual se identifica una mayor oportunidad de mejora es la de *Atención Administrativa*; sin embargo en las otras dimensiones también existen aspectos por mejorar los cuales se identificarán de forma detallada en los análisis por segmentos.

**Figura 3-7:** Percepción general de la Calidad Pacientes COIB

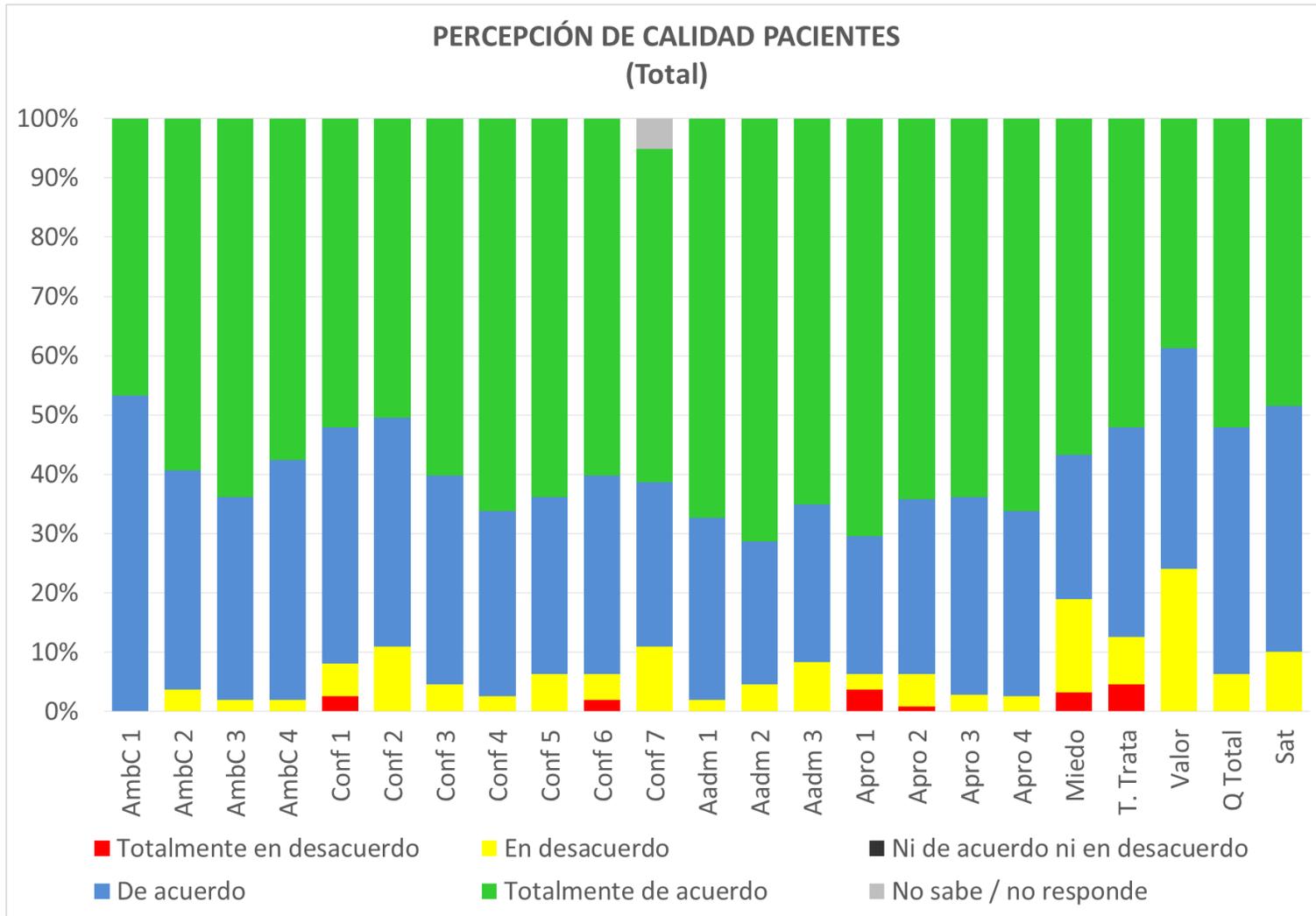
Fuente: Elaboración propia

Para iniciar en la Figura 3-8 se presentan los resultados para la Clínica en general, esto es incluyendo a todos los pacientes, sin realizar ningún tipo de segmentación. La forma de interpretar la gráfica de frecuencias es que las oportunidades de mejora se encuentran en los ítems en los que se identifique el color amarillo y/o el color rojo, esto quiere decir que existe una proporción de la población que tiene una percepción de baja o deficiente calidad en ese atributo particular del servicio de la Clínica.

Es importante plantear que por más pequeña que sea la proporción de pacientes que perciben una calidad baja del servicio, se constituye en una señal que permitirá identificar oportunidades de mejora en el atributo del servicio implicado en la baja evaluación.

De otra parte aquellos ítems que presenten franjas verdes más amplias, serán los ítems en los cuales el servicio de la Clínica tiene un alto desempeño desde la percepción de los pacientes, en este caso lo que se sugiere es identificar cuál es el fundamento de dicho desempeño para garantizar su mantenimiento en el tiempo.

**Figura 3-8:** Percepción detallada de la Calidad Pacientes COIB



Fuente: Elaboración propia

En la Figura 3-8 se puede analizar que en todos los ítems a excepción del *AmbC1*, es decir la percepción de los pacientes respecto al buen estado de las instalaciones, existen oportunidades de mejora y se puede concluir en este punto que las actividades de mantenimiento físico (retoques de pintura, mantenimiento de pisos, mantenimiento de techos, etc.) que se realizan en las instalaciones han tenido un impacto positivo en la percepción de los pacientes.

Respecto a los demás ítems se puede evidenciar que en los que hay mayor potencial de mejora son:

- Grupo 1: *Conf2, Conf7, Conf1 y Aadm3*, que hacen referencia a la percepción de que la Clínica tiene horarios adecuados, así como la capacidad para atender todos los problemas de salud oral, que se pueden encontrar las citas para una fecha oportuna y que el personal administrativo muestra interés en los problemas que pueden tener los pacientes durante el tiempo que toman los servicios de COIB. Este primer grupo se caracteriza por haber recibido una baja valoración de la calidad para una proporción de alrededor del 10% de los pacientes de la Clínica.
- Grupo 2: *Apro1, Conf6 y Apro2* que hacen referencia a la percepción de un trato respetuoso por parte de los odontólogos y auxiliares, sentir confianza hacia la clínica y percibir un interés por parte de los odontólogos y auxiliares respecto a los problemas que pueda tener el paciente mientras toma los servicios en COIB. Este segundo grupo se caracteriza porque una pequeña proporción de pacientes los evaluó con la puntuación más baja posible en el estudio.
- Grupo 3: *Apro3, Apro4, Aadm1, Aadm2, Conf3, Conf4, AmbC2, AmbC3 y AmbC4*. Este grupo se caracteriza por presentar evaluaciones bajas para una pequeña proporción de los pacientes.
- Respecto a los ítems independientes, es que tuvo resultados más desfavorables fue el relacionado con el valor percibido, entendido como la relación beneficios versus costos. Esta es información útil para la Clínica, debido a que los hace profundizar respecto al precio de sus servicios y también a la comunicación de los beneficios hacia los

pacientes, pues una proporción cercana al 25% no percibe una relación positiva entre lo que pagan por los servicios y los beneficios que reciben.

También se puede identificar una tasa de baja satisfacción correspondiente al 10% de los pacientes y una tasa de baja percepción de calidad total correspondiente al 6,3%. Lo anterior alimenta el debate conceptual respecto a la diferenciación de conceptos, sin embargo el alcance del presente trabajo no permitió el uso de análisis matemáticos para aportar en ese proceso de construcción conceptual. Lo que si queda claro con este estudio es que son conceptos diferentes y las personas los evalúan de diferente forma, lo cual se traduce a que es mayor la proporción de personas insatisfechas a la proporción de personas con una percepción de calidad baja sobre el servicio. Existe un grupo de personas para quienes el servicio tiene una buena calidad, sin embargo no se encuentran satisfechas con el mismo.

Respecto a los ítems de terminación del tratamiento y sentir miedo de ir al odontólogo, se identificó que el 12% de los pacientes manifestó no terminar los tratamientos sugeridos por los odontólogos y el 19% de los pacientes sienten miedo de ir al odontólogo.

Del ítem relacionado con la terminación del tratamiento se encuentra una situación compleja y particular en los servicios de salud, sería interesante explorar las razones por las cuales las personas no terminan los tratamientos, esto podría trabajarse en un estudio posterior y le permitiría a las directivas de COIB aumentar su tasa de finalización de tratamientos con acciones concretas, identificando si esa tasa de deserción se debe a costos de los tratamientos, a problemas en la atención o a situaciones personales de los pacientes. Sin embargo una tasa de terminación de tratamientos del 88% se percibe como alta y podría ser producto del enfoque preventivo que promueve la Clínica.

Finalmente del ítem asociado al miedo de ir al odontólogo el psicólogo de la Clínica tomó como base el presente estudio para generar nuevas dinámicas con los pacientes para trabajar el miedo y que éste no se convierta en un impedimento para tomar los servicios.

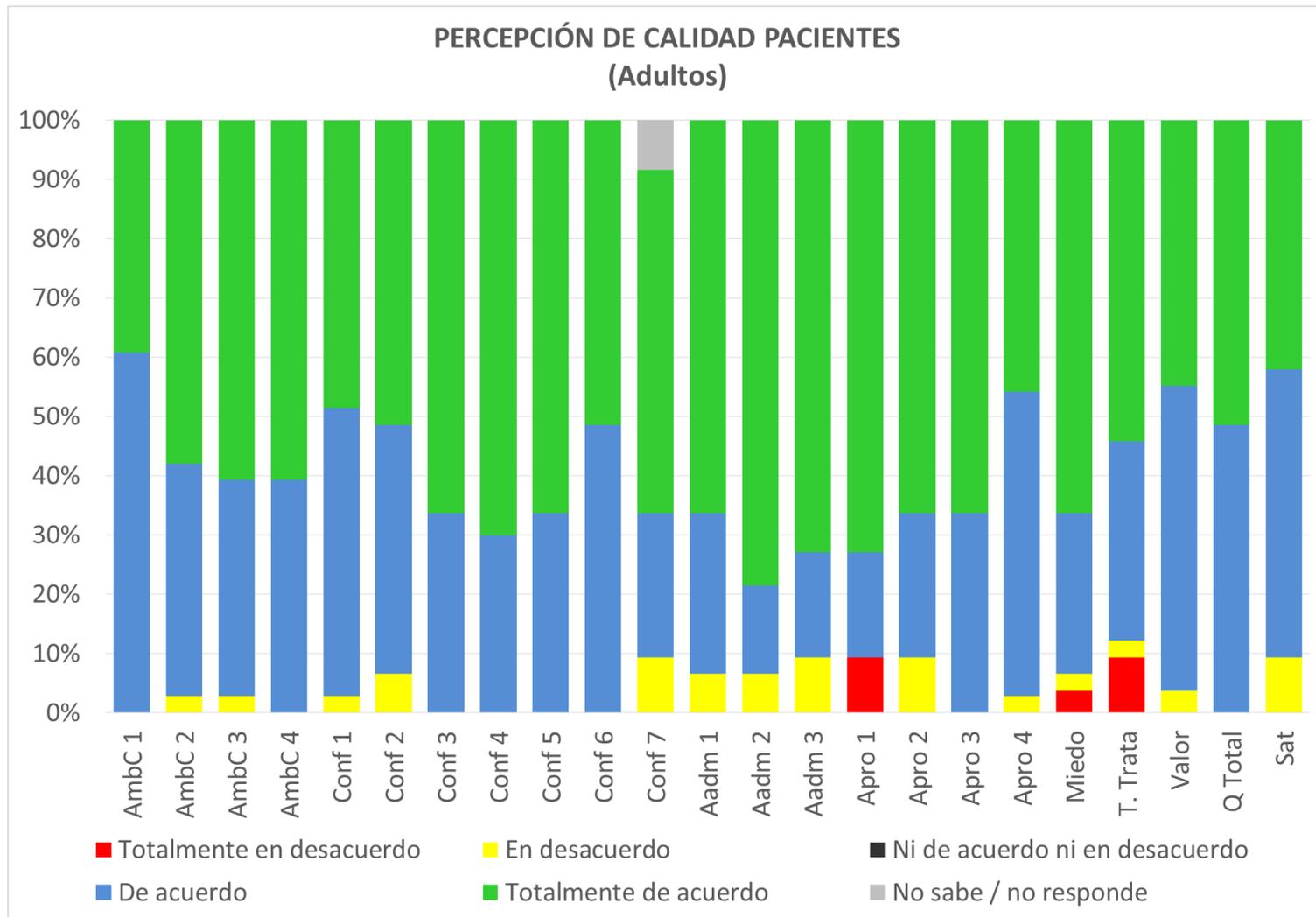
Haciendo una pausa del análisis hasta este punto, se puede evidenciar que se identificaron de manera general las oportunidades de mejora, sin embargo traducir esas oportunidades en acciones concretas requiere tener información más detallada, por esta razón el presente estudio se realizó por segmentos de pacientes lo cual se visualizó como una forma de poder tomar acciones más concretas desde el punto de vista de la gestión de la calidad del servicio en COIB.

Por consiguiente a continuación se inicia con la presentación de los resultados por cada uno de los segmentos, haciendo uso de la gráfica de frecuencias y de la gráfica de desempeño promedio por cada uno de los ítems organizados según la secuencia en la que se hacen presentes en la experiencia del paciente cuando toma los servicios de la Clínica.

El primer segmento en ser estudiado en detalle es el de adultos cuya información de resultados se presenta en la Figura 3-9 y en la Figura 3-10. Para estos análisis se analizará dimensión por dimensión.

