

Examen General de Conocimientos
Satisfacción del Usuario en el
Servicio de Ortodoncia Preventiva en una Clínica Hospital
en
San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Presenta: Virginia del Rocío Navarro Boullosa.

mico0004@yahoo.com.mx

INDICE

INTRODUCCIÓN.	10
1 INSTITUTO DE SERGURIDAD Y SERVICIOS SOCIELES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.	13
1.1 ANTECEDENTES Y ORIGEN.	13
1.2 LA CLINICA HOSPITAL "B" EN SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS.	14
1.3 ESTRUCTURA.	15
1.4 FUNCIONAMIENTO.	17
1.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	19
1.6 IMPACTO DEL SERVICIO DE ORTODONCIA PREVENTIVA.	19
2 MARCO TEORICO DE CALIDAD	
2.1 ANTECEDENTES.	20
2.2 TEORIAS DE LA CALIDAD.	21
2.2.1 EDWARD DEMING.	22
2.2.2 JOSEPH M. JURAN.	23
2.2.3 KAORU ISHIKAWA.	24
2.2.4 PHILIP B. CROSBY.	26
2.2.5 BENCHMARKING.	27
2.2.6 REINGENIERÍA .	28
2.3 ENFOQUES DE LA CALIDAD.	28
2.3.1 PRIMERA GENERACIÓN.	29
2.3.2 SEGUNDA GENERACIÓN.	29
2.3.3 TERCERA GENERACIÓN.	30
2.3.4 CUARTA GENERACIÓN.	30
2.3.5 QUINTA GENERACIÓN.	30
2.3.6 SEXTA GENERACIÓN.	31
2.4 ENFOQUE DE SATISFACCIÓN AL CLIENTE.	31
2.5 MEXICO Y LA CALIDAD.	32
3. MARCO DE REFERENCIA.	35
3.1 CALIDAD EN SALUD (DONABEDIAN).	35
3.2 CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.	37
3.3 IDENTIFICACIÓN DE LOS CINCO FACTORES EN LOS QUE APOYAN LA CALIDAD.	39
3.4 LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA.	42
3.5 PROCESOS DE CALIDAD EN LA ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA.	44
3.5.1MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA.	44
3.5.2 PLANEACIÓN ESTRATEGICA.	45
3.5.3 REINGENIERÍA DE PROCESOS.	45
3.5.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN COMPARATIVA DE REFERENCIA (BENCHMARKING).	46
3.5.5 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.	46
3.5.6 RETROINFORMACIÓN AL SISTEMA.	46
3.5.7 ACREDITACIÓN O CERTIFICACIÓN.	46
4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	47
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	47
4.2 SUPUESTO.	47
4.3 OBJETIVOS GENERALES.	47
4.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS.	47
4.5 MODELO TEORICO-PRACTICO.	47
4.6 TIPO DE ESTUDIO.	48
4.7 AREA DE ESTUDIO O AMBITO GEOGRAFICO.	49
4.8 POBLACIÓN A ESTUDIAR.	49
4.9 CRITERIOS DE SELECCIÓN: INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.	49
A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	49
B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	49
C. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.	49
4.10 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN.	49
4.11 METODOS Y PROCEDIMIENTOS DE ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.	49

5. RESULTADOS.	50
5.1 ENCUESTA DE OPINIÓN DE LOS USUARIOS (ANEXO 1).	50
A. PREGUNTAS ABIERTAS.	50
B. PREGUNTAS CERRADAS AGRUPADAS.	51
C. RESPUESTAS DE SI Y NO.	51
5.2 DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA.	51
5.3 ANALISIS ESTADÍSTICO.	52
5.4 ANALISIS DESCRIPTIVO.	53
5.4.1 MUESTRA.	53
5.5 EVALUACIÓN GRAFICA PREGUNTA POR PREGUNTA.	53
5.6 EVALUACIÓN GRAFICA AGRUPADA SEGÚN SU OBJETIVO.	66
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	70
6.1 CONCLUSIONES.	70
6.2 RECOMENDACIONES.	71
7. BIBLIOGRAFÍA.	73
8. ANEXOS.	76

RESUMEN:

En una Clínica Hospital en el Sector Salud, los pacientes del Servicio de Ortodoncia Preventiva, manifiestan su insatisfacción por el tiempo prolongado de espera para recibir atención, tiempo prolongado para otorgar una cita, la falta de continuidad en el tratamiento de ortodoncia preventiva, el incumplimiento de normas institucionales, la falta de espacio consultorio, instrumental e insumos. Para mejorar la calidad, se propone realizar un estudio de la satisfacción del usuario sobre el servicio de Ortodoncia. Su diseño se basa en ser un estudio descriptivo, analítico y propositivo de la satisfacción que tiene los usuarios del servicio de Ortodoncia en los años 2004 y 2005. Por ello, el servicio de ortodoncia conduce a la creación de propuestas que permitan dar un seguimiento de las acciones fundamentales para la optimización de este servicio, de acuerdo con los resultados observados.

Palabra clave: satisfacción del usuario, calidad, calidad en la atención, Servicio de Ortodoncia.

STUSUBIL. (TSENTAL DE CANCUC).

Te snaul poxtayel yu'un te tulaniltik, te poxtayetelik yu'un te chan-eal, ya yalik te maba lek ya yilik te bayel yax ka'x ska'alel te, poxtalayel, jich nix ta yan welta ma baj tsa'kal ya yi'ch pasel ya'telul, ma baj yaj spabey lek ya'telul te macha'yicho'bey ya'telul te Hospital.

Ya, yal te, yaj sk'an jachelek sjunil, jich yaj xlekub ya'telul taj xpotayel te chan – caletike.

Ta poxteyel te chan – eal, yaj sk'an jachelek sjunil, jich yaj xjune yo'tanik te poxtayaletik tej macha'tik ka'xixtel ta ya'wilal 2004 –2005.

Jich wan yax lekub ya'telal te Hospital yu'un te chan-eal, yaj xkaspabeyik lek ya'telul.

Jich ta alel: lek yalilik te macha'tik ya ya'k baik taj poxtayel, yu'un te cha'eal .

INTRODUCCIÓN.

El concepto de calidad ha evolucionado mundialmente, donde el usuario califica la calidad del producto o servicio que ofrece, su entrega oportuna, calidad de la atención, costos razonables y seguridad. (Melgoza, 2000, p.5). En México, existe una deficiente cultura de la calidad, sobre todo en la atención odontológica especializada, significando cambios de paradigmas constituyendo un perfeccionamiento constante o mejoramiento continuo.

Actualmente debido al proceso de globalización de la economía, tiene como resultado efectos en todos los ordenes de la vida de las naciones, de las instituciones, de las organizaciones y de los ciudadanos, se ha hecho necesario instrumentar estrategias que permitan superar los clásicos rezagos de la responsabilidad gubernamental, así como los retos actuales y lo que se presente en el futuro.

El rasgo más distintivo, es el que constituye un valor de la nueva cultura.

Este es el concepto de la competitividad, el cual se sustenta en la productividad, en la capacidad de innovación y la calidad de los bienes y servicios generados por los individuos y sus organizaciones.

Observando los siguientes aspectos:

- En nuestro país, se tiene como resultado la consecuencia de problemas económicos y políticos existiendo insuficiencia e incompetencia en los servicios de salud, acreditamiento del servicio y certificación de los profesionales.
- El paciente que cada día este mejor informado por medios escritos y electrónicos.
- Que ponen en tela de juicio las decisiones de los odontólogos especializados, por falta de capacitación.
- Los abogados aprovechan tal situación y demandan a odontólogos especializados y hospitales; debido a la falta de información tanto como el paciente y especialista.
- Por ello se crea la Comisión de Arbitraje Médico.

- El tiempo de espera del usuario, se ha incrementado debido a que la pirámide poblacional ha crecido y el número de personal es el mismo y la cantidad de insumos es insuficiente.
- El paciente regresa, por falta de indicaciones adecuadas para el uso del aparato de ortodoncia, por parte del odontólogo especializado. (Terres; 1998, p.245-252).

El tema que se seleccionó es por la importancia que tiene la calidad ofrecida en los bienes y servicios. Tomando como referencia la creación del Comité Nacional de Salud bucal, cuyo objetivo es contribuir al abatimiento de la frecuencia de las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia entre la población mexicana. (D.O. 1º Nov. 1995).

Y también el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, en donde se inserta el Programa Nacional de Salud Bucal, en el cual se establece políticas adecuadas de atención primaria y curativa cada una en función básica de las necesidades prioritarias de la población y así alcanzar las metas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Cabe mencionar también, se instaló el Comité Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, por el presidente Vicente Fox Quezada. En donde menciona que la calidad, debe ser total: “ debe estar en nosotros mismos, debe reflejarse en todos los aspectos de nuestro quehacer; desde la capacidad técnica de los prestadores de servicio hasta el trato respetuoso, caluroso, amoroso y cariñoso a la gente, a los ciudadanos. (2000, Periódico ISSSTE).

El presente estudio se aplicará en la Clínica Hospital de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, de primer nivel, perteneciente al Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en el Turno Matutino de Lunes a Viernes.

La importancia de haber escogido el tema llamado:” Nivel de satisfacción del usuario en el servicio de Ortodoncia Preventiva, en una Clínica Hospital de San Cristóbal de la Casas, Chiapas” , el tiempo de espera de ser atendido en el servicio de ortodoncia, el tiempo de entrega por parte del laboratorio fue el oportuno al servicio de ortodoncia, si recibió las indicaciones adecuadas en el uso

del aparato, si conoce el usuario cuales son los limites y alcances que la institución le brinda en el servicio de Ortodoncia Preventiva, si la capacitación del cirujano dentista especializado es la adecuada, evitando así la iatrogenias producidas.

Es importante promover la participación del personal en el mejoramiento continuo, otorgando el entrenamiento, la responsabilidad, la orientación, la motivación, y el soporte necesario para controlar estos procesos con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes internos y externos. (Melgoza, 2000, p.9).