Como se puede ver en la Figura 3-9, la dimensión *Ambiente Clínico*, presenta una calificación de baja calidad en los ítems *AmbC1* y *AmbC2* para una reducida proporción de pacientes, equivalente al 3% de los adultos. Estos ítems corresponden a la limpieza de las instalaciones en general (salas de espera, baños y pasillos) y a la limpieza del consultorio. Si bien la proporción de pacientes que evaluaron con baja calidad estos ítems fue baja, se toma como una oportunidad de mejora. La Clínica actualmente cuenta con una persona de servicios generales, quien es la encargada de realizar la limpieza de las instalaciones y de los consultorios.

**Figura 3-9:** Percepción de la Calidad Pacientes COIB - Adultos



Fuente: Elaboración propia

Como propuesta de mejora se plantea solicitar a todo el personal de la Clínica, es decir a los odontólogos, a los auxiliares y a la asistente administrativa que realicen inspecciones visuales a las instalaciones que tienen a la vista y contacten a la persona encargada de la limpieza una vez detecten algún tipo de “suciedad”. Así mismo se recordó especialmente a las auxiliares de los odontólogos ser más cuidadosas con la limpieza de la silla de atención una vez sale un paciente y antes que ingrese uno nuevo, si bien existen protocolos de limpieza rigurosos, no está de más recordarlo a las personas encargadas.

En la dimensión *Confiability*, se encuentra que en el ítem *Conf7* como el de mayor proporción de calificaciones de baja calidad. Este ítem hace referencia a la percepción de la capacidad de la Clínica para resolver todos los problemas de salud oral que un paciente pueda tener. La propuesta en este caso es mejorar la estrategia de comunicación de la Clínica, para lo cual se acordó con el Gerente en primera instancia hablar con los odontólogos para que ellos al momento de realizar el diagnóstico y durante el tiempo que los pacientes estén en tratamiento, les comuniquen sobre la variedad de servicios que tiene la Clínica.

De otra parte en cuanto a la comunicación directa que realiza la Clínica, se diseñaron unos portafolios de servicios para poner en la sala de espera, así como unos afiches con el mismo contenido para ubicar en las carteleras del primer y segundo piso. Finalmente se inició un proceso de reestructuración de la página Web para poder mostrar todo el portafolio de una forma más amigable.

Siguiendo con la misma dimensión los siguientes ítems en los que se identifica una oportunidad de mejora son *Conf1* y *Conf2*, los cuales hacen referencia citas oportunas y horarios adecuados. La Clínica actualmente está disponible para sus pacientes de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm y los sábados de 8:00 am a 4:00 pm, la posición del Gerente respecto a este punto es que en el corto plazo no contempla la modificación del horario, sin embargo será flexible con los pacientes que soliciten atención después de las 6:00 pm.

Respecto a la oportunidad de las citas menciona que la Clínica cuenta de forma permanente con un odontólogo general, sin embargo para las especialidades los odontólogos van un par de veces a la semana debido a que no todos los días tienen

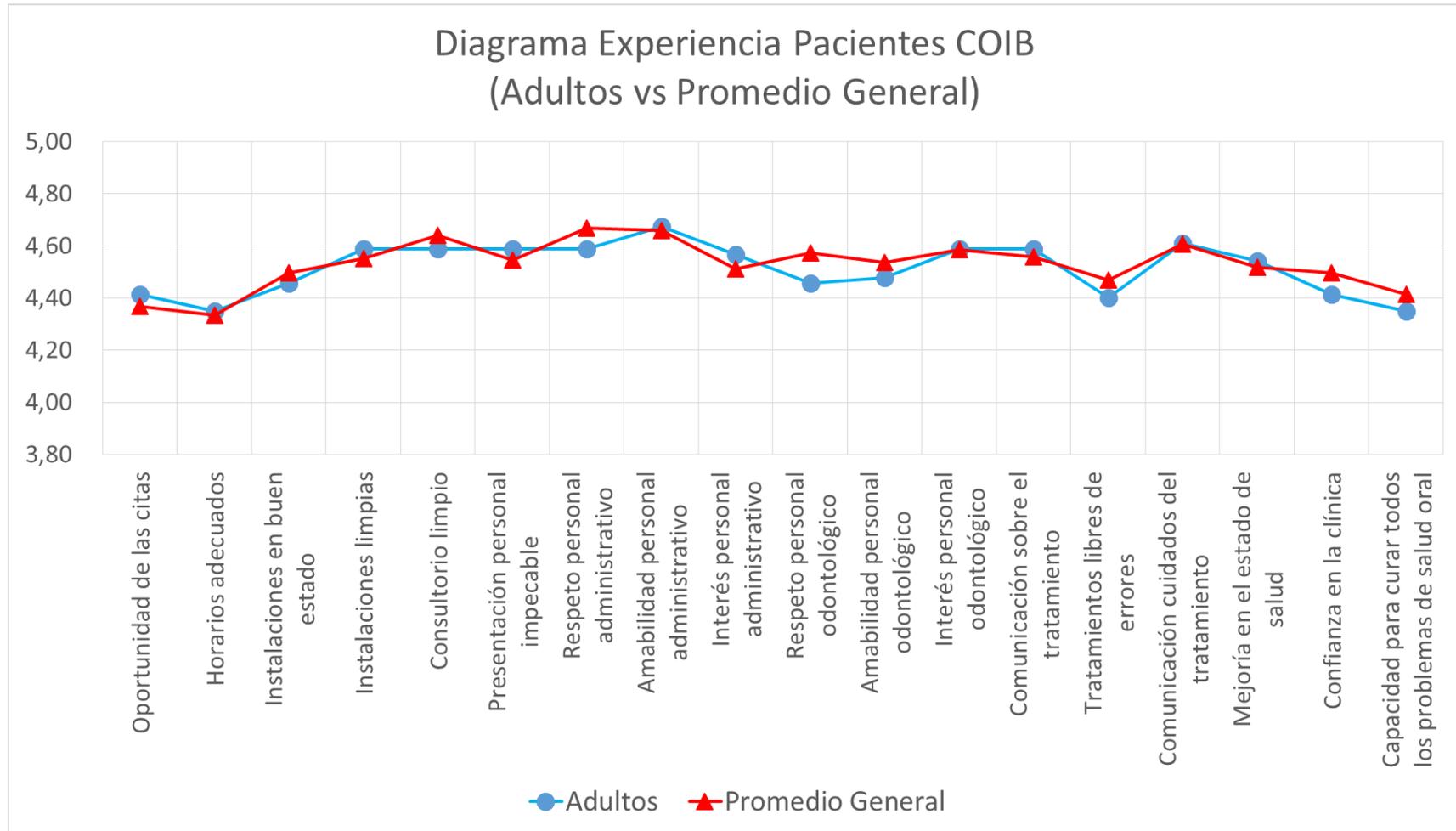
pacientes. Se visualiza que si se aumenta el flujo de pacientes, se podrá contar con más especialistas disponibles con lo cual se mejoraría la oportunidad de las citas.

En la dimensión *Atención administrativa* los tres ítems tienen un desempeño similar, el cual es de una baja percepción de calidad para aproximadamente un 10% de los pacientes adultos, respecto al trato respetuoso, amable y la muestra de interés por los pacientes que toman los servicios de la Clínica por parte del personal administrativo. En este caso se analizó la situación y por una parte se dio a conocer este resultado a la asistente administrativa, quien a su vez manifestó que en ocasiones no puede dar la mejor atención debido a que aumenta la demanda de sus actividades por parte de los mismos pacientes, por ejemplo cuando se acumulan pacientes para realizar pagos, agendar nuevas citas o atender solicitudes telefónicas. La propuesta concreta en este punto consiste en soportar a la asistente administrativa en estos momentos “pico” del día en los que aumenta la demanda de sus servicios con el apoyo de la auxiliar del odontólogo general para lo relacionado con programación de citas y atención de las llamadas telefónicas.

Finalmente de la última dimensión *Atención profesional*, los ítems *Apro1* y *Apro2*, presentan una baja calificación por cerca del 10% de los pacientes de este segmento. Estos dos ítems hacen referencia al trato amable y respetuoso por parte de los odontólogos y auxiliares. Al respecto se sugirió a la Clínica en primera instancia realizar una sensibilización con los odontólogos que atienden a los pacientes adultos para que mejoraran en este aspecto. Las directivas de la Clínica aceptaron la sugerencia realizando en enero de 2016 una sesión de trabajo con los odontólogos y auxiliares, liderada con el psicólogo. Así mismo van a realizar la aplicación del instrumento cada seis meses y de esta forma van a monitorear este y los otros aspectos.

Ahora se prosigue con el análisis complementario del servicio prestado a este segmento, utilizando una escala de intervalo con los valores promedio de los ítems y comparando el desempeño del servicio de adultos con la valoración promedio de toda la clínica, es decir la resultante de tomar en cuenta la valoración de todos los pacientes que participaron en este estudio. Los resultados se presentan en la Figura 3-10.

**Figura 3-10:** Diagrama experiencia Pacientes COIB - Adultos



Fuente: Elaboración propia

En este diagrama de experiencia se visualiza que el desempeño del servicio de adultos está muy cercano al desempeño promedio de la Clínica, el cual en general es de buena calidad según la escala tomada como referencia de la Figura 3-6.

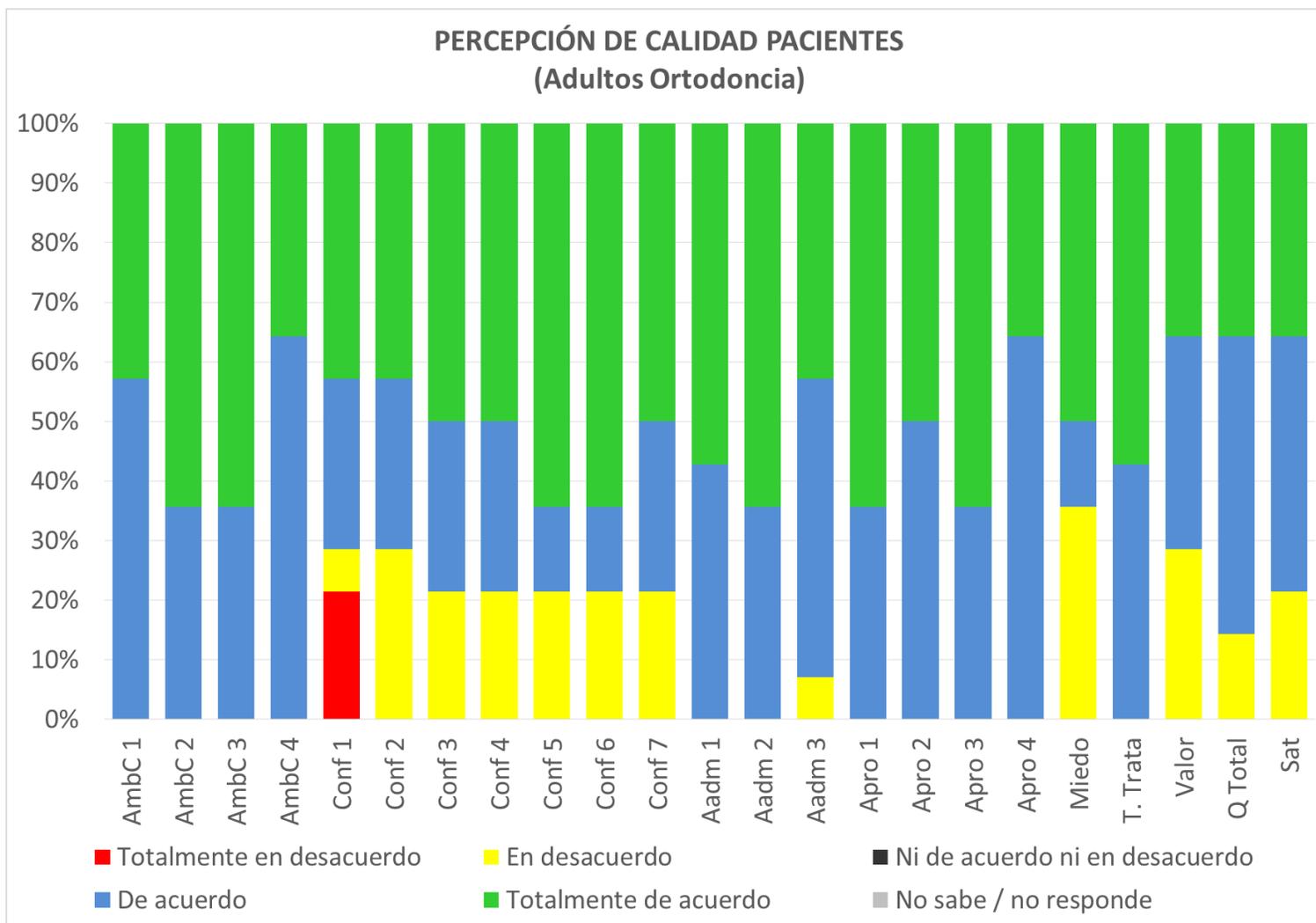
Haciendo este análisis interno, se identifica que el servicio de adultos está por debajo del servicio promedio en los ítems relacionados con la limpieza del consultorio, trato respetuoso y amable de los odontólogos y auxiliares, trato respetuoso por parte del personal administrativo, confianza en la Clínica y percepción de la capacidad de la misma para atender todos los problemas de salud oral.

El anterior análisis es útil para que las directivas de la Clínica identifiquen posibles sinergias que pueden construir al interior de la Organización, creando equipos de trabajo, a manera de ejemplo pueden crear un grupo de odontólogos de todas las especialidades en el cual ellos compartan experiencias de interacción con pacientes que les hayan exigido su paciencia al máximo y de esta forma generar una retroalimentación constante sobre los atributos que presenten más brechas negativas respecto al comportamiento general de la Clínica y en sentido inverso, para identificar los servicios con fortalezas respecto al servicio general y trata de replicarlas, de ser posible en los otros servicios, se crearía una dinámica de “buenas prácticas” en la prestación del servicio odontológico en COIB.

Se prosigue a continuación con el análisis del segmento de adultos ortodoncia, cuyos resultados se presentan en la Figura 3-11. En la dimensión *Ambiente clínico*, se identifica un desempeño óptimo, razón por la cual se debe seguir con las prácticas actuales respecto a mantenimiento y limpieza de las instalaciones, limpieza del consultorio y presentación impecable del personal.