El presente estudio permitirá sugerir una mejora del servicio e instrumentar estrategias en servicio de ortodoncia, conociendo los factores y procesos que influyen en la satisfacción del usuario, de acuerdo a los resultados obtenidos,.

Es pertinente señalar que el impacto de este estudio ayudara a mejorar la satisfacción de atención al derechohabiente, optimizando los excesivos tiempos de espera, permitiendo evaluar la calidad por medio del usuario, que brinda una perspectiva parcial y complementaria con otras formas de evaluación odontológica.

El presente trabajo tiene como contenido en los siguientes capítulos:

En su capítulo primero aborda una descripción de la Clínica Hospital de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, lugar donde se llevará a cabo dicho estudio, en el capítulo 2 el marco teórico de calidad de la atención, satisfacción del usuario. El capítulo 3 se referirá a los estudios más recientes esto será el marco referencial, el capítulo 4 contiene el diseño de la investigación y como capítulo 5 los resultados obtenidos en la investigación, este incluye la descripción de la población bajo estudio, el capítulo 6 contiene las conclusiones y sugerencias, y por último la bibliografía y los anexos.

1. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE).

1.1 ANTECEDENTES .

En el año de 1959, el presidente Adolfo López Mateos presentó al Congreso de la Unión la iniciativa de ley para la creación del ISSSTE. Su aprobación fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de Diciembre. Por lo que en enero de 1960 la nueva institución comenzó sus actividades.

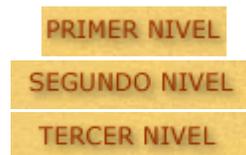
El ISSSTE, de acuerdo a su ley, amplió las áreas de sus servicios, cubriendo tanto prestaciones relativas a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, y extendiendo estos beneficios a los familiares de los trabajadores y pensionistas. Las personas protegidas por el Instituto comprenden a trabajadores al servicio de la Federación y del Departamento del Distrito Federal, trabajadores de Organismos Públicos que por Ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal sean incorporados al régimen, así como a los pensionistas de dichos Organismos. En ese mismo año se transformó y adicionó el Apartado B al Artículo 123 de la Constitución, con la incorporación de las garantías contenidas en el Estatuto Jurídico de los Trabajadores al Servicio del Estado. Esto colocó los derechos de los servidores del Estado por encima de toda ley reglamentaria.

En la actualidad el ISSSTE protege alrededor de ocho y medio millones de habitantes del país, lo que significa que uno de cada diez mexicanos es atendido por la Institución. La atención médica se encuentra organizada en tres niveles.

Se organiza y opera por niveles de atención, a través de 35 Delegaciones Regionales y Estatales distribuidas a nivel nacional.

La caracterización de cada unidad, permite identificar la capacidad física instalada, el equipamiento, la dotación de insumos y la asignación de personal particularmente médicos y enfermeras, que garanticen la atención a la demanda de los derechohabientes con servicios modernos y de alta calidad técnica y humana.

El marco general para la clasificación de las unidades médicas del Instituto, está representado por el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para estructurar los servicios en tres niveles de atención:



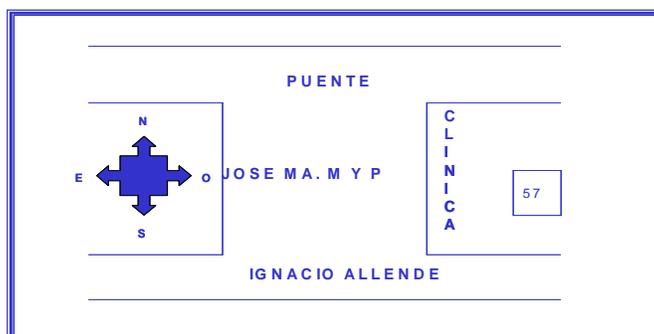
El primero comprende consulta externa y atención a los programas de medicina preventiva en las más de mil unidades de medicina familiar distribuidas en toda la República. El segundo nivel imparte medicina de especialidad en sus modalidades de consulta externa y hospitalización, a través de las más de ochenta clínicas-hospitales. El tercer nivel de atención médica lo forman los once hospitales regionales que proporcionan servicios médicos de alta especialización.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del los Trabajadores del Estado <http://www.issste.gob.mx/website/quees/quees.html> (Consulta 4 de Enero de 2003).

1.2 CLÍNICA HOSPITAL DE SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.

La Clínica Hospital de San Cristóbal de las Casas, Chiapas del ISSSTE, localizada en José Maria Morelos y Pavón 57 Col: Altejar, C.P. 29288 la cual fue ignaurada en el año de 1988. Pertenece a la Delegación Estatal de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas del ISSSTE.

Por la atención que presta en el Instituto es considerada como clínica de primer nivel, con atención de 6 módulos resolutivos como Yajalón, Oconsingo, Palenque, Salto de Agua, Altamirano y Tila. Se presenta a continuación el lugar de ubicación.



1.3 ESTUCTURA.

TIPO DE HOSPITAL:

1. Por su tamaño. Es pequeño, con una capacidad de 15 camas para adulto y 3 camas pediátricas.
2. Por su localización: Es urbano.
3. Por su población: Que atiende hospital cerrado.

El sistema organizacional es lineal organigrama (1.1)

DISTRIBUCIÓN POR SERVICIO:

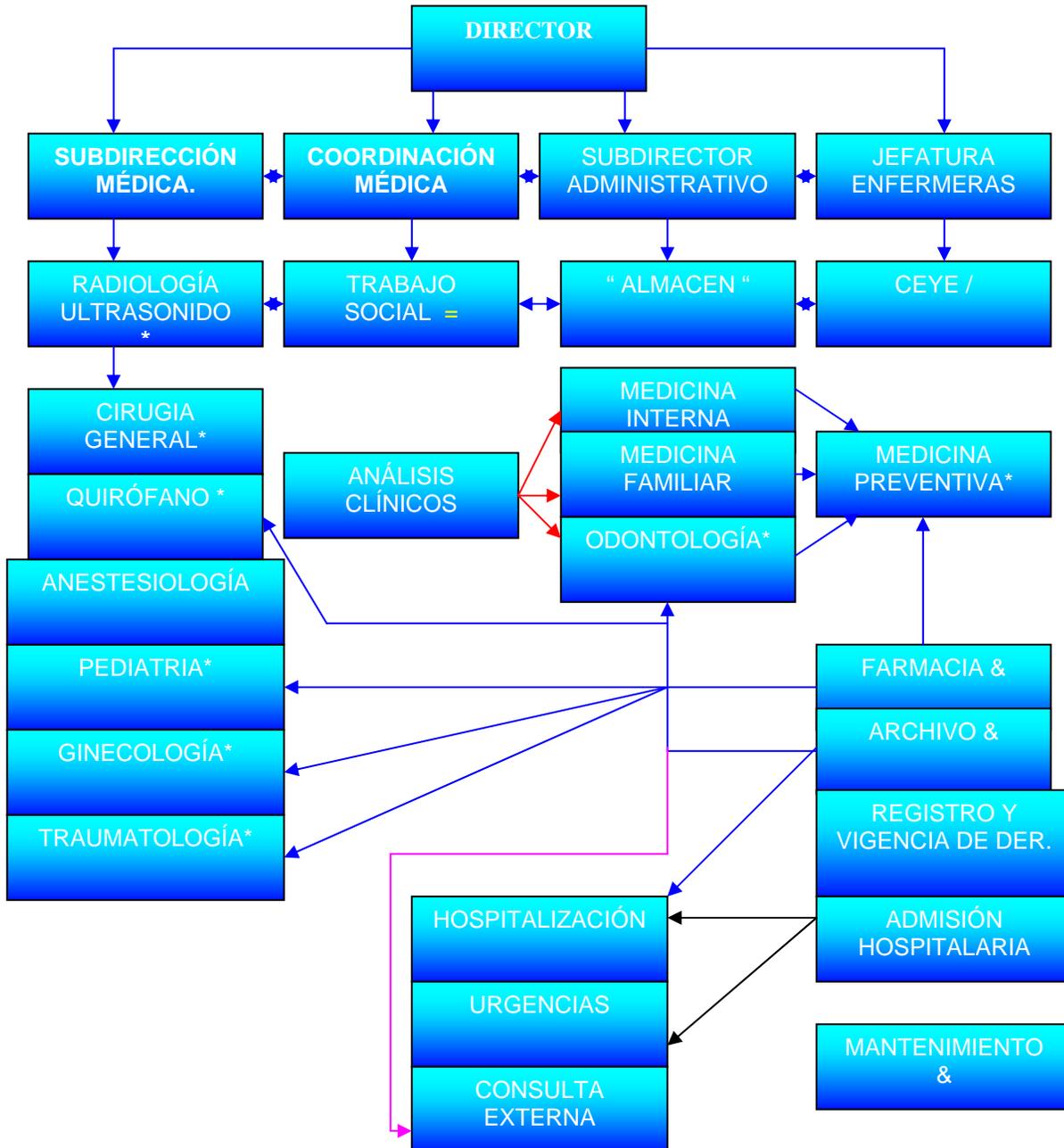
PISO	ORIENTE	CAPACIDAD	PONIENTE	CAPACIDAD
P.B.	REGISTRO Y VIGENCIA DE DERECHOS	1	FARMACIA	1
	RADIOLOGIA	1	ARCHIVO	1
	LABORATORIO CLINICO	1	CONSULTA EXTERNA , ODONTOLOGIA	10
	ADMINISIÓN HOSPITALIZACIÓN	1	CUERPO DE GOBIERNO, TRASLADOS.	4
	CONSULTORIOS URGENCIAS	2	SALA DE JUNTAS	1
	QUIRÓFANO, SALA DE RECUPERACIÓN, CEYE	3	MEDICINA PREVENTIVA Y MEDICINA FAMILAR	2
	CAMAS DE URGENCIAS	4	INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	1
	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN ADULTO	15	ESTACIONAMIENTO	1
	CAMAS PEDIATRICAS	4	SALA DE ESPERA	1
	ESTADÍSTICA	1	CONSULTORIO LAMPAROSCOPIA	1
	COCINA, ROPERIA,	4		

	ALMACEN Y MANTENIMIENTO			
--	----------------------------	--	--	--

FUENTE DE RECURSOS HUMANOS 2005.

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.
CLINICA HOSPITAL DE S.C.L.C. CHIAPAS.**

1.1 ORGANIGRAMA



FUENTE RECURSOS HUMANOS 2005.

- * En relación con el Departamento de Radiología.
- & En relación con todas los departamentos.
- = En relación con Trabajo Social.
- / La CEYE en relación con todos consultorios y quirófano.
- “ Almacén “ Abastecimiento con toda la clínica.

1.4 FUNCIONAMIENTO.

La Clínica Hospital requiere para su funcionamiento de diferentes departamentos como la Dirección, Subdirección Medica, Subdirección administrativa, Coordinación Medica, Coordinación de Recursos Humanos, Jefatura de Investigación y Enseñanza, Jefatura de Enfermería, contando con los siguientes servicios: Medicina Familiar, Ginecobstetricia, Pediatría, Cirugía general, Odontología, Radiología y Ultrasonografía, Medicina Interna, Lavandería y Ropería, Laboratorio Análisis Clínicos, Cocina, Admisión Hospitalaria, Registro y Vigencia de Derechos, Farmacia, Trabajo Social, Anestesiología, Archivo Clínico, Consulta externa, Hospitalización, Urgencias, CEYE, Medicina Preventiva, Ambulancias, Conservación y Mantenimiento.

La Clínica Hospital cuenta con el siguiente Recurso Humano: Médicos Especialistas 26, Médicos Generales 132, Cirujanos Dentistas 2, Cirujano Dentista Especializado 1, Trabajadora Social 1, Enfermeras generales 10, Manejadores de Alimentos 6.

CLINICA HOSPITAL DE S.C.L.C., CHIAPAS.

RECURSOS HUMANOS

AREA MÉDICA

TABLA 1

NUMERO DE PERSONAL POR AREA	TIPO DE PLAZA "A"	TIPO DE PLAZA "B"	TIPO DE PLAZA "C"
Dirección	3	2	1
Subdirección Médica	2	1	1
Subdirección Administrativa	6	4	2
Jef. De Atención Médica	1		1
Coord. De Rec. Humanos	3		3
Almacén	3	2	1
Estadística	2	1	1
Medicina Familiar	1	1	
Ginecobstetricia	5	5	
Pediatría	2	2	
Cirugía General	4	4	
Odontología	3	3	
Radiología	4	4	
Medicina Interna	1	1	
Lavandería y Ropería	3	3	
Lab. de Análisis Clínicos	3	3	
Jefatura de Enfermería	1		1
Alimentación	3	3	
Administración Hospitalaria	5	5	
Reg. y Vig. de derechos	2	2	
Farmacia	4	3	1
Trabajo Social	1	1	
Anestesiología	5	5	
Transporte	2	2	
Archivo Clínico	2	2	
Consulta Externa	22	22	
Hospitalización	31	31	
Urgencias	7	7	
CEYE	4	4	
Medicina Preventiva	1	1	
TOTAL	136	124	12

RECURSOS HUMANOS 2005.

1.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El aumento de las quejas como causa de insatisfacción por parte de los usuarios, por el tiempo prolongado de espera para recibir atención, diferimiento de citas, la falta de desarrollo adecuado de procedimientos ortodóncicos, el incumplimiento de normas institucionales, la utilización correcta de la aparatología ortodóncica y la actualización de conocimientos vigentes por parte del especialista.

1.6 IMPACTO DEL SERVICIO DE ORTODONCIA PREVENTIVA.

El servicio de Ortodoncia Preventiva que se brinda en la Clínica Hospital de San Cristóbal de las Casas, Chiapas es de tipo preventivo, es decir, se realiza el control de la erupción de la dentición temporal y de la dentición permanente, previniendo las malposiciones dentarias las cuales son tratadas por medio de colocación de aparatología ortodóncica. Siendo en el Estado de Chiapas un porcentaje del 50 % de la población infantil presenta problemas de Labio y Paladar Hendido, los cuales requieren tratamiento multidisciplinarios como son Cirugía Plástica, Terapia del lenguaje, Psicológico, Ortodoncia.

En la actualidad el servicio de Ortodoncia, se otorga atención en el Matutino, con 1 Cirujanos Dentistas Especializados, se atendió un promedio de 250 pacientes de primera vez y subsecuentes en el año 2005, entre las edades comprendidas entre los 3 a 12 años de edad.

2 MARCO TEÓRICO DE CALIDAD.

2.1 ANTECEDENTES.

En la historia de la humanidad está directamente ligada con la calidad desde los tiempos más remotos, el hombre al construir sus armas, elaborar sus alimentos y fabricar su vestido observa las características del producto y enseguida procura mejorarlo.

La práctica de la verificación de la calidad se remonta a épocas anteriores al nacimiento de Cristo. En el año 2150 A.C., la calidad en la construcción de casas estaba regida por el Código de Hammurabi, cuya regla # 229 establecía que “si un constructor construye una casa y no lo hace con buena resistencia y la casa se derrumba y mata a los ocupantes, el constructor debe ser ejecutado”.

En los vestigios de las antiguas culturas también se hace presente la calidad, un ejemplo de ello son las pirámides Egipcias, los frisos de los templos griegos, etc. Sin embargo, la Calidad Total, como concepto, tuvo su origen en Japón donde ahora es una especie de religión que todos quieren practicar.

Durante la edad media surgen mercados con base en el prestigio de la calidad de los productos, se popularizó la costumbre de ponerles marca y con esta práctica se desarrolló el interés de mantener una buena reputación (las sedas de damasco, la porcelana china, etc.) Dado lo artesanal del proceso, la inspección del producto terminado es responsabilidad del productor que es el mismo artesano.

En la era de la revolución industrial, trajo consigo el sistema de fábricas para el trabajo en serie y la especialización del trabajo. Como consecuencia del alta demanda aparejada con el espíritu de mejorar la calidad de los procesos, la función de inspección llega a formar parte vital del proceso productivo y es realizada por el mismo operario (el objeto de la inspección simplemente señalaba los productos que no se ajustaban a los estándares deseados).

A fines del siglo XIX y durante las tres primeras décadas del siglo XX el objetivo es la producción, el hombre siempre ha buscado calidad en los servicios ó en los productos de manera que satisfagan sus necesidades. Con las aportaciones de Taylor la función de inspección se separa de la producción; los productos se

caracterizan por sus partes o componentes intercambiables, el mercado se vuelve más exigente y todo converge a producir, siendo la medición de la actividad de los operarios dando las bases para mejorar estándares de operación (Soltero, 1999 p. 1-2).

El control de la calidad se practica desde hace muchos años en Estados Unidos y en otros países, pero los japoneses, enfrentados a la falta de recursos naturales y dependientes en alta grado de sus exportaciones para obtener divisas que les permitieran comprar en el exterior lo que no podían producir internamente, se dieron cuenta de que para sobrevivir en un mundo cada vez más agresivo comercialmente, tenían que producir y vender mejores productos que sus competidores internacionales como Estados Unidos, Inglaterra, Francia y Alemania.

Lo anterior los llevó a perfeccionar el concepto de calidad. Para ellos debería haber calidad desde el diseño hasta la entrega del producto al consumidor, pasando por todas las acciones, no sólo las que incluyen el proceso de manufactura del producto, sino también las actividades administrativas y comerciales, en especial las que tienen que ver con el ciclo de atención al cliente incluyendo todo servicio posterior. (Sánchez, 2002 abigailss@hotmail.com Fecha: 7-31-2002, 7:02 p.m.)

2.2 TEORÍAS DE LA CALIDAD.

La palabra calidad designa el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que nos permite emitir un juicio de valor acerca de él; en este sentido se habla de la nula, poca, buena o excelente calidad de un objeto.

Cuando se dice que algo tiene calidad, se designa un juicio positivo con respecto a las características del objeto, el significado del vocablo calidad en este caso pasa a ser equivalente al significado de los términos excelencia, perfección.

Existen diferentes definiciones de calidad, el uso de cada una depende del área en que se está trabajando. Anteriormente se creía que la calidad era demasiado costosa y por eso influía en las ganancias producidas por la empresa. Ahora se sabe que el buscar la calidad resulta en una baja en los costos de las empresas y una mayor ganancia. Se ha discutido mucho la definición de calidad, pero los

pensadores que más han sobresalido en el tema son los siguientes:(Navarro, 2001, vnavarro_boullosa@hotmail.com Fecha 13- 01- 02).

AUTORES DE LA CALIDAD.

2.2.1 EDWARD DEMING.



Define a la calidad como tangible, medible y es la clave para la competitividad ya que incide directamente en el aumento de productividad y reducción de costo.

La filosofía de Deming se caracteriza por los siguientes aspectos: La calidad aumenta y por lo tanto bajan los costos y los ahorros se le pueden pasar al consumidor.

- 1.- Debe iniciarse en la alta dirección.
- 2.- Todo el personal de la organización debe participar.
- 3.- Esta basado en un proceso continuo de mejoras.
- 4.- Es de bases científicas.
- 5.- Tiene por objeto servir siempre mejor al cliente.

Su metodología contempla la investigación del consumidor por medio de encuestas periódicas y evaluación de cambios de mercado. Presentando el Ciclo Deming (PECA).

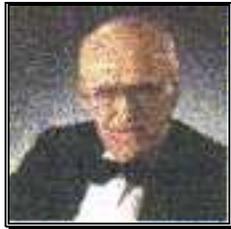
Presenta catorce puntos para transformar una empresa:

1. Ser consistentes.
2. Adoptar una filosofía.
3. Incorporar la calidad desde la primera operación.
4. Reducir el costo.
5. Capacitación.

6. Liderazgo.
7. Elimine el temor y la incertidumbre.
8. Crear grupos de trabajo.
9. Elimine objetivos numéricos.
10. Elimine cuotas de trabajo.
11. Elimine la administración por objetivos.
12. Promover la responsabilidad en el trabajador y los directivos.
13. Elaborar un programa de autodesarrollo.
14. Mejorar la empresa mediante la integración y mejora continua.