En la dimensión *Confiabilidad*, es en la que se presentan mayores oportunidades de mejora. La primera y más relevante teniendo en cuenta el concepto de los pacientes es aumentar la disponibilidad de los días de consulta (ítem *Conf1*), actualmente la Clínica cuenta con un solo ortodoncista para adultos y no trabaja de forma permanente en las instalaciones. Teniendo en cuenta estos resultados el Gerente solicitó al ortodoncista actual aumentar su disponibilidad en un día adicional a la semana.

**Figura 3-11: Percepción de la Calidad Pacientes COIB – Adultos Ortodoncia**



Fuente: Elaboración propia

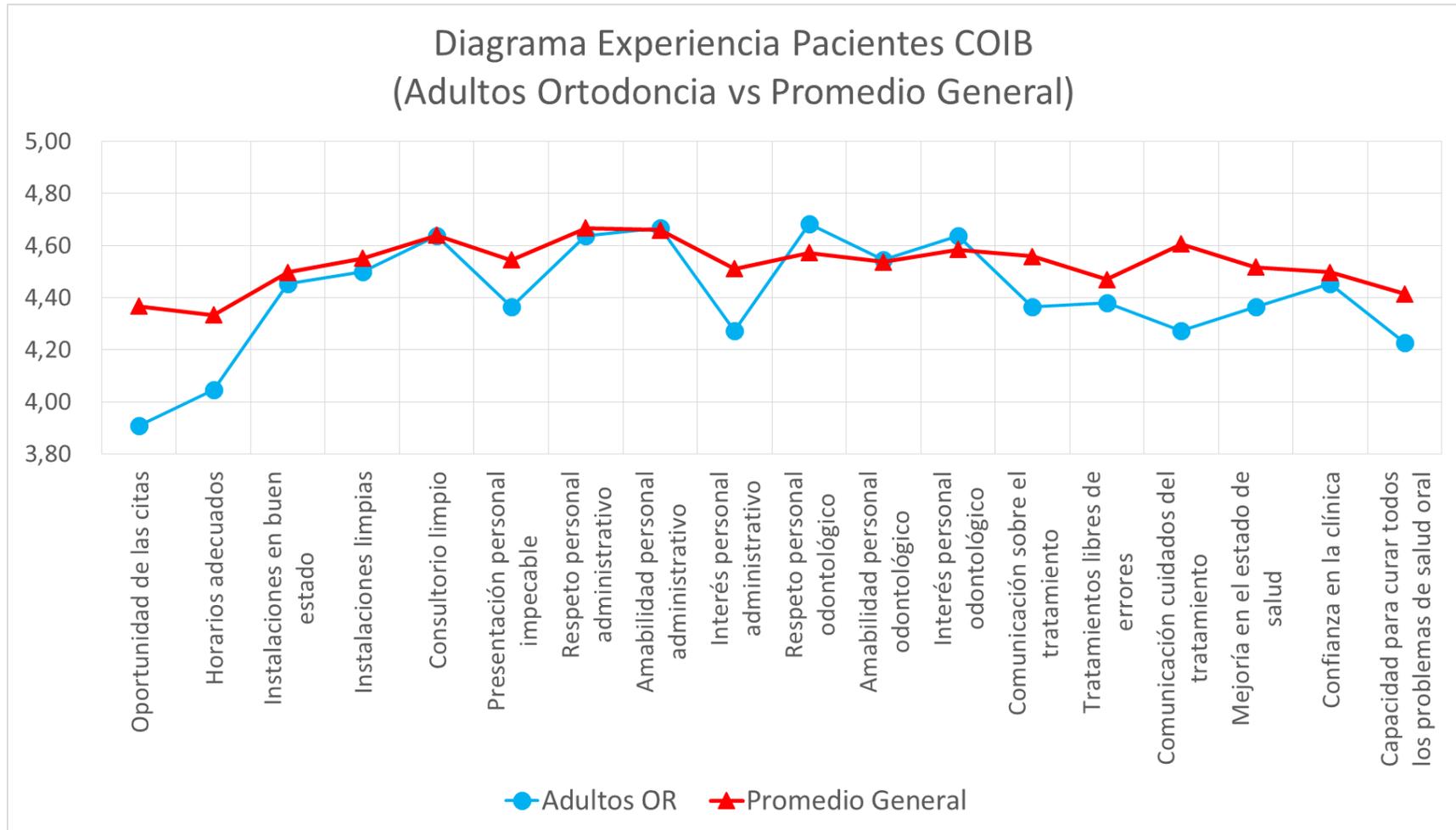
Con la anterior decisión se espera dar respuesta igualmente a la baja calificación del ítem *Conf2* (horarios adecuados). Respecto a los ítems 3 y 4 de esta dimensión se visualiza como oportunidad de mejora la creación de protocolos de comunicación, tanto para la transmisión del mensaje sobre las condiciones y costos de los tratamientos, así como sobre el cuidado de los mismos.

De otra parte y coincidiendo con los hallazgos del segmento adultos, se debe mejorar la comunicación sobre todos los servicios que ofrece la Clínica, para lo cual ya se presentaron las acciones llevadas a cabo por COIB. De la misma manera con el ítem *Aadm3*, para lo cual se siguieron las mismas medidas que lo expuesto para el mismo ítem en el segmento *adultos*.

Respecto a los ítems complementarios del análisis, se tiene que en este segmento el porcentaje de pacientes que tiene miedo de ir al odontólogo asciende a cerca del 40%, este dato es muy útil para el psicólogo de la Clínica en su planeación de actividades del año.

Se prosigue entonces con en análisis comparativo del servicio de este segmento respecto al promedio de la Clínica, el cual se presenta en la Figura 3-12. Se pueden identificar como fortalezas del servicio respecto al desempeño general de la Clínica los atributos de trato respetuoso del personal odontológico e interés del mismo por los problemas que pueden presentar los pacientes en el proceso de atención. Como puntos con un desempeño inferior al promedio de la Clínica, se encuentran como casos más críticos la oportunidad y horarios de las citas, así como la comunicación del cuidado de los tratamientos.

**Figura 3-12:** Diagrama experiencia Pacientes COIB – Adultos Ortodoncia



Fuente: Elaboración propia

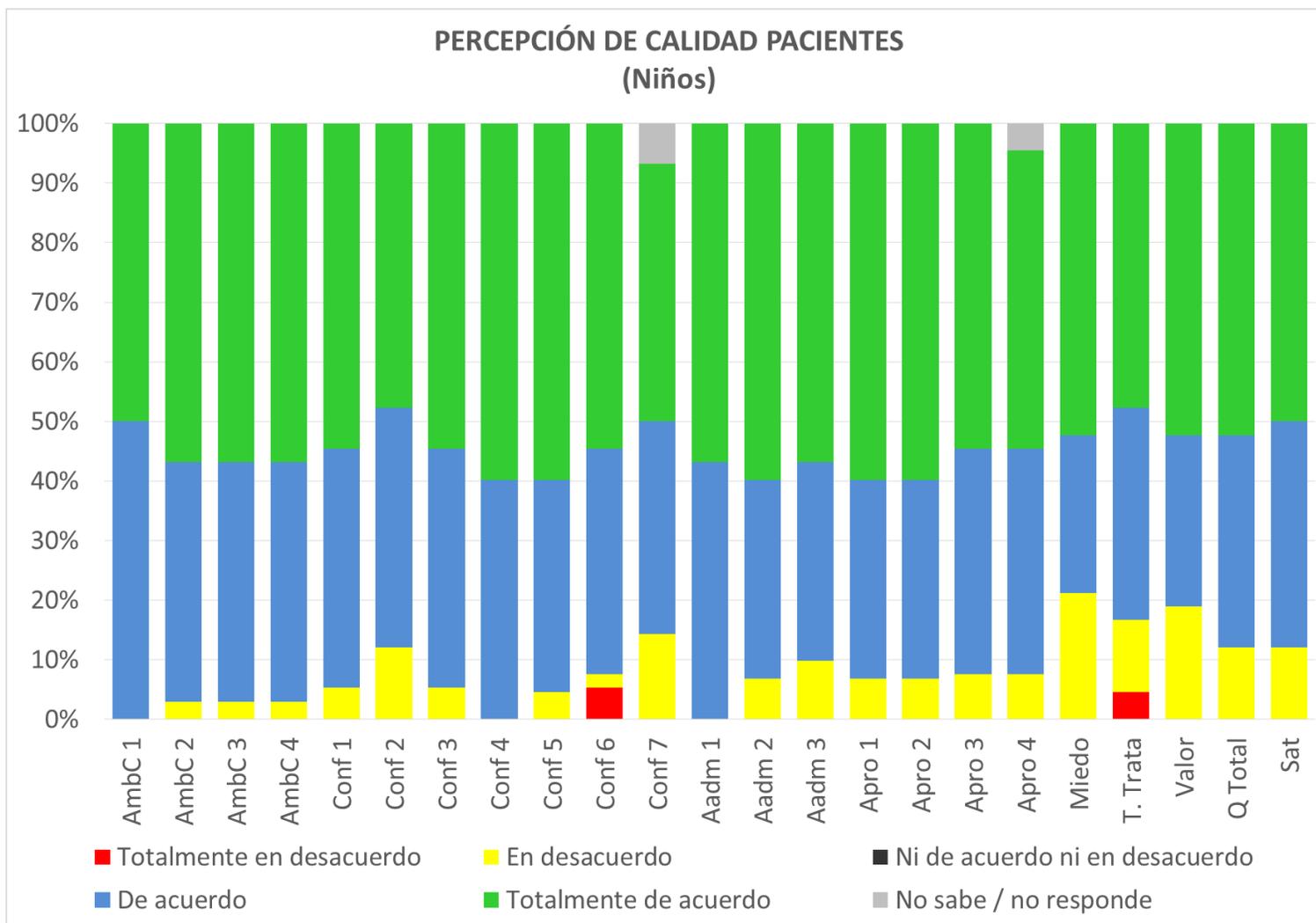
Siguiendo con el análisis por segmento se continúa con el de *niños*, presentado en la Figura 3-13, en la cual se identifican como puntos más relevantes de mejora los asociados a los ítems *Conf2* y *Conf7*, es decir horarios adecuados y percepción de capacidad de la Clínica para resolver todos los problemas de salud oral de sus pacientes.

El primero se trató con un aumento de la jornada laboral de la odontopediatra y se espera que con esto se dé solución a este inconveniente. El segundo se trabajará con lo planteado para los otros dos segmentos presentados, es decir mejorando la comunicación de los servicios ofrecidos por la Clínica.

Las dimensiones de *Ambiente clínico*, *Atención administrativa* y *Atención profesional*, se trabajaran en conjunto con los otros segmentos en lo que se refiere a las acciones de mejoramiento.

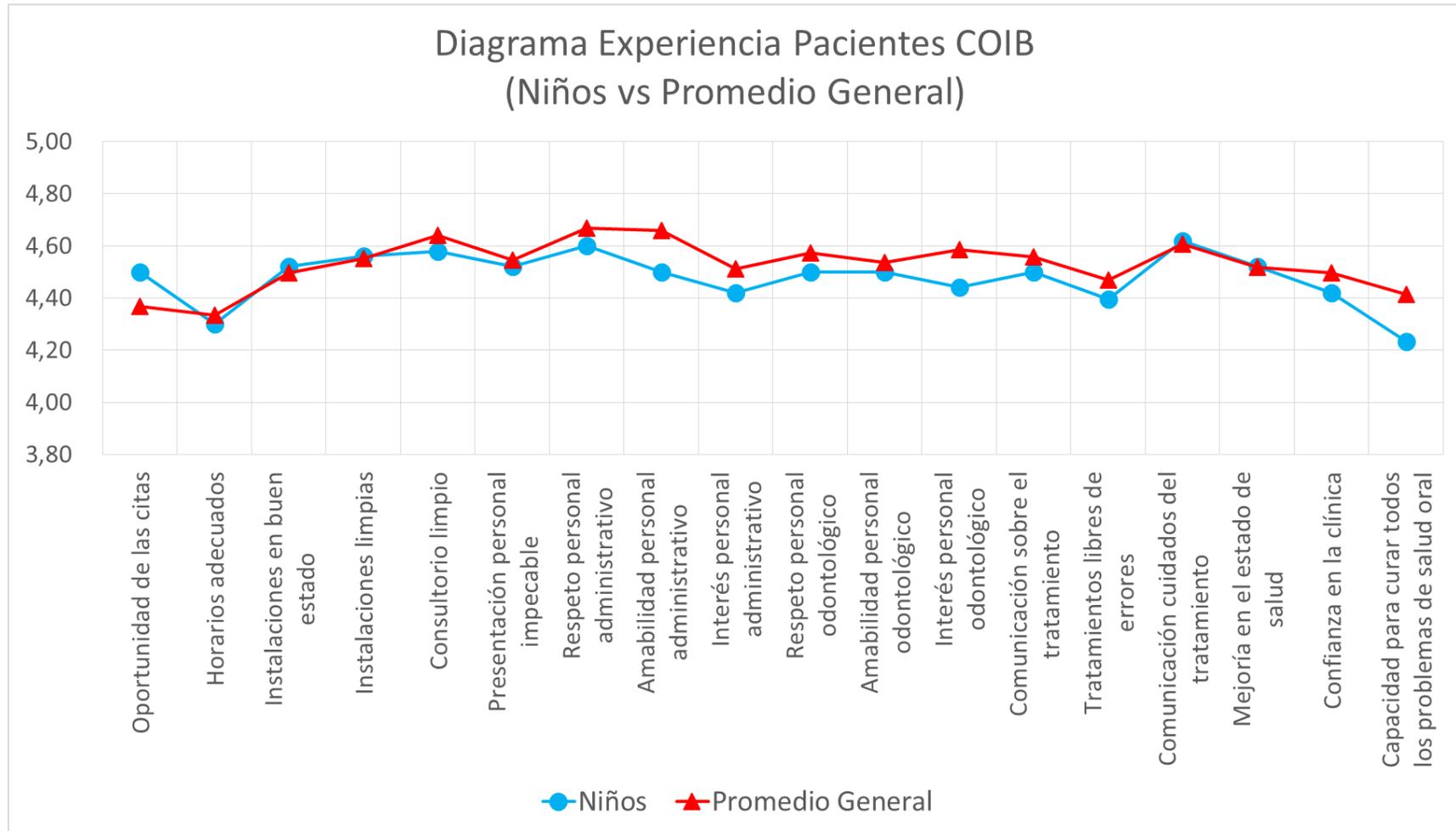
En cuanto a la comparación del servicio de niños respecto al promedio de la Clínica, en la Figura 3-14 se puede evidenciar que la experiencia de estos pacientes está por debajo del promedio desde el momento de contacto con el personal administrativo hasta la percepción de tratamientos libres de errores desde el punto de vista de los pacientes, esto permite concentrar esfuerzos por mejorar este servicio en esos puntos de contacto.

**Figura 3-13: Percepción de la Calidad Pacientes COIB – Niños**



Fuente: Elaboración propia

**Figura 3-14:** Diagrama experiencia Pacientes COIB – Niños



Fuente: Elaboración propia

Para finalizar el análisis por segmentos, se presentan los resultados de *niños ortodoncia* en la Figura 3-15 y en la Figura 3-16.

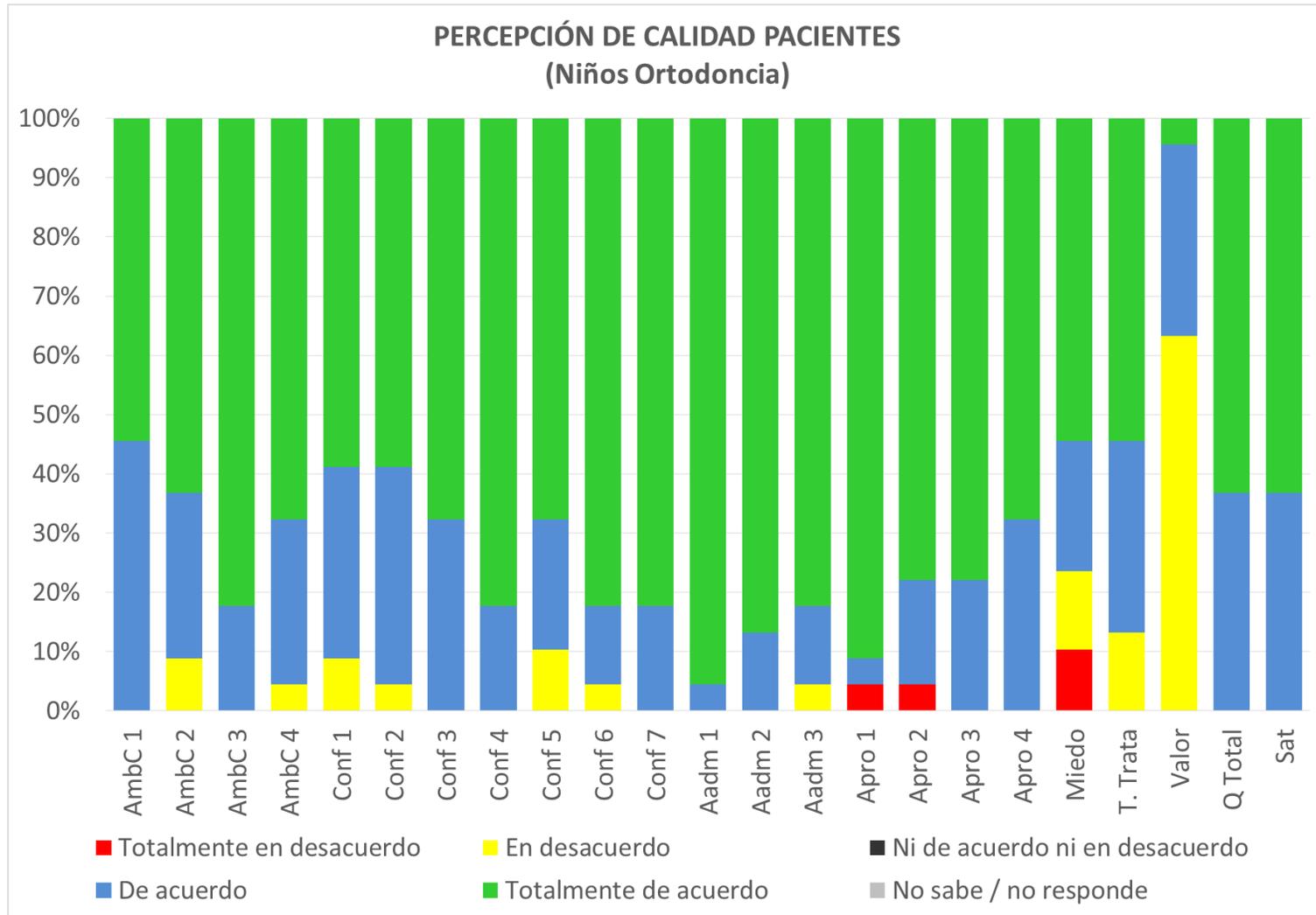
En primera instancia respecto a la percepción de calidad, se identifican casos similares a los de los segmentos anteriores, concentrando la atención en la limpieza de las instalaciones que rodean la zona de prestación de este servicio y en que los padres de los niños no perciben mejoría en el estado de salud de ellos después de la atención recibida en COIB. Este último punto se trabajó con los odontólogos que atienden este segmento de pacientes para que mejoren la comunicación con los acudientes de los niños sobre el tratamiento y los resultados esperados del mismo, así como de las limitaciones.

Otros dos ítems de esta Figura que llaman la atención son los *Apro1* y *Apro2*, que hacen referencia a trato amable y respetuoso por parte de los odontólogos y auxiliares. En esta evaluación un 3% de los pacientes del segmento *niños ortodoncia* los calificaron con la nota más baja de calidad del servicio percibida.

De los ítems complementarios llama la atención que es el segmento donde la percepción de valor (beneficios versus costos) tiene la percepción más negativa, sin embargo la percepción de calidad global y satisfacción presenta buenos índices.

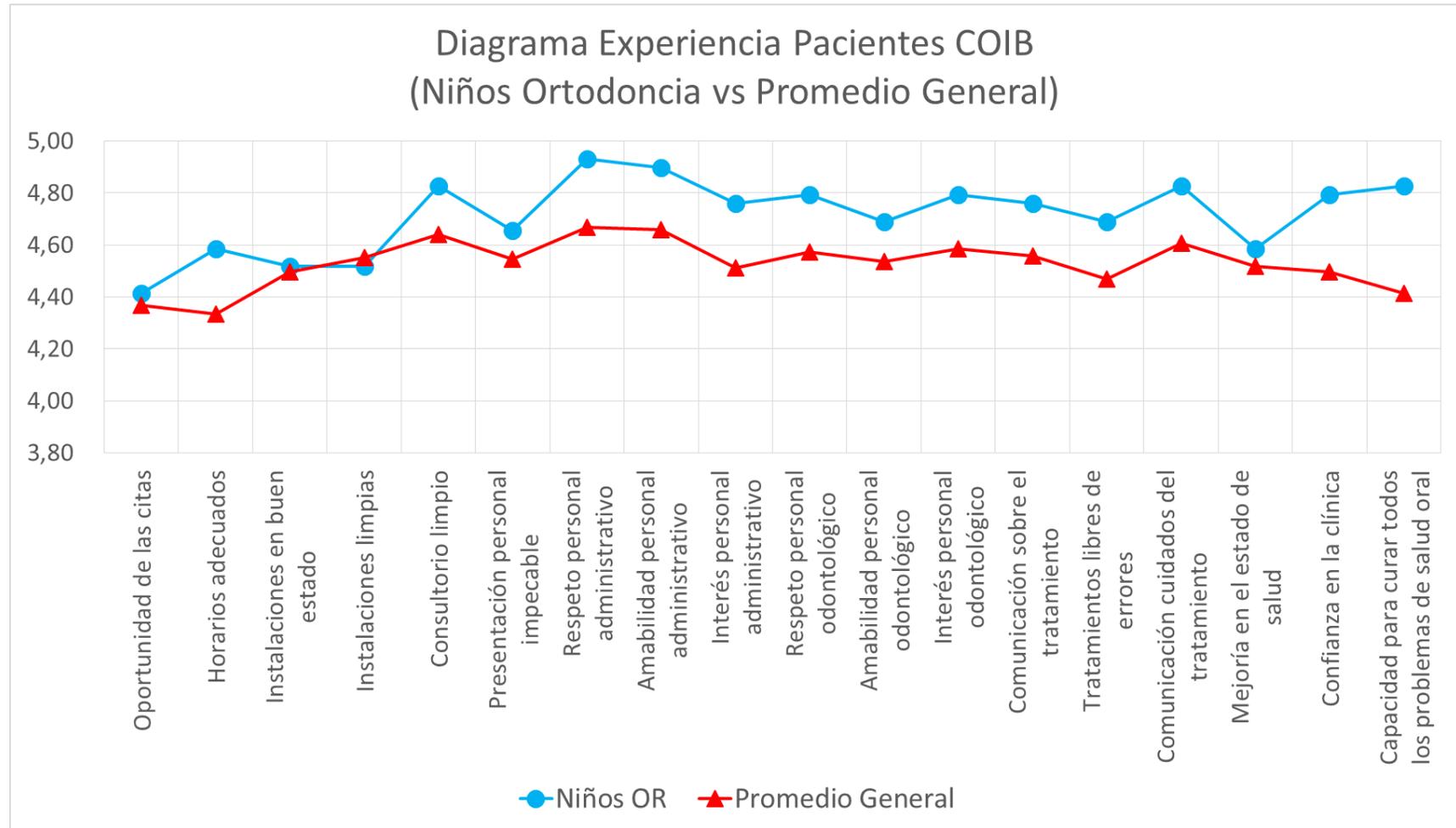
Finalmente en la Figura 3-16, se puede ver que en general este es el servicio más sobresaliente de la Clínica en cuanto a la calidad percibida por los pacientes, debido que la mayoría lo calificó con los valores más altos permitidos en la evaluación, se puede evidenciar esto en el tamaño de la franja verde de las columnas de la gráfica 3-15. De esta forma el equipo de trabajo que atiende a este segmento, tiene la capacidad para liderar las mejoras en varios de los atributos analizados con este estudio.

**Figura 3-15:** Percepción de la Calidad Pacientes COIB – Niños Ortodoncia



Fuente: Elaboración propia

**Figura 3-16:** Diagrama experiencia Pacientes COIB – Niños Ortodoncia



Fuente: Elaboración propia

A manera de resumen práctico del análisis realizado se presenta la siguiente Tabla 3-14 con el diagnóstico de las mejores prácticas del servicio prestado a cada segmento, como fortalezas de identificaron los atributos que se encuentran por encima del desempeño promedio de la Clínica y que no presentaron ninguna valoración negativa por parte de los pacientes.

**Tabla 3-14.** Resumen diagnóstico ejecutado – Mejores prácticas COIB

	Adultos	Adultos Ortodoncia	Niños	Niños Ortodoncia	
<b>Mejores Prácticas COIB</b> (Lo que se están haciendo con un desempeño destacado respecto a la escala tomada como referencia y respecto al desempeño promedio de la Clínica)	Mantenimiento de las instalaciones				
	Presentación impecable odontólogos y auxiliares	Trato respetuoso odontólogos y auxiliares			Comunicación sobre el tratamiento
		Comunicación sobre el tratamiento	Interés por parte de los odontólogos y auxiliares por los problemas que puedan tener los pacientes durante la toma del servicio		Comunicación cuidados del tratamiento
	Consultorio limpio				
	Tratamientos libres de errores				
	Comunicación cuidados del tratamiento				Interés por parte de los odontólogos y auxiliares por los problemas que puedan tener los pacientes durante la toma del servicio
					Trato amable y respetuoso por parte del personal administrativo

Fuente: Elaboración propia

Continuando con la síntesis del análisis en la Tabla 3-15 se presenta un resumen de las oportunidades de mejora identificadas por cada segmento, lo cual refleja la utilidad de la medición de la percepción de la calidad del servicio como herramienta para su mejoramiento.

**Tabla 3-15.** Resumen diagnóstico ejecutado – Oportunidades de mejora

Oportunidades de mejora		Adultos	Adultos Ortodoncia	Niños	Niños Ortodoncia
1	Inspecciones visuales a las instalaciones por parte de todo el personal para mantenerlas limpias				
2	Mejorar limpieza del consultorio en los cambios de paciente				
3	Crear estrategia de comunicación para presentar a los pacientes la totalidad de servicios que tiene la Clínica				
4	Ampliar disponibilidad del servicio en por lo menos un día adicional la semana				
5	Aumentar horario del odontólogo				
6	Flexibilizar horario después de las 6 pm				
7	Mejorar la aplicación del protocolo de comunicación sobre las condiciones del tratamiento				
8	Mejorar la aplicación del protocolo de comunicación sobre los cuidados del tratamiento				

**Tabla 3-15.** Resumen diagnóstico ejecutado – Oportunidades de mejora

Oportunidades de mejora		Adultos	Adultos Ortodoncia	Niños	Niños Ortodoncia
9	Sensibilización del personal administrativo para mejorar el trato amable				
10	Sensibilización del personal administrativo para mejorar el trato respetuoso				
11	Sensibilización personal administrativo para despertar interés por las necesidades de los pacientes				
12	Sensibilización del personal odontológico para mejorar el trato amable				
13	Sensibilización del personal odontológico para mejorar el trato respetuoso				
14	Sensibilización personal odontológico para despertar interés por las necesidades de los pacientes				

Fuente: Elaboración propia

## 4. Conclusiones y recomendaciones

### 4.1 Conclusiones

La elaboración del presente estudio aporta a la confirmación de la complejidad que conlleva la medición de la percepción de calidad en los servicios de salud, así como reitera la importancia de ejecutar dicha medición para identificar oportunidades de mejora en las organizaciones gracias a las evaluaciones que realizan sus clientes y/o usuarios, quienes son en últimas su razón de ser.