Tiene afinidades con otros autores en su teoría como JURAN.

2.2.2 JOSEPH M. JURAN.



Define a la calidad como un servidor para planificar la calidad y las estrategias empresariales.

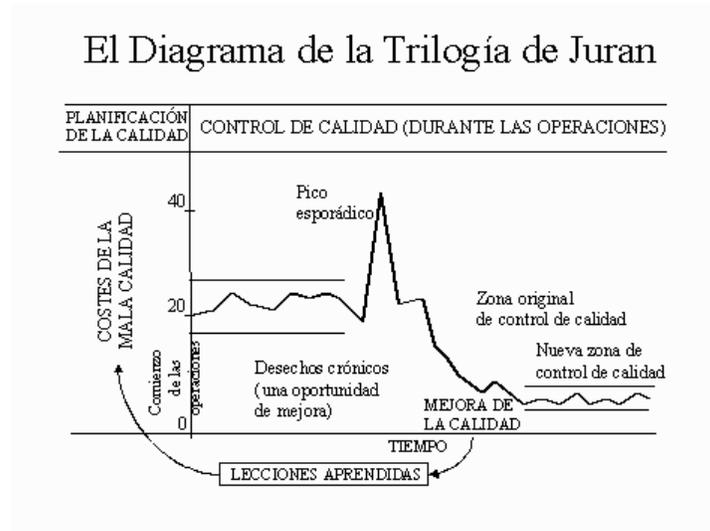
Se entiende su filosofía como la ausencia de deficiencias que pueden presentarse como: retraso en las entregas, fallas durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas. CALIDAD ES ADECUARSE AL USO.

En la metodología de Jurán se presenta la siguiente Trilogía:

1. Planeación de la calidad.
2. Control de la calidad.
3. Mejoramiento de la calidad.

Los tres procesos se relacionan entre sí, todo comienza con la planificación de la

calidad. El objeto de planificar es suministrar a las fuerzas operativas los medios para obtener productos que puedan satisfacer las necesidades de los clientes. Se presenta grafica.



Tiene afinidades en su teoría con DEMING.

2.2.3 KAORU ISHIKAWA.



Define a la calidad que debe observarse y lograrse no solo a nivel del producto sino también en el área de ventas, en la calidad de administración, en la compañía en si y la vida personal.

La Calidad Total es cuando se logra un producto es económico, útil y satisfactorio para el consumidor.

Presenta en su filosofía los siguiente puntos:

1. La calidad empieza y termina con educación.
2. El primer paso en calidad es conocer las necesidades de los clientes.
3. El estado ideal del Control de Calidad es cuando la inspección ya no es necesaria.
4. Es necesario remover las raíces y no los síntomas de los problemas.
5. El control de calidad es responsabilidad de toda organización.
6. No se debe confundir los medios con los objetivos.
7. Se debe poner en primer lugar la calidad, los beneficios financieros vendrán como consecuencia.
8. La mercadotecnia es la entrada y éxito de la calidad.
9. La alta Administración no debe mostrar resentimientos cuando los hechos son presentados por sus subordinados.

Su metodología introduce el concepto de Círculos de Calidad, fue originador del Diagrama de Análisis de Causa-efecto, que se utiliza como herramienta para resolución de problemas.

Las Técnicas Estadísticas que realizó son las siguientes:

1. Técnicas Estadísticas Elementales.
 - ANÁLISIS DE PARETO.
 - DIAGRAMA CAUSA –EFECTO.
2. Método Estadístico intermedio.
3. Métodos Estadísticos Avanzados (con computadora).

Presenta afinidades con otros autores en su teoría como Deming y Juran.

2.2.4 PHILIP B.CROSBY.



Define a la calidad como un servicio que es gratis. Sus costos solo están relacionados con los diversos obstáculos que impiden que los operarios obtengan desde la primera vez.

Su filosofía consiste en cero defectos, y los niveles aceptables de calidad deben prohibirse pues comprometen el objetivo de cero defectos.

En su metodología presenta el Programa para la mejora de calidad:

1. Compromiso de la dirección.
2. Equipo para la mejora de la calidad.
3. Medición de nivel de calidad.
4. Evaluación del costo de la calidad.
5. Conciencia de la calidad.
6. Sistema de acciones correctivas.
7. Establecer comité del Programa Cero Defectos.
8. Entrenamiento En supervisión.
9. Establecer el día "Cero defectos".
10. Fijar metas.
11. Remover causas de errores.
12. Dar reconocimiento.
13. Formar consejos de calidad.
14. Repetir todo de nuevo.

2.2.5 BENCHMARKING.

Se define como un proceso continuo de medir productos, servicios y prácticas contra los competidores más duros, o aquellas compañías reconocidas como líderes.

La filosofía de Benchmarking toma los siguientes aspectos:

1. Conocer su operación.
2. Conocer a los dirigentes de la industria o a los competidores.
3. Obtener la superioridad.
4. La cronología de benchmarking.

Su metodología menciona:

1. Proporcionar niveles competitivos de satisfacción al cliente.
2. Reducir costos unitarios.
3. Aumenta las rotaciones de inventarios.
4. Reducir escalones.
5. Menos centros de distribución en un escalón.
6. Centralizar materiales de lento movimiento y entrega programada.
7. Adecuar instalaciones de acuerdo a técnicas más modernas.
8. Capitalizar las desregulación del transporte.
9. Examinar el envase esencial para mover materiales sin daños.
10. No restringir entregas a clientes.

La gráfica en "Z", es una muestra de un modo grafico del tamaño de la brecha, su alcance en la actualidad y en el futuro y permite la comprensión de su significado. Compresión de la brecha. No siempre existe relación directa entre las razones tácticas y estratégicas y los segmentos de la brecha.

2.2.6 REINGENIERÍA.

Esta significa volver a empezar arrancando de nuevo; reingeniería no es hacer más con menos, es con menos dar más al cliente.

Es una revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y actuales de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez.

Su filosofía enfoca tres fuerzas, por separado y en combinación .Estas fuerzas son los clientes, competencia y cambio.

La metodología permitirá identificar y entender mejor los procesos, se les pueden poner nombres que indiquen su estado inicial y final. Como son los siguientes:

- Manufactura: proceso de aprovisionamiento a despacho.
- Desarrollo de producto: de concepto a prototipo.
- Ventas: de comprador potencial a pedido.
- Despacho de pedidos: de pedido a pago.
- Servicio: de indagación a resolución.

Se tendrá que identificar los siguientes roles:

1. El líder.
2. Dueño del proceso.
3. Equipo de reingeniería.
4. Comité directivo.
5. Zar de la reingeniería.

2.3 ENFOQUES DE LA CALIDAD.

La estrategia de calidad dentro de la empresa ha evolucionado a través del tiempo, sobre todo para adaptarla a las condiciones prevaletientes en el mercado y en el entorno.

2.3.1 PRIMERA GENERACIÓN: Se refiere al control de la calidad por inspección y se orienta al producto terminado.

Estrategia y liderazgo.

En esta generación, *la calidad es determinada como una herramienta de control por el Director General, delegada la responsabilidad en los inspectores del departamento de control de calidad*, quienes auxiliados de la inspección visual o de algún aparato o instrumento de medición, efectúan comparaciones con estándares preestablecidos. Tanto para los inspectores, como para el personal de producción, elaborar algunos productos defectuosos era considerado *normal* y aceptable.

Los productos detectados como defectuosos, en muchas ocasiones eran desechados o reprocesados y los costos de inspección y de reprocesamiento provocaban que el precio final del producto aumentara en ocasiones más del 20% y, por consecuencia, el cliente final absorbía ineficiencias de la empresa.

2.3.2 SEGUNDA GENERACIÓN: es el aseguramiento de la calidad.

La calidad se orienta a los procesos productivos que aseguren que consistentemente los productos cumplan con las especificaciones predeterminadas.

Estrategia y liderazgo.

En esta generación se determinó que si controlamos el proceso productivo, podremos controlar el proceso productivo.

El aseguramiento de la calidad sigue siendo una herramienta de control que se ha tornado más sofisticada, por lo que el Director General la delega primero a un grupo de expertos, que determinan los puntos críticos de control y las especificaciones a cumplir, y después la calidad del proceso recae en el personal que trabaja directamente dentro del proceso productivo, surgiendo él termino "autocontrol".

Los esquemas de aseguramiento de calidad requieren la responsabilidad directa de la Dirección General y un liderazgo visible y profundamente comprometido, pero gran parte del esfuerzo se delega en especialistas.

Al final de esta generación, se da el primer gran cambio radical en la concepción de los procesos de calidad. La calidad deja de ser una herramienta de control y se convierte en una estrategia de negocios.

Primer cambio conceptual:

La calidad deja de ser una herramienta para convertirse en una estrategia de negocios.

2.3.3 TERCERA GENERACIÓN: se concentra en el proceso de calidad total, es decir se orienta al cliente.

Estrategia y liderazgo.

*En esta generación, la calidad sufre un cambio fundamental en su concepto ya que, de ser una herramienta de control manejada por expertos, se convierte en la estrategia de la empresa dirigida por el *Director general*, quien se convierte en el principal responsable del proceso de calidad. Se establece que la misión de la empresa es satisfacer a sus clientes y adecuarles los productos y servicios al uso que éstos le darán.*

2.3.4 CUARTA GENERACIÓN: son los procesos de mejora continua de la calidad.

La calidad se orienta a mejorar continuamente y a optimizar todas las actividades de la empresa hacia el cliente externo.

Estrategia y liderazgo.

*En esta generación la calidad comienza a retornarle a la empresa las inversiones de las tres primeras generaciones y es hasta entonces que se puede afirmar que **la calidad paga**. Que es un buen negocio.*

*La brecha entre las especificaciones del cliente y las de la empresa se empieza a reducir como consecuencias de **la mejora constante de los productos y servicios que ofrece la empresa**.*

2.3.5 QUINTA GENERACIÓN: REINGENIERÍA Y CALIDAD TOTAL.

La calidad se orienta a rediseñar la empresa por procesos completos con valor hacia el cliente.