Los resultados obtenidos en este acercamiento a la medición de la percepción de calidad en los servicios odontológicos, aún con la limitación de la validación estadística del instrumento, se encuentran relacionados con los hallazgos de otros estudios similares en cuanto a que para los pacientes que consumen servicios odontológicos, la calidad está asociada con conseguir resultados en la resolución de sus problemas de salud oral, siendo tratados con amabilidad y respeto por parte del personal de la organización y recibiendo información clara y completa sobre sus diagnósticos, tratamientos y cuidados posterior.

Estos hallazgos coinciden con los obtenidos por Aguilar et al (2013) en México con su cuestionario DSQS (Dental Services Quality Scale) y por Araya et. al, (2012) en Chile con su adaptación del instrumento SERVPERF, en los cuales se identificaron la confiabilidad, la empatía y la comunicación como las dimensiones que más influyen en la percepción de calidad del servicio.

La dimensión *manejo del dolor*, la cual se perfilaba como la innovación del presente estudio, teniendo en cuenta el interés que despertaba entre expertos y pacientes, no se confirmó por medio del Análisis Factorial Exploratorio, lo cual puede reflejar que la aproximación trabajada en el presente trabajo debe reestructurarse para futuros estudios, lo cual se debería materializar en un cambio de las preguntas por medio de las cuales se desea medir esta dimensión.

Lo anterior deja abierta una interesante discusión sobre si el dolor es una dimensión que influye en la percepción de calidad de los servicios odontológicos, es decir, si el manejo del dolor es percibido por los pacientes como una condición que debe ser manejada por las organizaciones de servicios odontológicos y por ende, afectar positiva o negativamente la percepción de calidad.

De esta forma, es posible plantear que esta dimensión aunque fue descartada partiendo de los resultados del presente estudio, abre la puerta a una reflexión y debate más amplios con expertos del sector odontológico y de la calidad, con el fin de conceptualizar y formular una estrategia que permita medir la relación entre el manejo del dolor en los servicios odontológicos y la percepción de calidad de este tipo de servicios.

Es evidente también la gran necesidad de generar un modelo integral de gestión de calidad en salud que incluya de manera específica la percepción de los pacientes, trascendiendo el cumplimiento de los mínimos estándares que exige la ley, adoptando una visión de mejoramiento continuo y de implementación de acciones de mejora a partir de la percepción de calidad de los pacientes.

Esto conlleva al gran reto de integrar los esfuerzos de diversos actores y entidades que han realizado aportes a la gestión de calidad en las organizaciones de salud, entendiendo la particularidad de sus servicios y los diversos niveles en los que se encuentran sus actores.

En esta misma línea cabe plantear que la asimetría de información propia de los servicios de salud, más que un impedimento, debe constituir un reto para lograr conseguir instrumentos de medición que puedan integrar la visión de los pacientes al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios. Una sugerencia para abordar este reto es por medio de la generación de protocolos que brinden líneas claras de comunicación entre los profesionales del sector salud y sus pacientes, pues si se logra que ellos comprendan los procedimientos que están recibiendo podrán evaluar de una mejor manera los servicios que reciben.

En el caso de COIB como la organización en la cual se llevó a cabo este estudio se puede plantear que por medio del mismo se identificaron de forma concreta las oportunidades de

mejora presentadas en la Tabla 3-15, las cuales fueron comunicadas a los directivos para su implementación. Así mismo se acordó la aplicación del instrumento en una versión mejorada cada seis meses con el respectivo análisis y comparación de resultados con las mediciones anteriores.

El proceso que se llevó a cabo para la elaboración del presente trabajo deja unas reflexiones que el autor considera relevante compartir con los posibles lectores, para aportar a la construcción colectiva de conocimiento, específicamente sobre la medición de la calidad en servicios, con énfasis en servicios de salud en el contexto colombiano.

En primera medida se retoman las limitaciones con las que contó el presente estudio, la principal estuvo relacionada con la validación estadística del instrumento utilizado para realizar la medición de la percepción de calidad en las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá, lo cual tiene como consecuencia que los resultados obtenidos en el presente trabajo son de aplicación exclusiva en el terreno estudiado y que si se desea utilizar el instrumento aquí propuesto en otro tipo de estudios se debe realizar una validación estadística robusta, para poder tener una certeza absoluta sobre la validez del mismo.

Lo anterior se dio porque el tamaño de la muestra utilizado en el presente estudio es pequeño para poder hacer una validación robusta del instrumento y adicionalmente al tener respuestas de la población de solo una organización del sector, se podría tener un sesgo en los resultados que no permitiría identificar la totalidad de ajustes requeridos en el instrumento para garantizar una versión absolutamente validada desde el punto de vista estadístico. Sin embargo y teniendo presente el proceso de diseño del instrumento a continuación se presentan algunas consideraciones.

El diseño o selección del instrumento de medición es un proceso clave en este tipo de estudios, se tienen dos alternativas: diseñar un instrumento propio o tomar uno que haya sido validado en estudios previos.

La ventaja de la primera alternativa es que el instrumento construido tiene una mayor probabilidad de ajustarse a la realidad de la organización objeto de estudio, esto permitiría tener un diagnóstico mucho más personalizado para organización. El gran riesgo que se corre cuando se elige esta alternativa, es que después de un largo proceso de diseño, el instrumento en su versión final aún puede contar con limitaciones que se solo se podrán descubrir después de haberlo aplicado a la población objeto de estudio. Para evitar este

gran problema, se sugiere hacer una prueba piloto del instrumento, la cual permita identificar los ajustes que se deben realizar desde el punto de vista del comportamiento estadístico del mismo.

En el caso del instrumento IMPCSO, por más que en su proceso de diseño se contó con el aporte de diversos actores como expertos del Ministerio de Salud, de la Organización para la Excelencia en Salud (antes Centro de Gestión Hospitalaria), Doctores en gestión de salud, profesores de odontología, odontólogos tanto de la Clínica objeto de estudio como de otras Clínicas, consultores especializados en calidad en salud y por supuesto con los pacientes. Se llegó a un punto en el cual había tanta información contemplada que materializarla en un instrumento fue un proceso bastante complejo.

Para la materialización del instrumento se tomaron como guía los diversos estudios encontrados en la revisión bibliográfica, tratando, tal vez ingenuamente, de tener un instrumento que pudiera consolidar la visión de los expertos, la visión de los estudios previos y la visión de la realidad de la Clínica estudiada. Hubo que buscar un equilibrio entre querer capturar mucha información y tener que hacerlo de forma telefónica, lo cual impactó también el diseño del instrumento IMPCSO.

Como se mencionó en el apartado de metodología, una vez se tuvo una versión inicial del instrumento, se presentó con expertos quienes sugirieron ajustes, se realizaron y se ejecutó una prueba piloto con un grupo pequeño de pacientes de la Clínica, utilizando el medio de contacto contemplado para el estudio (teléfono), sin embargo el objetivo de la prueba piloto, no era realizar una validación estadística del instrumento, pues el tiempo disponible para realizar el estudio no lo permitía, ya que el tamaño de la muestra para este tipo de validaciones es considerable (lo ideal es que por cada ítem que se desee validar se cuente con diez observaciones), lo cual para el caso de COIB implicaría hacer la prueba piloto con casi toda la población de pacientes activos (349 al momento de realizar el estudio). Estos hallazgos se fueron realizando por el camino, en un punto en el cual cambiar de decisión respecto al instrumento hubiera llevado a la no ejecución del presente trabajo.

Otra complejidad en el diseño de un instrumento nuevo es la redacción de las preguntas, especialmente para sectores en los cuales la asimetría de información técnica entre el

prestador y el cliente es bastante amplia, pues se debe buscar un lenguaje que sea claro y directo para el tomador del servicio, pero que refleje el componente de la experiencia que desea evaluar la organización prestadora.

Se seleccionó la alternativa de construir un instrumento nuevo, debido a que ninguno de los que se identificaron en los estudios previos se ajustaba correctamente a la realidad de la Clínica objeto de estudio, se confió en el proceso de diseño del instrumento, en la rigurosidad de la revisión bibliográfica, del concepto de expertos y pacientes, sin embargo al momento de analizar los resultados, específicamente de la validez del modelo de medición propuesto, se encontró con el desafortunado hallazgo, de que el modelo sugerido por el Análisis Factorial Exploratorio no se pudo confirmar con el Análisis Factorial Confirmatorio.

Este hallazgo tiene la connotación de desafortunado de forma temporal, porque justamente es a través de este tipo de hallazgos que se puede construir conocimiento que responda a las dinámicas de la realidad de las organizaciones.

De la experiencia del diseño del instrumento, se comparte con aquellos que deseen tomar esta alternativa, que es un proceso costoso. El tiempo de las gestiones para conseguir los conceptos de expertos es bastante considerable y esto hace que el diseño de un buen instrumento cuando se realiza de forma individual puede tomar un par de meses.

La otra alternativa en cuanto al instrumento es tomar uno que haya sido validado en estudios previos, la gran ventaja de este camino es que se tiene mayor certeza sobre los resultados obtenidos, también que al ser un instrumento estándar, permite realizar comparaciones entre organizaciones. Como debilidad es que existe la probabilidad de que el instrumento estándar, no se ajuste completamente a la experiencia de servicio de la organización estudiada. Precisamente aquí se encuentra un gran reto para los interesados en el tema de la medición de la calidad del servicio.

Al generar instrumentos validados, se les brinda a las empresas una herramienta garantizada, que les permitirá hacer un análisis interno y un análisis de su desempeño frente a sus competidores. Sin embargo por más de que existen herramientas como el SERVPERF o el SERVQUAL, las mismas han tenido variaciones según el tipo de servicio objeto de estudio, estas variaciones se han dado como consecuencia, entre otros, a factores culturales propios de la sociedad en la cual se llevan a cabo los estudios. La

pregunta que se deja para reflexión es: ¿Consideran probable llegar a un número finito de instrumentos que permitan a las empresas de servicios contar con herramientas estándar para realizar la medición de la percepción de la calidad del servicio? Y otras preguntas para complementar la reflexión ¿Cómo se realizaría la agrupación de servicios para el diseño de estas herramientas estándar?, ¿Qué tanto un instrumento estándar, puede reflejar la realidad completa de una empresa?

Hay autores que plantean que el instrumento en sí mismo no es lo relevante en estudios de percepción de calidad, sin embargo la visión personal es que si el instrumento no es confiable, los resultados de su medición van a tener esta limitación y la toma de decisiones que se realice con los mismos, tendrá un riesgo mayor asociado a la toma de decisiones con instrumentos que tengan una mayor validación. Sin embargo en un principio se debe aprender a convivir con esta limitación y a través de la ejecución de numerosos estudios con objetivos similares a este, se podrá ir cerrando la brecha entre lo académicamente esperado y lo que la realidad de las empresas permite.

Concentrando la atención en el contexto empresarial colombiano, en el cual el 96% de empresas son pymes (Espectador, 2011), surge una reflexión asociada a si estas pequeñas y medianas empresas, están en la capacidad económica y si cuentan con personas con el conocimiento técnico para llevar a cabo estudios como el del presente trabajo, se considera personalmente, que este es un reto que tiene la academia de las Ciencias de Gestión colombiana y es brindar las herramientas confiables, así como el acompañamiento para la elaboración de este tipo de estudios, los cuales ayudarán al mejoramiento de la calidad y la competitividad de las pymes colombianas.

## **4.2 Recomendaciones**

Tomando como referencia lo expuesto en las conclusiones a continuación se presentan las recomendaciones para futuras investigaciones.

Es importante tener en cuenta que la complejidad de la medición de percepción de calidad aumenta en la medida en que el servicio a evaluar no cuente con antecedentes de estudios en los que se hayan utilizado instrumentos validados para efectuar la medición, pues

requiere de un procedimiento de validación estadística, que implica ciertas condiciones como las asociadas con el tamaño de la muestra y los métodos recomendados para su análisis, situación que podría dificultar la ejecución de un estudio con un instrumento nuevo en organizaciones que tengan una población de clientes o usuarios inferior a 100 personas.

La concepción de un nuevo instrumento de medición, requiere de un trabajo arduo en cuanto a revisión bibliográfica y contacto con expertos, pero el esfuerzo se debería ver recompensado al obtener resultados específicos para la organización que se desea evaluar, reforzando su pertinencia en la identificación de oportunidades de mejora.

Con la elaboración del presente estudio se visualiza la necesidad de continuar trabajando en el tema de la medición de la percepción de calidad, específicamente en servicios odontológicos, ampliando estudios como este que permitan mejorar el instrumento de medición y llegar a una población más numerosa.

Lo anterior está orientado a formular un instrumento que sea lo suficientemente robusto y riguroso desde los expertos del sector, así como desde el punto de vista estadístico, para poder masificar su uso y de esta manera aportar en la construcción de un modelo integral de gestión de calidad en el sector salud, con énfasis en el servicio odontológico, en el cual la evaluación que realizan los pacientes de la calidad sea un insumo fundamental para su mejoramiento.

Con la concepción de un instrumento válido y fiable que permita tener la certeza de estar realizando una buena medición de percepción de calidad, los gerentes de las organizaciones prestadoras de servicios odontológicos, podrán tomar mejores decisiones, que impacten realmente en mejoras de la gestión de la organización. El objetivo no es quedarse en el diseño de un instrumento, se debe lograr que el mismo sea usado por las organizaciones, de otra forma se estaría reduciendo el potencial de los aportes y hallazgos de la academia hacia las organizaciones.