Estrategia y liderazgo.

En esta generación se presenta un cambio radical en la forma de conceptualizar la calidad. Los procesos de calidad, por más que se eficientizan, no logran que la empresa sea suficientemente competitiva ante: los cambios drásticos del mercado; las nuevas formas de hacer negocios; la cada vez más agresiva incursión de competidores nacionales y extranjeros; y la respuesta a las necesidades del cliente como reciente variante del mercado.

Se comienza a modificar la estructura de la empresa al cambiar la forma de organizar el trabajo de áreas o departamentos y tareas simples, especializadas, y repetitivas a *procesos completos y armónicos*.

2.3.6 HACIA UNA SEXTA GENERACIÓN DE LOS PROCESOS DE CALIDAD.

El proceso de reingeniería daba, aparentemente buenos resultados. Sin embargo, se necesitaba desarrollar una estrategia de calidad que incorporara el pensamiento creativo e innovador de todos los colaboradores de la empresa y, además, presentará una estructura que permitirá flexibilidad y libertad de acción, bajo un esquema centralizado-descentralizado, orientado a crear continuamente valor para el cliente, vía conocimiento e inteligencia. (Valdes, 1995 p.117)

2.4 ENFOQUE DE SATISFACCIÓN AL CLIENTE.

El concepto de calidad se asocia a satisfacer adecuadamente las necesidades del cliente. La **satisfacción al cliente** es una variable que debe identificarse para cada práctica. Los pacientes perciben la calidad del servicio de ortodoncia como la comunicación y el tiempo, sea el tiempo de tratamiento o el tiempo de espera. Tiempo es un valor y costo que debe manejarse eficazmente.

El **control de calidad total** involucra el diagnóstico, el plan, la aplicación, y la medida del proceso, las personas, y el servicio.

El **control de calidad total** (CCT) es un compromiso total para la mejora continua. Es una ventaja competitiva y una inversión en la práctica con ingresos seguros presentados como la ganancia y el crecimiento. No es una aventura de imagen o de relaciones públicas o sólo de charla; es un proceso comercial científico diseñado alrededor de la capacidad de la práctica, de las demandas y de las necesidades del paciente.

Al servir calidad se está sirviendo la excelencia. Es la convicción que cada paciente, sin tener en cuenta el tipo de maloclusión, se trata de abreviar el tiempo del resultado predecible, con un menor costo y que los resultados logrados reúnan las normas profesionales y excedan la expectativa del paciente. Al hacer las cosas correctas todo el tiempo, no te estás equivocando. (Am J Orthod Dentofacial 1999, 116 p. 659).

2.5 MÉXICO Y LA CALIDAD.

El proceso de industrialización empezó en México a finales del siglo XIX con la producción de textiles, alimentos, cerveza y tabaco. Sin embargo, no fue sino hasta 1940 que comenzó un fuerte movimiento de industrialización basado en la política de sustitución de importaciones.

La política de industrialización adoptada por México desde 1940 ha generado entre otros, los siguientes problemas:

El desarrollo de una economía que ofrece productos y servicios de baja calidad, poco competitivos en precio y calidad en los mercados internacionales.

La sustitución de la capacidad instalada en las organizaciones principalmente industriales, sobre todo en lo que corresponde a la pequeña y mediana industria, que siempre se encuentra en una posición débil para afrontar problemas económicos como los ocurridos en 1976, 1986 y 1994.

La actividad económica se concentra principalmente en tres regiones: Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey que acumulan el 70 % del valor agregado.

México no ha sido capaz de desarrollar su propia tecnología, y depende constantemente de la importada con la consecuente baja competitividad.

Las empresas mexicanas crecieron acostumbradas a obtener ganancias fáciles y rápidas al poder operar protegidas de la competencia internacional, lo cual aunado al control de precios ejercido en los años setenta, reforzó su desinterés y apatía por invertir en nuevas tecnologías e infraestructura. Por otro lado, conforme la economía fue progresando, la demanda de bienes intermedios y de capital se incrementó a grado tal que no pudo ser satisfecha por los proveedores nacionales. Para mediados de los ochenta se introdujeron políticas de liberalización comercial con el objeto de estimular las exportaciones. A partir de entonces, la economía

mexicana ha experimentado una significativa transformación en respuesta a la amplia gama de reformas de la política comercial y de la búsqueda de niveles de competitividad internacional.

Sin embargo, es importante reconocer que los cambios hacia una economía abierta no pueden ser evaluados en un periodo corto, ya que necesitan de un plazo mayor para traer los beneficios esperados en términos de bienestar, debido a que otras variables no económicas como turbulencias políticas asociadas a la consolidación de la democracia, el mejoramiento en la calidad de la educación y los cambios en valores culturales (honestidad, puntualidad, disposición al trabajo y al ahorro, etc.) requieren quizá de 20 o 30 años para madurar. Lo importante es que este proceso se ha iniciado.

El Tratado de Libre Comercio (TLC) con Estados Unidos de América y Canadá ha sentado las bases para mayores cambios estructurales en la economía en general; pretende estimular nuevas inversiones y promover una mayor competitividad con las empresas. Aquellas organizaciones que estén involucradas en programas de calidad total y por lo tanto logrando niveles de productividad mayores al promedio, podrán reconocer y estimular la mejora continua con mejores salarios y compensaciones que las que actualmente se otorgan en las empresas mexicanas.

Una característica de la economía mexicana es el alto grado de concentración, ya que las grandes corporaciones dominan sus respectivos mercados. La micro y pequeña empresa, que representan el 95% del total de empresas en México, son administradas en forma muy deficiente, operan por lo general con tecnología obsoleta y difícilmente pueden competir en el ámbito internacional.

El gobierno mexicano no tuvo otra opción que adoptar una política comercial menos proteccionista con una mayor competencia para los productores nacionales, los cuales fueron obligados a incrementar su eficiencia, productividad y calidad hacia niveles internacionales para poder permanecer en el mercado.

Las organizaciones internacionales de comercio a las que México se ha adherido son: el GATT (OMC) en 1986, la OECD en 1993, un Acuerdo de Cooperación de

la Unión Europea en 1991, el TLC en 1993, la APEC en 1993, y otros acuerdos bilaterales o trilaterales con diversos países de Latinoamérica.

En los últimos diez años, nuestro país se ha convertido en una nación estratégica para el resto del mundo, al ser el único que cuenta con tratados comerciales con los principales bloques económicos. Son los siguientes:

PAISES	FIRMA
TLC de América del Norte.	17-DIC-1992 – 1°-ENE-1994.
TLC México Chile.	17-ABR.-1998 – 1-AGO. – 1999.
TLC México Costa Rica.	5-ABR- 1994 – 1- ENE – 1995.
TLC México Nicaragua.	DIC. 1997 – JUL.- 1998.
TLC del Grupo de los Tres (Colombia, Venezuela y México).	13- JUN. –1994 – 1-ENE.-1995.
TLC México Unión Europea.	1°- JULIO-1995.
TLC México Bolivia.	10-SEPT.-1994 – 1°-ENE- 1995.
TLC México Israel.	6-MAR.-2000.

Fuente: (www.monografias.com.mx 16-Feb-2006, 9:00 p.m.).

Negociaciones con Uruguay, Perú, Argentina y Brasil.

La Administración Estratégica de la Calidad Total (TQM, por sus siglas en inglés), es un concepto de tipo cultural y no un conjunto de procedimientos que pueden ser fácilmente instalados en una organización, como un programa computacional. (Sánchez, 2001 abigailss@hotmail.com Fecha 31-Jul -2002, 7:02 p.m.).

3 MARCO DE REFERENCIA.

3.1 CALIDAD EN SALUD (DONABEDIAN).

Avedís Donabedian expone un modelo de calidad que unifica componentes técnicos e interpersonales de la calidad y sus consecuencias en el sector público y privado de acuerdo a enfoques económicos y programas políticos.

Define que la calidad es una propiedad que la atención médica - odontológica posee en grados variables, abarca tres puntos básicos para definirla: Relación entre la evaluación de la calidad y la evaluación de los programas dentro de sus componentes técnicos e interpersonal. Conceptos de accesibilidad, continuidad y coordinación con sus implicaciones en el contenido, cantidad y costos de la atención, para lograr la satisfacción de los pacientes y los profesionales.

Evaluar la calidad de la atención médica es un juicio difícil de medir; hay una tendencia a evaluar la atención médica en un paquete de atributos mal definidos que se usan para definir calidad, percibiéndose de diferentes maneras en base a:

- Atributo único.
- Atributos funcionalmente relacionados.
- Combinación heterogénea de atributos.

Permitiendo que los juicios sobre la calidad no se hagan sobre la atención médica en sí, sino directamente sobre las personas que la proporcionan y los sistemas donde se imparten.

El tratamiento que proporciona un médico o cualquier otro profesional de la salud en un episodio de la enfermedad claramente definido a un paciente durante la atención.

Se inicia con el tratamiento que da el médico al paciente dividiéndose en dos tipos de tratamiento: el técnico y el interpersonal. La aplicación técnica de la ciencia y la tecnología de la medicina y de otras ciencias en el manejo de un problema personal de salud (ciencia de la medicina) y la interpersonal que es la interacción social entre el cliente y el facultativo (arte de la medicina). El otro elemento son las amenidades incorporadas a la propia atención.

Al analizar el tratamiento técnico de la enfermedad así como, el trato interpersonal de alguna manera pueden ser divididos como ciencia o arte. Para Donabedian son considerados como una representación imperfecta dentro de la atención médica, sin embargo, están relacionados íntimamente: el aplicar un tratamiento técnico a una enfermedad implica tanto ciencia como arte, así también, la relación interpersonal influye de manera importante en el éxito del tratamiento técnico. El término amenidades engloba características de los aspectos íntimos de los lugares donde se presta la atención, siendo descritos en forma abstracta por el paciente y los percibe como componentes de la atención médica ya sea de la práctica privada o de la organización donde se impartan.