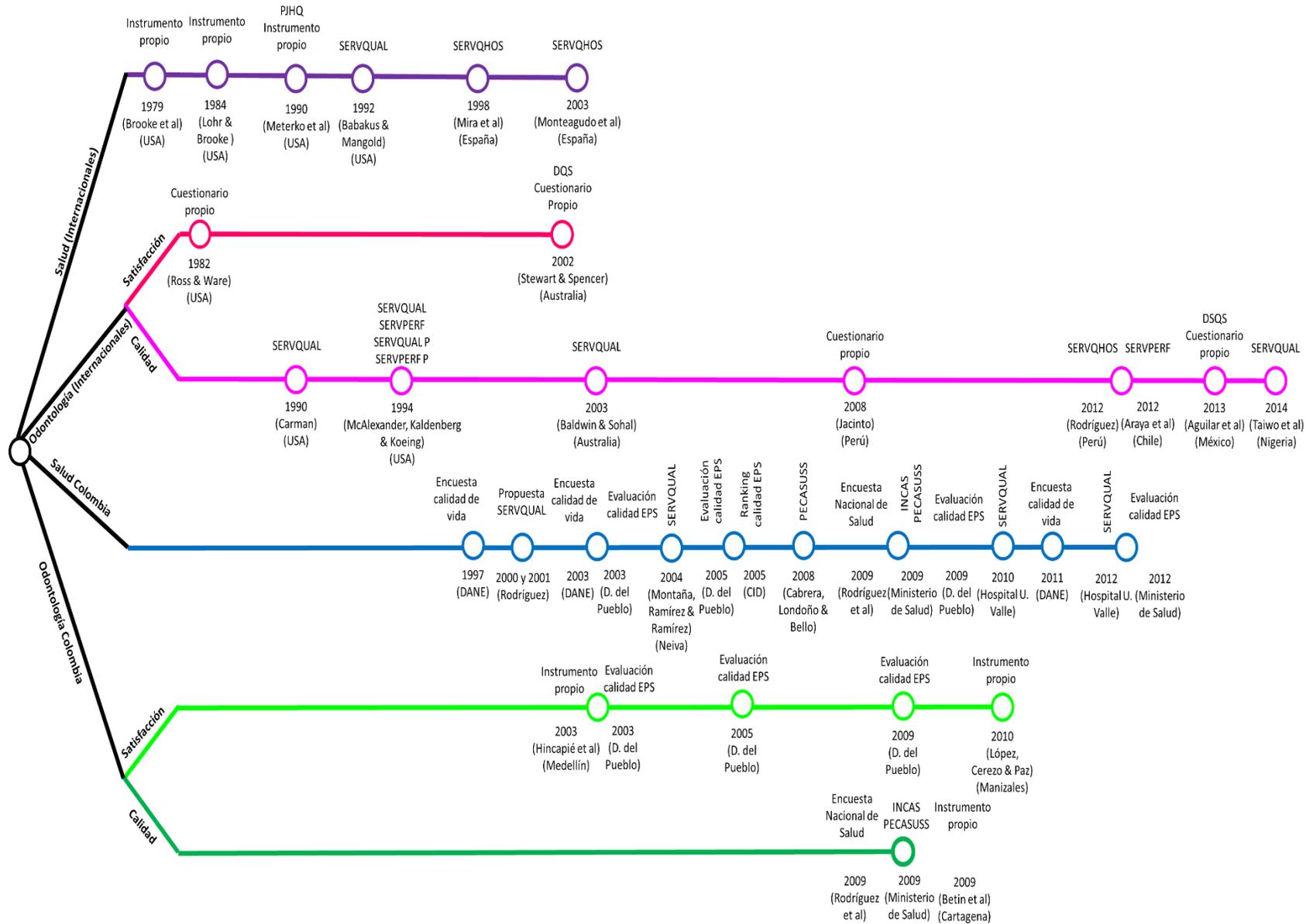
Como se pudo evidenciar en el marco teórico, la elaboración de estudios de percepción de calidad en servicios odontológicos es un tema que ha ido creciendo en los últimos años alrededor del mundo, por lo tanto se requieren más estudios de este tipo, ojalá de corte longitudinal para identificar variaciones en los procedimientos e instrumentos a lo largo del tiempo.

La elaboración del presente trabajo también permite recomendar que los estudios de percepción de calidad del servicio deberían complementarse con métodos cualitativos de levantamiento de información como observación directa de los tomadores de servicios o con sesiones de grupos focales. De esta forma se tendría información más detallada sobre la percepción que tienen los usuarios respecto a los servicios que toman y se podrían explorar métodos alternativos de medición que superen las limitaciones que pueden presentar las encuestas, como lo son la generación de los diversos tipos de sesgos, ya sea por la forma de medición, la actitud del encuestado frente al instrumento, la naturalidad y honestidad en las respuestas, etc.

El complementar la forma tradicional de realizar la medición como lo son las encuestas, con métodos alternativos permitiría innovar en este proceso de medición y se podría avanzar en el objetivo de tener una visión mucho más compleja y completa de la percepción que tienen los usuarios del servicio. Este proceso implica costos y riesgos como todo proceso de innovación, pero permitiría avanzar en el proceso de encontrar cada vez mejores herramientas que apoyen la gestión de las organizaciones.

Finalmente se recomienda poner en discusiones académicas los resultados del presente estudio con expertos, esto conllevaría a corroborar o modificar las conclusiones a las que se ha llegado y se podrían tener propuestas concretas sobre cómo mejorar el instrumento trabajado en el presente estudio.

## **A. Anexo: Diagrama Resumen Revisión Bibliográfica**



## **B. Anexo: Instrumento Versión Soporte Bibliográfico**



INSTRUMENTO PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS (IMPCSO)	
<p>La Clínica Odontológica XYZ se encuentra realizando un estudio sobre la percepción de calidad que tienen sus pacientes sobre los servicios que ofrece. La información es de carácter confidencial y reservado, el objetivo principal realizar seguimiento a la calidad de los servicios que ofrece la Clínica para identificar oportunidades de mejora. Por lo anterior solicitamos su colaboración para responder a las preguntas que se realizarán a continuación.</p> <p>Basándose en su experiencia indique, por favor, si lo que se menciona en las siguientes declaraciones ha estado presente en las interacciones que ha tenido con la Clínica.</p>	

N	En la Clínica Odontológica	Fuentes
1	Las instalaciones, mobiliario y espacios de la clínica tienen una buena apariencia	(Araya et al, 2012) (Rodríguez, 2000) (Babakus & Mangold, 1992) (Taiwo et al, 2014) (Cabrera, Londoño & Bello, 2008)
2	Las instalaciones generales de la clínica están pulcras y limpias	(Betin et al, 2009) (Aguilar et al, 2013) (Cabrera, Londoño & Bello, 2008) (Carman, 1990)
3	El consultorio, su mobiliario y herramientas están pulcros y limpios	(Aguilar et al, 2013) (Rodríguez, 2000) (López, Cerezo & Paz, 2010)
4	Los equipos y herramientas utilizados en la clínica son modernos	(Araya et al, 2012) (Babakus & Mangold, 1992) (Taiwo et al, 2014) (López, Cerezo & Paz, 2010)
5	Las instalaciones de la clínica son seguras	(Carman, 1990)
6	La presentación física del personal es limpia y pulcra	(Araya et al, 2012) (Babakus & Mangold, 1992) (Rodríguez, 2012) (Taiwo et al, 2014) (Meterko et al, 1990)
7	Los trámites administrativos en la clínica son fáciles y sencillos	(Aguilar et al, 2013) (Rodríguez, 2000) (Cabrera, Londoño & Bello, 2008)
8	La solicitud de asignación de citas es fácil y rápida	(McAlexander, Kaldenberg, & Koeing, 1994)
9	Los horarios de atención de la clínica son adecuados para los pacientes	(Araya et al, 2012) (Taiwo et al, 2014)
10	Los precios de los servicios de la clínica son cómodos y asequibles	(Betin et al, 2009) (Aguilar et al, 2013) (McAlexander, Kaldenberg, & Koeing, 1994) (Carman, 1990) (Jacinto, 2008)
11	Las citas en la clínica inician puntualmente	(Araya et al, 2012) (Aguilar et al, 2013) (Babakus & Mangold, 1992) (Rodríguez, 2012)
12	El personal administrativo de la clínica es amable y respetuoso con los pacientes	(Araya et al, 2012) (Rodríguez, 2000) (Rodríguez, 2012) (Taiwo et al, 2014) (Cabrera, Londoño & Bello, 2008) (McAlexander, Kaldenberg, & Koeing, 1994) (Carman, 1990) (Jacinto, 2008) (López, Cerezo & Paz, 2010)
13	Los auxiliares y odontólogos de la clínica son amables y respetuosos con los pacientes	(Araya et al, 2012) (Aguilar et al, 2013) (Rodríguez, 2000) (Rodríguez, 2012)

		2012) (Taiwo et al, 2014) (Cabrera, Londoño & Bello, 2008) (Jacinto, 2008) (McAlexander, Kaldenberg, & Koeing, 1994) (Carman, 1990) (López, Cerezo & Paz, 2010)
14	El personal administrativo de la clínica demuestra interés en solucionar los problemas de los pacientes	(Araya et al, 2012) (Babakus & Mangold, 1992) (Rodríguez, 2012) (Taiwo et al, 2014) (McAlexander, Kaldenberg, & Koeing, 1994)
15	Los auxiliares y odontólogos de la clínica demuestran interés en solucionar los problemas de los pacientes	(Araya et al, 2012) (Babakus & Mangold, 1992) (Rodríguez, 2012) (Taiwo et al, 2014) (McAlexander, Kaldenberg, & Koeing, 1994) (Meterko et al, 1990)
16	Los auxiliares, odontólogos y el personal administrativo demuestran intención de ayudar a los pacientes	(Araya et al, 2012) (Babakus & Mangold, 1992) (Rodríguez, 2012) (Taiwo et al, 2014) (McAlexander, Kaldenberg, & Koeing, 1994) (Meterko et al, 1990)
17	Los odontólogos de la clínica le informan claramente sobre los problemas que presenta su salud oral	(Araya et al, 2012) (Babakus & Mangold, 1992) (Rodríguez, 2012) (McAlexander, Kaldenberg, & Koeing, 1994) (Carman, 1990) (López, Cerezo & Paz, 2010) (Lara et al, 2000)
18	Los odontólogos de la clínica le informan claramente sobre el tratamiento que requiere	(Aguilar et al, 2013) (Babakus & Mangold, 1992) (Rodríguez, 2012) (McAlexander, Kaldenberg, & Koeing, 1994) (Carman, 1990) (López, Cerezo & Paz, 2010) (Lara et al, 2000)
19	Los auxiliares y odontólogos de la clínica le informan claramente sobre el cuidado y mantenimiento del tratamiento	(Aguilar et al, 2013) (Babakus & Mangold, 1992) (Rodríguez, 2012) (Cabrera, Londoño & Bello, 2008) (McAlexander, Kaldenberg, & Koeing, 1994) (Carman, 1990) (Jacinto, 2008) (Lara et al, 2000)
20	Se le informa claramente sobre los costos y riesgos de su atención en salud oral	(Aguilar et al, 2013) (Lara et al, 2000) (Carman, 1990)
21	Usted presenta dolor antes de la consulta odontológica	(López, Cerezo & Paz, 2010)
22	Usted siente dolor durante la atención odontológica (Si la respuesta es nunca pasar a pregunta 24)	(Stewart & Spencer, 2002)
23	El odontólogo hace todo lo posible para reducir el dolor durante la atención	(McAlexander, Kaldenberg, & Koeing, 1994) (Lara et al, 2000)
24	Usted presenta dolor después de la atención odontológica	(Lara et al, 2000)
25	Durante su tratamiento en la clínica sintió miedo de asistir a las consultas	(López, Cerezo & Paz, 2010)
26	Usted considera que la clínica soluciona sus problemas de salud oral	(Cabrera, Londoño & Bello, 2008) (Lara et al, 2000)
27	Usted presenta mejoría en su salud oral después de la atención odontológica	(Aguilar et al, 2013)

28	Usted considera la atención odontológica que le han dado ha estado exenta de errores	(Araya et al, 2012)
29	Usted considera que la clínica ofrece sus servicios enfocados en las necesidades de los pacientes	(McAlexander, Kaldenberg, & Koeing, 1994)
30	Usted confía en los servicios que le brinda la clínica	(Araya et al, 2012) (McAlexander, Kaldenberg, & Koeing, 1994)
31	Usted se siente seguro cuando toma los servicios que ofrece la clínica	(Araya et al, 2012) (Babakus & Mangold, 1992) (Carman, 1990)
32	Usted considera que la clínica está plenamente habilitada para curar sus problemas dentales	(Lara et al, 2000) (Cabrera, Londoño & Bello, 2008)
33	Usted considera que el servicio que presta la clínica en general es de excelente calidad	(Araya et al, 2012) (Babakus & Mangold, 1992) (Carman, 1990)

34. De los siguientes atributos escoja los tres que considere los más importantes para determinar la calidad de los servicios odontológicos. Asigne 1 al más importante, 2 al que le siga en orden de importancia y 3 al que continúe en ese orden de importancia.

Aseo y estética de las instalaciones	
Atención puntual y oportuna	
Trato cortés, amable y respetuoso por parte de los trabajadores de la clínica	
Mejoría en su problema de salud oral	
Atención especializada para el manejo del dolor	
Precios cómodos y asequibles	

Datos sociodemográficos											
Sexo			Edad		Formación Académica	Ninguna	Primaria	Bachiller	Técnico	Profesional	Posgrado
Acceso al servicio				Particular	Por la EPS			Por la Prepagada			

## **C. Anexo: Instrumento Piloto**

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS (IMPCSO)					
<p>La Clínica Odontológica XYZ se encuentra realizando un estudio sobre la percepción de calidad que tienen sus pacientes sobre los servicios que ofrece. La información es de carácter confidencial y reservado, el objetivo principal realizar seguimiento a la calidad de los servicios que ofrece la Clínica para identificar oportunidades de mejora. Por lo anterior solicitamos su colaboración para responder a las preguntas que se realizarán a continuación.</p> <p>Basándose en su experiencia indique, por favor, si lo que se menciona en las siguientes declaraciones ha estado presente en las interacciones que ha tenido con la Clínica.</p>					

N	En la Clínica Odontológica	Nunca	Ocasional mente	Frecuente mente	Siempre
1	Las instalaciones, mobiliario y espacios de la clínica tienen una buena apariencia				
2	Las instalaciones generales de la clínica están pulcra y limpias				
3	El consultorio, su mobiliario y herramientas están pulcros y limpios				
4	Los equipos y herramientas utilizados en la clínica son modernos				
5	Las instalaciones de la clínica son seguras				
6	La presentación física del personal es limpia y pulcra				
7	Los trámites administrativos en la clínica son fáciles y sencillos				
8	La solicitud de asignación de citas es fácil y rápida				
9	Los horarios de atención de la clínica son adecuados para los pacientes				
10	Los precios de los servicios de la clínica son cómodos y asequibles				
11	Las citas en la clínica inician puntualmente				
12	El personal administrativo de la clínica es amable y respetuoso con los pacientes				
13	Los auxiliares y odontólogos de la clínica son amables y respetuosos con los pacientes				
14	El personal administrativo de la clínica demuestra interés en solucionar los problemas de los pacientes				
15	Los auxiliares y odontólogos de la clínica demuestran interés en solucionar los problemas de los pacientes				
16	Los auxiliares, odontólogos y el personal administrativo demuestran intención de ayudar a los pacientes				
17	Los odontólogos de la clínica le informan claramente sobre los problemas que presenta su salud oral				
18	Los odontólogos de la clínica le informan claramente sobre el tratamiento que requiere				

19	Los auxiliares y odontólogos de la clínica le informan claramente sobre el cuidado y mantenimiento del tratamiento				
20	Se le informa claramente sobre los costos y riesgos de su atención en salud oral				
21	Usted presenta dolor antes de la consulta odontológica				
22	Usted siente dolor durante la atención odontológica (Si la respuesta es nunca pasar a pregunta 24)				
23	El odontólogo hace todo lo posible para reducir el dolor durante la atención				
24	Usted presenta dolor después de la atención odontológica				
25	Durante su tratamiento en la clínica sintió miedo de asistir a las consultas				
26	Usted considera que la clínica soluciona sus problemas de salud oral				
27	Usted presenta mejoría en su salud oral después de la atención odontológica				
28	Usted considera la atención odontológica que le han dado ha estado exenta de errores				
29	Usted considera que la clínica ofrece sus servicios enfocados en las necesidades de los pacientes				
30	Usted confía en los servicios que le brinda la clínica				
31	Usted se siente seguro cuando toma los servicios que ofrece la clínica				
32	Usted considera que la clínica está plenamente habilitada para curar sus problemas dentales				
33	Usted considera que el servicio que presta la clínica en general es de excelente calidad				
34. De los siguientes atributos escoja los tres que considere los más importantes para determinar la calidad de los servicios odontológicos. Asigne 1 al más importante, 2 al que le siga en orden de importancia y 3 al que continúe en ese orden de importancia.					
Aseo y estética de las instalaciones					
Atención puntual y oportuna					
Trato cortés, amable y respetuoso por parte de los trabajadores de la clínica					
Mejoría en su problema de salud oral					
Atención especializada para el manejo del dolor					
Precios cómodos y asequibles					
<b>Datos sociodemográficos</b>					
<b>Sexo</b>		<b>Edad</b>		<b>Formación Académica</b>	
				Ninguna	Primaria
				Bachiller	Técnico
				Profesional	Posgrado
<b>Acceso al servicio</b>		Particular		Por la EPS	
				Por la Prepagada	

## **D. Anexo: Instrumento Versión Final**

**EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD**

Buenos días por favor la sra/el sr XXXXXXXXXX?... sra/sr XXXXXX, mi nombre es XXXX , estamos llamando de las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá y contamos con el privilegio de tenerla/o como paciente.

La información es de carácter confidencial y reservado. Las preguntas nos tomarán alrededor de 10 minutos, ¿desea colaborar con sus respuestas?

No: Podemos llamarlo en otro momento para aplicar la encuesta?

Si: Basándose en su experiencia como paciente (o acudiente de un menor) indique, por favor, qué tan de acuerdo se encuentra usted con las siguientes declaraciones sobre la Clínica Odontológica. Las opciones de respuesta van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.

N	Declaraciones	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sabe / no responde / no aplica
1	Las instalaciones de la clínica se encuentran en buen estado						
2	Las instalaciones de la clínica permanecen limpias						
3	En el consultorio donde lo atienden todo está limpio						
4	Los equipos y herramientas utilizados en la clínica son modernos						
5	La presentación física del personal es impecable						
6	Los trámites administrativos (solicitud de citas, pagos, certificados) en la clínica son fáciles de realizar						
7	En esta clínica se consiguen citas en las fechas en las que usted necesita						
8	En esta clínica se consiguen citas en los horarios en los que usted necesita						
9	Las citas en la clínica inician máximo cinco minutos después de la hora programada						
10	El personal administrativo de la clínica es respetuoso con los pacientes						
11	El personal administrativo de la clínica es amable con los pacientes						
12	El personal administrativo de la clínica muestra interés en ayudar a los pacientes						
13	Los auxiliares y odontólogos de la clínica son respetuosos con los pacientes						
14	Los auxiliares y odontólogos de la clínica son amables con los pacientes						

N	Declaraciones	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sabe / no responde / no aplica
15	Los auxiliares y odontólogos de la clínica muestran interés en ayudar a los pacientes						
16	Los odontólogos de la clínica le explican claramente su problema de salud oral (si es acudiente, el de su hijo)						
17	Los odontólogos de la clínica le explican claramente las condiciones, costos y riesgos del tratamiento						
18	Los odontólogos de la clínica le explican claramente los cuidados de mantenimiento que requiere su tratamiento (si es acudiente, el de su hijo)						
19	El odontólogo hace todo lo posible para evitar o reducir el dolor durante las consultas						
20	El odontólogo le hace recomendaciones explícitas para manejar el dolor después de las consultas						
21	Usted (si es acudiente, su hijo) <b>nunca</b> ha sentido miedo de asistir a las consultas en la clínica						
22	Usted (si es acudiente, su hijo) presenta mejoría en su salud oral después de ser atendido en la clínica						
23	Usted <b>nunca</b> ha identificado errores o defectos en los tratamientos que le han realizado en la clínica (si es acudiente, los de su hijo)						
24	Usted (si es acudiente, su hijo) ha completado el o los tratamientos iniciados en la clínica						
25	Usted confía en la clínica						
26	Usted considera que la clínica está plenamente habilitada para curar todos sus problemas de salud oral (si es acudiente, los de su hijo)						
27	Los precios que usted paga corresponden a los beneficios adquiridos						
28	Usted considera que el servicio que presta la clínica en general es de excelente calidad						
29	Usted se siente completamente satisfecho con los servicios recibidos en la clínica						

30. De los siguientes atributos escoja los tres que considere los más importantes para determinar la calidad de los servicios odontológicos. (Leerlos despacio y releerlos preguntando cuál es el más importante, cuál le sigue como segundo y cuál como tercero)	
Aseo y estética de las instalaciones	
Atención puntual y oportuna	
Trato cortés, amable y respetuoso por parte de los trabajadores de la clínica	
Información clara y completa sobre el problema y tratamiento de salud oral	
Mejoría en su problema de salud oral	
Atención especializada para el manejo del dolor	

**¡MUCHÍSIMAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**

## **E. Anexo: Guía Entrevista a Expertos**

### Guía entrevista a expertos.

Buenos días/tardes, agradezco su disposición para atenderme. Como le comenté previamente, soy estudiante de la Universidad Nacional, de la Facultad de Ciencias Económicas y me encuentro realizando una investigación sobre la medición de la percepción de la calidad en los servicios odontológicos.

1. Lo primero que quisiera, es que por favor me comente, desde su experiencia, hace cuánto tiempo se realizan mediciones de percepción de la calidad del servicio odontológico en nuestro país.
2. ¿Quiénes realizan estas mediciones? ¿Cómo las realizan? ¿Qué instrumentos utilizan?
3. ¿Conoce usted el instrumento SERVQUAL?
  - a. Si
    - i. ¿Qué conoce del instrumento?
    - ii. ¿Cuál es su opinión del instrumento?
    - iii. ¿Cuáles considera que son las ventajas del SERVQUAL respecto a otros instrumentos de medición de la percepción de la calidad?
    - iv. A continuación quisiera presentarle el instrumento que estoy evaluando utilizar para medir la percepción de la calidad de los servicios odontológicos, ¿podría por favor observarlo y realizarme los comentarios que considere pertinentes?
      1. ¿Considera que contempla los atributos más relevantes para medir la calidad percibida del servicio odontológico?
      2. ¿Considera que las preguntas serán de fácil comprensión para los pacientes?
      3. ¿Considera que la extensión del instrumento es adecuada?
  - b. No
    - i. ¿Recomienda algún instrumento para realiza la medición de la percepción de la calidad de los servicios odontológicos?
    - ii. A continuación quisiera presentarle el instrumento que estoy evaluando utilizar para medir la percepción de la calidad de los servicios odontológicos, ¿podría por favor observarlo y realizarme los comentarios que considere pertinentes?
      1. ¿Considera que contempla los atributos más relevantes para medir la calidad percibida del servicio odontológico?
      2. ¿Considera que las preguntas serán de fácil comprensión para los pacientes?
      3. ¿Considera que la extensión del instrumento es adecuada?

## **F. Anexo: Guía Entrevista a Odontólogos COIB**

### **Guía entrevista Odontólogos COIB**

1. ¿Qué tipo de pacientes tiene COIB?
2. ¿Cómo mide actualmente COIB la percepción de calidad de sus pacientes?
3. ¿Considera que los pacientes de COIB tienen una buena percepción de la calidad del servicio que se les presta? ¿Por qué razón?
4. ¿Qué mejoras han sido sugeridas por los pacientes? ¿Se han implementado?
5. ¿Qué información relacionada con los pacientes le gustaría conocer?
6. ¿Quisiera realizar alguna pregunta específica a sus pacientes?

## **G. Anexo: Guía Entrevista a Odontólogos Independientes**

**Guía entrevista Odontólogos Independientes**

1. ¿Realiza la medición de la percepción de calidad de sus pacientes?
  - a. Si la respuesta es si
    - i. ¿Qué lo motiva a realizar esa medición?
    - ii. ¿Hace cuánto tiempo realiza este tipo de medición?
    - iii. ¿Con qué instrumentos realiza esta medición?
    - iv. ¿Conoce otros instrumentos?
  - b. Si la respuesta es no
    - i. ¿Por qué no?

## **H. Anexo: Guía Entrevista a Pacientes COIB**

### **Guía entrevista Pacientes COIB**

1. ¿Hace cuánto tiempo es paciente de COIB?
2. ¿Cómo llegó a COIB?
3. ¿Qué le gusta de las COIB?
4. ¿Qué no le gusta de las COIB?
5. ¿Cómo evalúa la calidad del servicio de COIB? ¿Por qué?



## Bibliografía

- Aguilar Díaz, F., Ortega Maldonado, M., Villanueva Vilchis, M., Heredia Ponce, E., & de la Fuente Hernández, J. (2013). Quality of Dental Health Attention, Patient's Perspective: Development of a Questionnaire. *Journal of Theory and Practice of Dental Public Health Vol 1 No. 2*, 24-31.
- Alén González, M. (2006). Comparación de escalas para la medición de la calidad percibida en establecimientos termales. *Revista Galega de Economía 15 (2)*, 1-19.
- Araya Vallespir, C., Bustos Leal, A., Castillo, F., Oliva Belmar, P., & Araya Gozalvo, J. (2012). Determinación de la calidad del servicio odontológico de un centro de salud pública basado en intangibles. *Odontostomat.*, 6 (3), 349-354.
- Babakus, E., & Mangold, G. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *HSR: Health Services Research 26 (6)*, 767-786.
- Bagozzi, R., & Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the academy of marketing science*, 16(1), 74-94.
- Baldwin, A., & Sohal, A. (2003). Service quality factors and outcomes in dental care. *Managing Service Quality*, 207-216.
- Batista Foguet, J., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Med Clin 122 (Supl 1)*, 21-27.
- Berwick, D., & Bisognano, M. (2001). Los Servicios Sanitarios. En J. Juran, *Manual de Calidad de Juran* (págs. 32.1-32.25). México: McGrawHill.
- Betin Portacio, A., Guardela Simancas, A., Infante Franco, K., Díaz Caballero, A., & González Martínez, F. (2009). Satisfacción de los pacientes respecto a la calidad de la atención

- odontológica en una institución pública Universitaria de la Ciudad de Cartagena. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 95-101.
- Bigné, J., Moliner, M., Vallet, T., & Sánchez, J. (1997). Un estudio comparativo de los instrumentos de medición de la Calidad de los Servicios Públicos. 1-18.
- Bitner, M. (1990). Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses. *Journal of Marketing*, Vol 54, April, 69-82.
- Bolton, R., & Drew, J. (1991). A Multi-Stage Model of Customers. Assessments of Service Quality and Value. *Journal of Consumer Research*, 17 (4), 375-384.
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. Second Edition*. New York: The Guilford Press.
- Brunso, K., Bredahl, L., Grunert, K., & Scholderer, J. (2005). Consumer Perception of the Quality of Beef Resulting from Various Fattening Regimens. *Livestock Production Science Vol 94*, 83-93.
- Cabrera Arana, G., Londoño Pimienta, J., & Bello Parías, L. (2008). Validación de un instrumento para medir calidad percibida por usuarios de hospitales de Colombia. *Rev. Salud Pública 10 (3)*, 443-451.
- Carman, J. (1990). Consumer perception of service quality: an assessment of the SERQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, Vol 66., 33 - 35.
- Castellano, S. (2010). Calidad de servicio en farmacias de Maracaibo y de la Costa Oriental del Lago del estado Zulia. Trabajo de Ascenso presentado para optar a la categoría de Profesor Asociado. *Universidad del Zulia, Venezuela*.
- Castellano, S. (2013). Evaluación de la calidad de servicio en farmacias de Maracaibo y de la Costa Oriental del Lago del Estado Zulia. *CICAG 10 (2)*, 24-43.
- Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID. (2005). *Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Chase, R., & Jacobs, R. (2014). *Administración de Operaciones. Producción y Cadena de Suministros*. México: McGrawHill.
- Chase, R., Jacobs, R., & Aquilano, N. (2009). *Administración de Operaciones: Producción y cadena de suministros*. China: McGrawHill.
- Coate, L. (1990). TQM on Campus: Implementing Total Quality Management in a University Setting. *Business Officer*, 24(5), 26-35.
- Cobra, M. (2000). *Marketing de servicios*. Bogotá: McGrawHill.
- Congreso de Colombia. (24 de Enero de 1979). Ley 9 de 1979. Por la cual se dictan Medidas Sanitarias. Bogotá.
- Congreso de Colombia. (18 de Febrero de 1981). Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica.
- Congreso de Colombia. (8 de Marzo de 1989). Ley 35 de 1989. Sobre ética del odontólogo colombiano.
- Congreso de Colombia. (10 de Enero de 1990). Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
- Congreso de Colombia. (23 de Diciembre de 1993). Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Congreso de Colombia. (21 de Diciembre de 2001). Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. *para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros*.
- Congreso de Colombia. (9 de Enero de 2007). Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Congreso de Colombia. (3 de Octubre de 2007). Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