Las amenidades son aquellos aspectos íntimos de la atención que el paciente concibe como signos de bondad que hacen que el paciente mida el nivel de calidad por la relación interpersonal y el grado de apego a sus valores, normas, expectativas y aspiraciones, sin considerar en mucho que, la calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología de tal manera que rinda el máximo de beneficios para su salud sin aumentar sus riesgos. En este proceso el éxito o fracaso va depender por los signos de comodidad, privacidad, cortesía y aceptabilidad por el paciente.

Tanto el paciente como el profesional responsable de la atención deben unificar un concepto en el que la aplicación de la ciencia y tecnología médica, la relación interpersonal y las “amenidades” rindan el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. En la medida en que la atención médica odontológica prestada sea capaz de alcanzar el equilibrio que proporcione al paciente el máximo y más completo bienestar.

Debemos preguntarnos si la atención médica odontológica tiene alguna medida y qué juicios se consideran para recibirse, así como si esas cantidades de calidad son suficientes para aportar salud y bienestar al paciente:

- No recibir atención en casos en que debiera recibirse, es evidente que denota falla en la calidad de la atención y en el paciente al aceptarlo.
- La atención recibida por un periodo largo de tiempo, falla en algún momento o es insuficiente denota deficiencia de la calidad.

- La calidad innecesaria o excesiva no contribuye al bienestar del paciente y puede ser perjudicial. El paciente al gastar tiempo y dinero en una atención médica no beneficiosa le queda menos para emplear en otras cosas que le son valiosas. Desde un punto de vista social la atención excesiva a un grupo desprotege a otro que lo necesite más, esto es juzgado por Donabedian como descuido, falta de juicio o ignorancia por parte del profesional aún cuando sea considerada como no dañina por no aportar riesgos en la salud, pero tampoco aporta beneficios, mermando el bienestar individual y social mediante el uso inadecuado de recursos.

La calidad y su costo están relacionados: la calidad cuesta dinero y es cara, el costo que implica el equipamiento técnico de un hospital y su demás infraestructura, sueldos de enfermeras y demás personal, y las amenidades para operar con eficiencia hace que los costos crezcan, por lo que la atención es excesiva y dañina, resulta cara y de peor calidad. Si desaprovecha sus recursos es ineficaz y cara.

Tanto la atención innecesaria e inofensiva y la atención ineficiente, dan lugar a pérdida en los beneficios individuales y sociales porque desaprovechan sus recursos disponibles.

El incluir los costos en la definición de calidad es hacer un balance entre los beneficios y pérdidas esperadas en la calidad técnica.

- La calidad cuesta dinero, pero si se suprimen servicios inútiles y se producen servicios más eficientes es posible obtener una calidad más alta por el dinero que se gasta en atención, bien, lograr la misma calidad a un menor costo.(Donabedian 1990, p. 9).

3.2 CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.

Su intención es otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos odontológicos y/o médicos éticos vigentes, con satisfacción de la necesidad de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución.

Al analizar los conceptos que integran esta definición se hace necesario precisar los siguientes términos:

1. Atención oportuna, otorgar atención en el momento que el paciente lo requiera.
2. Conforme a los comentarios médicos vigentes mediante la disponibilidad del personal de salud capacitado, partir de un proceso de actualización permanente, en congruencia con las normas que los expertos del área operativa han emitido y mantenido actualizadas.
3. Los principios éticos vigentes incluyen “ primero, no hacer daño”, equidad en el otorgamiento de los servicios ofrecidos a cada paciente, la atención que su padecimiento requiere; humanismo, privacidad, trato individualizado, respeto al secreto profesional, ofreciendo el máximo beneficio con mínima exposición al riesgo durante su atención y con el consentimiento informado para la realización de estudios y tratamiento, así como para su participación en proyectos de investigación, manteniéndose actualizadas.
4. La satisfacción de las necesidades de salud lleva implícito el logro del objetivo de la atención a partir de establecimiento de diagnóstico, un programa de estudio y tratamiento y un pronóstico. En este contexto el objetivo de la atención médica puede ser: curación, control, mejoría del paciente, paliación de sus síntomas, apoyo moral al paciente , familiares y una muerte digna conforme a los principios legales, morales y religiosos vigentes, en congruencia con el problema de salud de que se trate.
5. A nivel de salud pública la satisfacción de las necesidades de salud implica la mejoría en el nivel de salud de la población, disminución de la morbilidad, mortalidad, secuelas complicaciones y discapacidades e incremento del tiempo y calidad de vida de los individuos.
6. La satisfacción de las expectativas del usuario incluye la accesibilidad a los servicios, oportunidad para la atención amabilidad en el trato, proceso de la atención realizado sin obstáculos, suficiente personal de salud debidamente capacitado, disponibilidad de equipo, material y

medicamentos que se requieran; solución del problema de salud que motivó la atención en congruencia con el objetivo a lograr, información suficiente y oportuna acerca del programa de estudio y tratamiento, de sus resultados y del pronóstico; comodidad durante el proceso de atención, incluyendo la climatización, control del ruido, iluminación adecuada, ausencia de malos olores y de fauna nociva.

7. La satisfacción de las expectativas del prestador de servicios, se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para la realización del trabajo, reconocimiento por parte de sus superiores por haberlo efectuado con calidad, remuneración congruente con las características del desempleo, seguridad en el trabajo, oportunidades de superación y facilidades para la capacitación.
8. Las expectativas de la institución corresponden a la calidad en la atención médica en función del cumplimiento de las normas vigentes emitidas por la propia institución, equidad en el acceso a la atención que requieren los usuarios, independientemente del problema de salud del paciente; oportunidad para la atención en cuanto al tiempo de espera y diferimientos, mejoría del nivel de salud de la población, costo beneficio aceptable en la prestación de los servicios con base en una administración racional de los recursos; productividad adecuada y ausencia de quejas y demandas. (Echenique 2000, apuntes).

Otros conceptos básicos:

1. Eficacia: es la capacidad para cumplir con las metas establecidas.
2. Eficiencia: es alcanzar las metas con los recursos disponibles.
3. Efectividad: capacidad para solucionar los problemas. (Pastrana 2001).

3.3 IDENTIFICACIÓN DE LOS CINCO FACTORES EN LOS QUE APOYAN LA CALIDAD:

En la calidad los resultados producidos por cualquier organización, dependen de cinco factores. Estos factores son el diseño, los equipos, los materiales, los programas y el desempeño. Su combinación determina, tanto la precisión o

aceptación de los resultados como la oportunidad en que tales resultados se ofrecen.

1. DISEÑO:

La calidad de lo que se produce no sólo depende del diseño del producto; también obedece al diseño de los sistemas que se requieren para producir tales bienes o servicios.

En lo que conciernen a los bienes y servicios, en general son dos los factores que rigen la calidad de su diseño.

El primero es el mercado en el cual la organización intenta competir. ¿Se trata de un mercado de lujo, de nivel medio o económico?

El segundo, que influye en el diseño, se basa en lo que realiza la competencia directa. Una calidad inferior a la que el competidor está ofreciendo por el mismo precio tendrá por resultado menos compras repetitivas. Por el contrario, producir una calidad muy superior a la de los competidores, cobrando lo mismo que ellos, por lo general redundará en costos más altos y en márgenes de utilidades inferiores.

2. EQUIPOS:

La aptitud con la cual los equipos, las herramientas y la maquinaria con que se cuenta pueden producir, en forma precisa y confiable, los artículos deseados tiene un fuerte efecto sobre la calidad, el éxito de la organización depende en gran medida de la selección de equipos y herramientas adecuadas.

3. MATERIALES:

Las organizaciones utilizan una gran variedad de materiales en sus procesos para obtener los resultados planeados. Es imprescindible que las características cualitativas de tales materiales se ajusten a los requerimientos o especificaciones técnicas. El mejor diseño – aunado a un equipo excelente, a una mano de obra altamente capacitada y una programación que brinde un lapso adecuado para el proceso- con mucha frecuencia no puede sobreponerse al efecto negativo que, sobre la calidad de los productos tienen los materiales defectuosos o de calidad inferior a los estándares definidos por la SSA.

4. PROGRAMACIÓN:

Si se equipara la calidad del servicio con satisfacción de los usuarios, y dentro de esta última se incluye la recepción oportuna de lo que se demanda, es posible reconocer la enorme importancia que, para la calidad, puede llegar a tener una óptima programación. Es obvio que una programación inadecuada perjudica la oportunidad de la entrega por parte de la producción; sin embargo, ya no es tan obvio que una mala programación puede afectar la forma como la producción se ajusta a los estándares. Al corroborar las fechas de entrega y darse cuenta de que ya se cuenta con el tiempo necesario para llevar a cabo el proceso normal de factura, la dirección enfrenta el dilema, según las presiones a las que se comprometió para cumplir sus promesas, de tomar determinados atajos que pueden resultar en entregas a los usuarios del producto de calidad inferior al estándar contratado.

5. DESEMPEÑO:

El desempeño humano tiene un efecto importante sobre la calidad de los bienes que se producen. El desempeño depende de dos factores: pericia y motivación.

Desempeño= pericia + motivación.

La pericia a su vez depende de dos factores: capacitación y experiencia.

Pericia= capacitación + experiencia.

La motivación también depende de dos factores: actitud y medio ambiente.

Motivación= actitud + medio ambiente.

La definición de la salud bucal de los individuos y de la población es la resultante de un complejo y dinámico juego de factores, conocido como el proceso salud-enfermedad; por lo tanto, el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de éste y en el manejo de la prevención para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático que permitan, en el mediano y largo plazo, disminuir las incidencias de las enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana.(Domínguez 1998, p. 1)

La normatividad de la prevención para la práctica odontológica, pública y privada en el ámbito nacional, es la estrategia de acción más efectiva para mejorar el estado actual de salud bucal de la población mexicana.