- Cronin, J., & Taylor, S. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing* 56 (3), 55-68.
- Cronin, J., & Taylor, S. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing* 58 (1), 125-131.
- Defensoría del Pueblo. (2003). *Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las EPS*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Defensoría del Pueblo. (2005). *Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Defensoría del Pueblo. (2009). *Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las EPS*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Deming, W., & Medina, J. (1989). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 166-206.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública Mex* 32, 113-117.
- Duque, J. (2005). Revisión del concepto de calidad. *Innovar. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales, Enero - Junio, Número 025*, 64-80.
- Eigler, P., & Langeard, E. (1989). *Servucción: El marketing de servicios*. México: McGrawHill.
- El Espectador (2011). Un país de pymes. Publicado el 17 de Julio de 2011, Recuperado el 04 de mayo de 2016, 12:24 am. Disponible <http://www.elespectador.com/noticias/economia/un-pais-de-pymes-articulo-285125>

- Espejel Blanco, J., Fandos Herrera, C., & Blanco, C. (2007). Calidad percibida: Factor clave en la satisfacción y lealtad del consumidor de aceite de oliva con DOP. *Decisiones de marketing*, 189-201.
- Evans, J., & Lindsay, W. (2008). *Administración y control de la calidad*. México: Cengage Learning.
- Flórez Palacios, J., Torres Arboleda, C., Guzman, B., & Pineda Granados, F. (2013). Comportamiento y análisis de las motivaciones que llevaron a los usuarios del sistema de salud colombiano a presentar reclamaciones ante la Superintendencia Nacional de Salud. *Monitor estratégico* (4), 34-45.
- Freivalds, A., & Niebel, B. (2014). *Ingeniería Industrial de Niebel*. México: McGrawHill.
- Garvin, D. (1988). *Managing Quality*. New York: The Free Press.
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services* 22 (1), 8-19.
- Gottlieb, B., Grewal, D., & Brown, S. (1994). Consumer satisfaction and perceived quality: Complementary or divergent construct? *Journal of Applied Psychology*, 875-885.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, Vol. 18 Iss: 4, 36-44.
- Grönroos, C. (1994). *Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1999). *Análisis Multivariante 5. Edición*. Madrid: Prentice Hall.
- Hair, J., Tatham, R., Anderson, R., & Black, W. (1998). *Multivariate data analysis. 5th edition*. Prentice Hall.
- Harr, R. (2001). TQM in dental practice. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol 14, 69 - 81.
- Hincapié, A., Carvajal, F., Sánchez, L., & Arias, O. (2004). Satisfacción de los usuarios frente a la calidad de la atención prestada en el programa de odontología integral del

adolescente y ortodoncia. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, Vol 15 (2).

Hoffman, K., & Bateson, J. (2011). *Marketing de servicios. Conceptos, estrategias y casos. Cuarta edición*. México: Cengage Learning.

Horovitz, J. (1991). *La calidad del servicio: a la conquista del cliente*. Madrid: McGraw-Hill.

Hospital Universitario del Valle, HUV, "Evaristo García", ESE. (2010). *Calidad de la atención en salud: Percepción de los usuarios*. Cali: Hospital Universitario del Valle.

Iacobucci, D., Ostrom, A., & Grayson, K. (1995). Distinguishing Service Quality and Customer Satisfaction: The Voice of the Consumer. *Journal of Consumer Psychology* 4(3), 277-303.

ICONTEC. (2010). *Norma Técnica Colombiana ISO 9000*. Bogotá: ICONTEC.

Irving, P., & Dickson, D. (2004). Empathy: towards a conceptual framework for health professionals. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 17(4), 212-220.

Jain, S., & Gupta, G. (2004). Measuring Service Quality: SERVQUAL vs. SERVPERF Scales. *Vikalpa* 29 (2), 25 - 37.

Johnston, R. (1995). The determinants of service quality: satisfiers and dissatisfiers. *International Journal of Service Industry Management* 6(5), 53-71.

Kerguelén, C. (2003). *Calidad en Salud ¿Qué es?* Colombia: Centro de Gestión Hospitalaria.

Kish, L., & Goodman, L. (1950). Controlled Selection - A Technique in Probability Sampling. *Journal of the American Statistical Association*, 350-372.

Krajewski, L., Ritzman, L., & Malhotra, M. (2013). *Administración de Operaciones*. México: Pearson.

Kronfield, J. (1979). Access to dental care: a comparison of medicine/dentistry and the role of regular source. *Med Care* (27), 1000-1011.

- Lara Flores, N., López Cámara, V., Morales Estrella, S., & Cortés Velázquez, E. (2000). Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tláhuac, Distrito Federal. *Revista ADM Vol LVII (2)*, 45-49.
- Laverde Sánchez, M., García Loaiza, Á., Linares Beltrán, D., López López, Á., Rincón Hernández, P., & Valencia Rodríguez, N. (2013). Evolución de la calidad de salud en Colombia. *Revista de Gestión, Salud y Trabajo*, 7-12.
- Lee, H., Lee Yongki, & Yoo, D. (2000). The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction. *Journal of Service Marketing* 14(3), 217-231.
- Leebov, W., & Ersoz, C. (1993). *Manual de los Administradores de Salud para el Mejoramiento Continuo*. Bogotá: Centro de Gestión Hospitalaria.
- Liljander, V. (1994). Modeling perceived service quality using different comparison standars. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, 7, 126-142.
- López, O., Cerezo, M., & Paz, A. (2010). Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos. *Gerencia, política, salud* 9 (8), 124 - 136.
- Lovelock, C., & Wirtz, J. (2009). *Marketing de servicios. Personal, tecnología y estrategia. Sexta Edición*. México: Pearson Prentice Hall.
- Mc Keithen, E. (1966 ). The patients image of the dentist. *J Am Con Dent* (33), 87-107.
- McAlexander, J., Kaldenberg, D., & Koeing, H. (1994). Service Quality Measurement. *Journal of Health Care Marketing* 14 (3), 34-41.
- McCann, K. (2007). Dental health: the probability of dental insurance coverage and utilization of dental care. *Explorations in Health Economics*.
- Méndez Álvarez, C. (2006). *Metodología. Diseño y desarrollo del proceso de investigación con énfasis en Ciencias Empresariales. 4 Ed.* Bogotá: Limusa.
- Meterko, M., Nelson, E., Rubin, H., Batalden, P., Hays, R., Hays, R., & Ware, J. (1990). Patient Judgments of Hospital Quality: Report of a Pilot Study. *Medical Care* 28(9), S1-S56.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). *Decreto Número 1011 de 2006*. Bogotá.

---

Ministerio de la Protección Social. (3 de Abril de 2006). Resolución 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan. *otras disposiciones*.

Ministerio de la Protección Social. (2010). *1er Informe Nacional de la Calidad de la Salud. "INCAS Colombia 2009"*. Bogotá: Buenos & Creativos S.A.S.

Ministerio de Salud. (21 de 08 de 2015). *Observatorio de la calidad de la atención en salud*. Obtenido de Observatorio de la calidad de la atención en salud: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/IndicadoresdeCalidad/ListadodeIndicadores/ListadodeIndicadores/Resultados/IndicadoresdelIPSParaDTS.aspx>

Ministerio de Salud Pública. (13 de Noviembre de 1997). Decreto 2753 de 1997.

Ministerio de Salud y la Protección Social. (2000). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (27 de Diciembre de 2013). Resolución 5521 de 2013. Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de 11 de 2015). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud*. Obtenido de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: <http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Mira, J., Aranaz, J., Rodríguez Marín, J., Buil, J., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: Un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva IV*, 12-18.

Monks, J. (1998). *Administración de Operaciones*. México: McGrawHill.

Narasimhan, S., McLeavey, D., & Billington, P. (1996). *Planeación de la producción y control de inventarios*. México: Prentice Hall.

- Newsome, P., & Wright, G. (1999). Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. *British Dental Journal* 186 (4)., 166 - 170.
- O'Connor, S., & Shewchuck, R. (2003). Defining Patient Satisfaction: Are We There Yet? *Health Care Management Review*, 21-27.
- OES. (13 de 09 de 2015). *Organización para la Excelencia de la Salud*. Obtenido de Organización para la Excelencia de la Salud: <http://www.oes.org.co/nosotros/nosotros.php>
- Oliver, R. (1993). A conceptual model of service quality and service satisfaction: Compatible goals, different concepts. En T. Swart, D. Bowen, & S. Brown, *Advances in services marketing and management* (págs. 65-85). Greenwich: CT: JAI.
- Parasuraman, A., Berry, L., & Zeithaml, V. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, Vol 67 No 4, 420-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research . *Journal of Marketing*, vol 49, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, Vol 64 No 1, 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1994). Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *Journal of retailing*, 70(3), 201-230.
- Pardo Téllez, F., & Galán Morera, R. (2000). Indicadores y estándares de calidad de la atención médica. En G. Malagón Londoño, R. Galán Morera, & G. Pontón Laverde, *Administración Hospitalaria* (págs. 560 - 576). Bogotá: Editorial Médica Internacional.
- Presidente de la República de Colombia. (13 de Abril de 1962). Decreto 948 de 1962. Por el cual se reglamenta la Ley sobre el ejercicio de la odontología.
- Presidente de la República de Colombia. (27 de Febrero de 1989). Decreto 491 de 1990. Por el cual se reglamenta la ley 35 de 1989.

Presidente de la República de Colombia. (28 de Noviembre de 1996). Decreto 2174 de 1996. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Presidente de la República de Colombia. (15 de Octubre de 2002). Decreto 2309 de 2002. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Reyes, H. (2013). *Administración de las Operaciones*. Buenos Aires: Nueva Librería.

Rodríguez Orejuela, A. (2000). Calidad en los servicios de salud en Colombia desde la perspectiva del consumidor: Propuesta de construcción de una escala de medida. *Revista Colombiana de Marketing Vol 1 No 1.*, 1-12.

Rodríguez Orejuela, A., & Ramírez Plazas, E. (2001). La escala SERVQUAL para medir la calidad en los servicios públicos en Colombia desde la perspectiva del consumidor. *EAN No 44*, 92-106.

Rodríguez Vargas, M. (2012). *Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Tesis de Maestría)*. Recuperada de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1120/1/Rodriguez\\_vm%282%29.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1120/1/Rodriguez_vm%282%29.pdf).

Rodríguez, J., Ruiz, F., Peñalosa, E., Eslava, J., Gómez, L., Sánchez, H., . . . Botiva, Y. (2009). *Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales*. Bogotá: Fundación Javeriana de Artes Gráficas.

Ross Davies, A., & Ware, J. (1982). *Development of a Dental Satisfaction Questionnaire for the Health Insurance Experiment*. Estados Unidos: Rand Health Insurance Experiment Series. U.S. Department of Health and Human Services.

Roxane, S., & Donoho, C. (1996). Classifying services from a consumer perspective. *Journal of Services Marketing*, 33-44.

- Ruiz, F., Matallana, M., Amaya, J., Vásquez, M., Parada, L., & Piña, M. (2009). *Recursos Humanos de la Salud en Colombia 2008: Balance, competencias y prospectiva*. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana.
- Russell, R., & Taylor, B. (2011). *Operations Management: Creating Value Along the Supply Chain*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Schroeder, R., Goldstein, S., & Rungtusanatham, J. (2011). *Administración de Operaciones: Conceptos y casos contemporáneos. Quinta Edición*. México: McGrawHill.
- Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. (2008). *Caracterización Ocupacional de Odontología en Colombia*. Bogotá: Servicio Nacional de Aprendizaje.
- Stewart, J., & Spencer, J. (2002). *Dental Satisfaction Survey*. Australia: Australian Institute of Health and Welfare.
- Taiwo Adebayo, E., Ayodele Adesina, B., Ejije Ahaji, L., & Ayoola Hussein, N. (2014). Patient assessment of the quality of dental care services in a Nigerian Hospital. *Journal of Hospital Administration Vol 3 No (6)*, 20-28.
- Teas, R. (1993). Expectations, Performance Evaluation and Consumers' Perceptions of Quality. *Journal of Marketing, 57(October)*, 18-34.
- Vargas Quiñones, M. (2014). *Calidad y servicio: conceptos y herramientas*. Bogotá: ECOE Ediciones Universidad de la Sabana.
- Vargas, A., Solana Pérez, P., & Mercado Idoeta, C. (2011). Aportes de la Calidad del Servicio en Clínicas Dentales. 1-17.
- Velandia Salazar, F., Ardón Centeno, N., & Jara Navarro, M. (2007). Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos. *Revista. Gerenc. Polit. Salud 6 (13)*, 139-168.
- Wang, Z., Janda, S., & Rao, C. (1996). Dental services marketing: do market segments based on usage rate differ in term of determinant attributes? *Journal of services marketing, Vol 10.*, 41 - 55.
- Williams, B. (1994). Patient Satisfaction: A Valid Concept? *Soc. Sci. Med. Vol 38. N 4.*, 509-516.

Zeithaml, V., Parasuraman, A., & Berry, L. (1990). *Calidad Total en la Gestión de Servicios*.  
Madrid: Ediciones Díaz de Santos.