Con la aplicación de la Norma Oficial Mexicana de Prevención y Control de Enfermedades Bucales y las que de ella derivan, se pretende optimizar y actualizar los servicios odontológicos del país, elevar la calidad y equidad de los mismos con énfasis en la prevención, la disminución de costos y la reducción, en la mayor medida posible, de los problemas de la mala práctica; todo esto, con el propósito de mejorar el nivel de salud bucal de la población mexicana, y de crear una nueva cultura de la salud. (Diario Oficial de la Federación 21-01-1999).

Otro aspecto importante es la creación del Comité Nacional de Salud Bucal, por el Acuerdo Número 132 en donde se menciona que desde el punto de vista epidemiológico, la población mexicana padece actualmente los efectos de insatisfacción en el ámbito de salud bucal; como se puede observar, de esta disposición, no se escapa el ISSSTE, ya que es un Organismo Descentralizado Integrado al Sistema de Salud. (Diario Oficial de la Federación 1- Nov.- 1995).

3.4 LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA.

El tratamiento ortodóntico en los servicios de salud son de más alta expectativa. La ortodoncia se debe identificar y servir de acuerdo a las necesidades de los pacientes. ¿Quiénes son nuestros clientes? Ellos son los proveedores, los clientes internos, y los clientes externos. Todos deben integrarse al proceso del control de calidad.

LOS PROVEEDORES. Uno tiene que construir una relación fiel con los proveedores que aseguren la entrega a tiempo. Pero si usted comparte su interés con ellos, pueden compartir dicho interés que promoverá su eficacia. Uno no debe seleccionar materiales sólo basados en el precio, el material de costo bajo contribuirá a la calidad deficiente tanto en tiempo y en la percepción del paciente. Los materiales de alta calidad de un proveedor fidedigno son un beneficio, no un costo. La tecnología alta no asegura la calidad alta desde que el proceso integra a los materiales, métodos, mecánicas y a las personas.

LOS CLIENTES INTERNOS. Los clientes internos son la fuerza obrera interna. Para servir bien a sus clientes exteriores, su cliente interno debe aprender a identificar los defectos de calidad tempranamente en el proceso y ayudar a que usted los corrija. Un ortodoncista debe perfeccionar las actuaciones individuales de clientes internos a través de las actividades siguientes:

1. Entrenar, educar, motivar, y premiar a los trabajadores del equipo.
2. Establecer la utilización cruzada funcional dónde todos hacemos todo, en lugar de una persona para cada función. Apoye el trabajo en equipo que anima la excelencia.
3. Manejar el tiempo eficazmente además de la planificación eficaz. Mezclar la motivación y el sistema de funcionamiento del orden para reducir el tiempo de espera y aumentar al máximo el retorno en el tiempo activo. Más por menos.
4. Compartir las decisiones con todos, no sólo con unos. Evitar tener al ortodoncista como un cuello de botella.
5. Induzca la tensión saludable en la práctica para animar la competición interina y asegurar la mejora continua de la calidad.

LOS CLIENTES EXTERNOS. Para los nuevos usuarios, uno debe tener una línea competitiva, a través del confort, conveniencia, comunicaciones. Nosotros estamos en la edad de la información, dónde la mayoría de los usuarios son orientados a la calidad y precios accesibles. Ellos perciben la calidad como el valor por el precio. El valor es un juego de beneficios que ellos intercambian por un precio. En un mercado competitivo, aquellos que sirven las necesidades del paciente crecerán y ganarán. El tiempo, sea él tiempo de espera o el tiempo activo, se percibe como el valor agregado. La comunicación y el tiempo son percibidas como la calidad en la consulta, sin tener en cuenta las cuotas pagadas o la cultura de los clientes. (Am J Orthod Dentofacial Orthop 1999; 166: 659).

3.5 PROCESOS DE CALIDAD EN LA ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA.

3.5.1 MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA.

En la odontología especializada la mejora continua de la calidad es un conjunto de estrategias realizadas en forma constante, sistemática y procesal con el propósito de incrementar la calidad y la eficiencia en la presentación de la atención odontológica.

Las acciones dirigidas a la mejor calidad y la eficiencia en la prestación de la atención odontológica especializada son:

1. Planeación estratégica para el mejoramiento continuo de los procesos cuyos resultados puedan superarse en cuanto a calidad y eficiencia hasta alcanzar el nivel de excelencia.
2. Reconocimiento de los logros previa identificación del responsable del proceso, mediante un sistema predeterminado de estímulos, aplicado en forma continua que incluya acciones en forma verbal, por escrito, en especie (becas, licencias, etc) o estímulos económicos.
3. Solución de los problemas que afectan la calidad con que se otorga la atención odontológica mediante los siguientes pasos:
 - Registro de los problemas.
 - Establecimiento de prioridades para el abordaje de los problemas en función de su magnitud, trascendencia, factibilidad y vulnerabilidad.
 - Identificación del responsable del proceso donde se ubica el problema.
 - Verificación de forma participativa con el responsable del proceso de las condiciones de la estructura y características del proceso que dieron lugar a resultados inaceptables, para determinar la mejor opción para resolverlo.
 - Otorgamiento de asesoría al responsable del proceso, con base en el conocimiento y comparación con procesos similares que generan resultados con mayor calidad y eficiencia (benchmarking).

- Establecimiento de compromisos en forma participativa con el responsable del proceso, para la solución del problema en tiempo y magnitud.
- Seguimiento de esos compromisos de los avances en la solución del problema.
- Los obstáculos que impidan la solución de los problemas se constituyen en un nuevo problema y estar sujetos al mismo procedimiento de solución (espiral del mejoramiento continuo).
- Verificación de las soluciones del problema y su descargo de la relación de problemas vigentes.

3.5.2 PLANEACION ESTRATÉGICA.

Es la determinación de las líneas generales de acción dirigidas al mejoramiento continuo de los procesos mediante su análisis, identificación de fortalezas, debilidades intrínsecas, oportunidades, amenazas del entorno y reingeniería de aquellos procesos que requieran ser modificados.

- Identificar fortalezas y debilidades inherentes al proceso, tanto en los recursos físicos como los procedimientos; la eficiencia y la satisfacción de usuarios, prestadores de servicios e institución, para impulsar el desarrollo de las fortalezas, determinar las causas de las debilidades y promover su corrección.
- Localizar las oportunidades y amenazas en el entorno del proceso para aprovechar las primeras y nulificar las segundas, permitiendo su desarrollo con calidad y eficiencia.
- Someter a reingeniería los procesos cuyos resultados sean inferiores a los esperados.

3.5.3 REINGENIERÍA DE PROCESOS.

Se define como la reprogramación de los procesos susceptibles de ser mejorados en su estructura y en los procedimientos que los integran, con el propósito de alcanzar los resultados esperados, a fin de incorporarlos al mejoramiento continuo de la calidad y eficiencia.

3.5.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN COMPARATIVA DE REFERENCIA. (BENCHMARKING).

Es el mejoramiento continuo de la calidad y eficiencia en el desarrollo de los procesos, mediante la comparación con otros procesos semejantes y la aplicación al proceso que se desea de aquellos procedimientos que hubieran mostrado mejores resultados en calidad y eficiencia.

3.5.5 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

Se considera como el análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención odontológica especializada, mediante la integración de un diagnóstico situacional que permita conocer las condiciones estructurales para su prestación, las características del proceso y la consecución de los resultados esperados, implicando la identificación de los procesos que requieren ser mejorados. Logros alcanzados y problemas son necesarios a resolver.

3.5.6 RETROINFORMACIÓN AL SISTEMA.

De los resultados esperados, se refieren al logro del objetivo de la atención en odontológica especializada, otorgada con eficiencia y efectividad, que permita satisfacer las expectativas del usuario, prestadores de servicios e institución. Incluyendo la mejora continua en la salud bucal de la población, y en general un mayor nivel en la calidad de vida.

3.5.7 ACREDITACIÓN O CERTIFICACIÓN. (Echenique 2000, apuntes).

4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El aumento de las quejas como causa de insatisfacción por parte de los usuarios, por el tiempo prolongado de espera para recibir atención, diferimiento de citas, la falta de desarrollo adecuado de procedimientos ortodóncicos, el incumplimiento de normas institucionales, la utilización correcta de la aparatología ortodóncica y la actualización de conocimientos vigentes por parte del especialista.

4.2 SUPUESTO:

Es posible conocer la calidad de los servicios de Ortodoncia a través de preguntarle a los usuarios su opinión sobre su satisfacción con el servicio recibido.

4.3 OBJETIVOS GENERALES.

Conocer la satisfacción de los usuarios al Servicio de Ortodoncia y proponer su mejora.

4.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Diseñar un instrumento de evaluación de la calidad a través del usuario que nos permita conocer la satisfacción de este.
2. Levantar una encuesta de opinión al usuario en el Servicio de Ortodoncia, la cual contendrá 21 reactivos.
3. Escoger el tamaño de la muestra.
4. Análisis de los resultados de la evaluación.
5. Sugerir recomendaciones.

4.5 MODELO TEORICO-PRACTICO.

DEFINICIÓN: La Garantía de Calidad (GC) se entiende como un método sistemático, planificado y continuo para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud con los recursos existentes.

La GC recibe diversas denominaciones tales como Calidad Total, Auditoría Clínica, Círculos de Calidad o Mejoramiento Continuo de la Calidad.

La calidad de la atención tiene diferentes significados dependiendo de las diferentes partes involucradas en el proceso como, por ejemplo médicos y

pacientes. No obstante, un sistema de GC debe abarcar tres perspectivas de calidad:

- Estándares clínicos.
- Desempeño de la gerencia.
- Satisfacción del usuario.

El apropiamiento de los programas de GC por parte del personal de salud es parte esencial de este cambio de cultura.

La filosofía fundamental del Proyecto Salud con Calidad se basa en que el diseño y la implementación de sistemas de Garantía de Calidad debe reflejar en cada país una forma particular para organizar tanto la atención de salud así como los valores y creencias de los usuarios de los servicios y de sus proveedores.

OBJETIVOS DEL MODELO.

- | |
|--|
| 1. Establecer un sistema de GC regional, integrado en el sistema gerencial y de información en una región de cada país para: " mejorar la eficiencia de los servicios ", " disminuir las diferencias en la calidad ", " mejorar la responsabilidad del personal por la calidad que ofrecen ", " mejorar la confianza de la población en los servicios de salud". |
| 2. Fomentar una cultura de calidad en todos los niveles de los sistemas de salud, que responda a las necesidades de los clientes. |
| 3. Generar conocimiento de base y experiencias en cada región para facilitar el desarrollo de sistemas de GC en otros países. |

4.6 TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, analítico y propositivo.

4.7 ÁREA DE ESTUDIO O ÁMBITO GEOGRÁFICO.

Área de Estomatología de la Clínica Hospital de Primer Nivel en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

4.8 POBLACIÓN A ESTUDIAR.

Usuarios de la Clínica de Hospital de San Cristóbal de las Casas, Chiapas de primer nivel, en el Turno Matutino.

4.9 CRITERIOS DE SELECCIÓN: INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

- A. **Criterios de Inclusión:** Los usuarios de la Clínica de Hospital en el Turno Matutino, en el periodo de 2004-2005. Haber recibo consulta en el Servicio de Ortodoncia Preventiva. Que el familiar acepte participar en el estudio (responder las preguntas).
- B. **Criterios de Exclusión.** Todos aquellos usuarios que se encuentren satisfechos con la atención prestada por el Servicio de Ortodoncia, y que no hayan acudido sin cita previa.
- C. **Criterios de Eliminación.** Todos aquellos usuarios que no deseen participar en el llenado de la encuesta o lo llenen mal.

4.10 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

En este estudio se aplicará una encuesta, la cual nos permitirá recopilar información por medio de un cuestionario, y poder medir la satisfacción del usuario en Servicio de Ortodoncia. (Anexo 1).

4.11 MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

El método y procedimiento de análisis que se aplicará es de estadística descriptiva.

5. RESULTADOS.

5.1 ENCUESTA DE OPINIÓN DE LOS USUARIOS. (CONSULTA DE ORTODONCIA PREVENTIVA). ANEXO 1.

INTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

Realizándose la aplicación de la encuesta de acuerdo a lo indicado al Modelo de Garantía de Calidad, siendo la misma persona que les encuestó al usuario, numerándose consecutivamente y consignando la fecha.

Siguiendo el procedimiento para la entrevista:

- ❖ Se le pregunto al usuario si se le podía entrevistar.
- ❖ Explicando brevemente el porque se estaba realizando la entrevista, leyendo las indicaciones en la parte superior del cuestionario.
- ❖ Realizando preguntas exactamente como se encuentran escritas y otras que se adecuaron al Servicio de Ortodoncia Preventiva.
- ❖ Fueron preguntas claras que permitiera al usuario decidir sobre la respuesta.
- ❖ RECORDANDO QUE LOS USUARIOS ESTAN DANDO INFORMACIÓN DE ASPECTOS DIFÍCILES DE MEDIDIR. Se trata de “ **Sensibilizar**” a los pacientes (**aprendizaje**).
- ❖ El encuestador le proporciono un lápiz al usuario y sin dejar de contestar una sola pregunta. Si por alguna razón se dejara sin contestar una pregunta el entrevistado por abstenerse en responder debe marcarse en NA (que significa “ NO APLICA”), de esta forma cuando se tabule los resultados no se tendrá problemas para anotarlos como NA.

TABLA VALORES.

A. PREGUNTAS ABIERTAS CON EL NÚMERO:

2.- Cuanto tiempo espero para obtener cita en ortodoncia.

4.- Cuanto Tiempo pasó desde la hora que le otorgaron la cita hasta que fue atendido.

SE ESTABLECEN LOS SIGUIENTES VALORES:

<u>SEMANA</u> 1 a más	<u>DIAS</u> 1 Día	<u>HORAS</u> 1 suficiente	<u>MINUTOS</u> 1 a 2 minutos
Inadecuado = Valor de 1.	Insuficiente = Valor de 2	Suficiente = Valor 3	Excelente = Valor 4.

B. PREGUNTAS CERRADAS AGRUPADAS CON LOS SIGUIENTES NÚMEROS:

Padecimiento 7,8,9,10,11.

Medidas de Higiene del Especialista 12 y 13.

Trato del Personal 6,15,16,20.

Higiene de la Institución 17,18 y 19.

ESTAS SE AGRUPAN Y SE EXPLICARÁN CADA UNA EN SU OBJETIVO.

<u>EXCELENTE</u> Satisfacción, Totalidad de Respuestas Positivas con	<u>BUENO</u> Pregunta Positivas	<u>REGULAR</u> Negativas, resto Positivas.	<u>NO APLICA</u> Negativa y el resto positiva.	<u>MALA</u> Negativas más daño o problema.
EXCELENTE VALOR 5	POSITIVO = Excelente y Bueno VALOR DE 5 Y 4 NEGATIVO = Regular, No aplica y Mala VALOR DE 1 A 3			

C. En el caso de Si y No se contó cuantas fueron.(Doyle 2001, p. 1-5)

5.2 DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA.

Se determinó la muestra utilizando la siguiente ecuación:

$$n = \frac{n'}{1 + n'/N}$$

Siendo:

$$n' = \frac{s^2}{\sigma^2} \text{ sabiendo que:}$$

σ^2 es la varianza de la población respecto a determinadas variables.

s^2 es la varianza de la muestra, la cual podrá determinarse en términos de probabilidad como $s^2 = p(1 - p)$

se es error estándar que está dado por la diferencia entre $(\mu - \bar{x})$ la media poblacional y la media muestral.

$(se)^2$ es el error estándar al cuadrado, que nos servirá para determinar σ^2 , por lo que $\sigma^2 = (se)^2$ es la varianza poblacional.

Sustituyendo valores tengo que:

N=150 (Población)

se=0.015 (Error estándar)

p=90%=0.90 (Tasa de confiabilidad)

Desarrollo

$$\sigma^2 = (se)^2 = (0,015)^2 = 0.000225$$

$$s^2 = p(1 - p) = 0,9(1 - 0,9) = 0,09$$

$$\text{por lo que } n' = \frac{s^2}{\sigma^2} = \frac{0,09}{0,000225} = 400$$

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}} = \frac{400}{1 + \frac{400}{150}} = 109$$

(Ms.C: Celorrio Sánchez Arcenio, 2003)

La muestra será de **109** personas encuestadas, de acuerdo a la ecuación utilizada nos permite tener menor margen de error y una mejor confiabilidad.

5.3 ANALISIS ESTADÍSTICO.

Para el análisis de los datos obtenidos de acuerdo con la varianza de la muestra y poblacional, siendo una muestra probabilística simple, permitió conocer el total de usuarios encuestados su Satisfacción en el Servicio de Ortodoncia Preventiva.

En este estudio se utilizó un paquete de cómputo de Microsoft Excel, aplicando las opciones muestra y estadística descriptiva.

5.4 ANALISIS DESCRIPTIVO.

5.4.1 MUESTRA.

La muestra fue calculada por medio de la fórmula para proporciones del fenómeno en estudio (ver tamaño de muestra página 47), la cual únicamente se aplicó en la población de usuarios, el número total de usuarios fue de 109, dando el 100% de la población.

5.5 EVALUACIÓN GRAFICA PREGUNTA POR PREGUNTA.

De acuerdo con el Modelo de Garantía de Calidad, nos permite conocer los siguientes resultados:

Pregunta 1: ¿Le fue fácil su pase con el ortodoncista?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 1 de la encuesta :

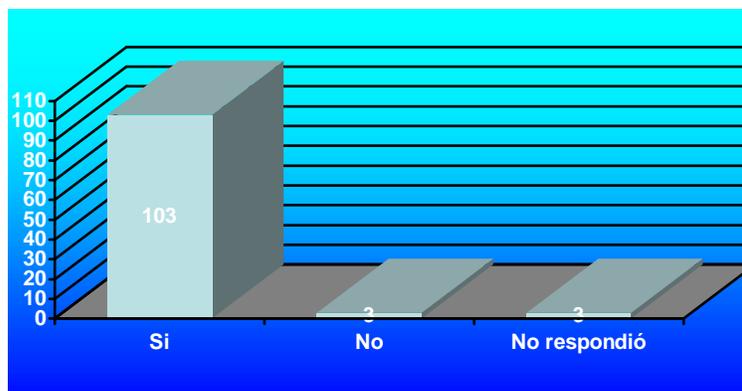


TABLA 1

TOTAL	SI	NO	NO RESPONDIO
109	103	3	3

El resultado del total de la población de 109, respondieron afirmativamente 103.

Pregunta 2: ¿Cuánto tiempo espero para obtener cita en Ortodoncia?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 2 de la encuesta :

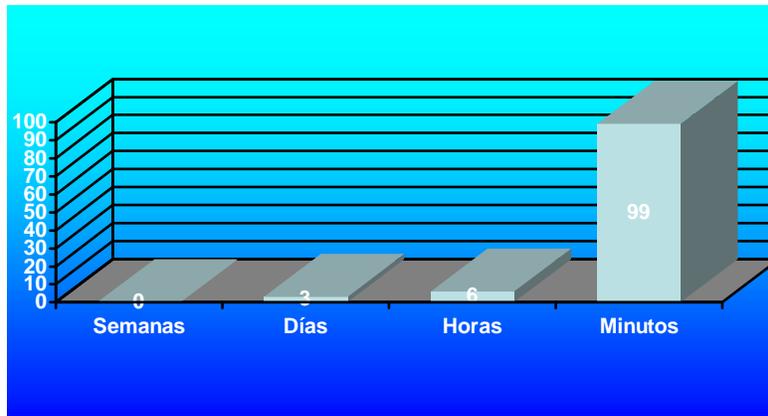


TABLA 2

TOTAL	SEMANA	DIA	HORAS	MINUTOS	NO RESPONDIERON
109	0	3	6	99	1

De acuerdo con la población total de 109, respondieron 99 tiempo de espera en obtener la cita.

Pregunta 3: Este tiempo le parece

Gráfica correspondiente a la pregunta número 3 de la encuesta :

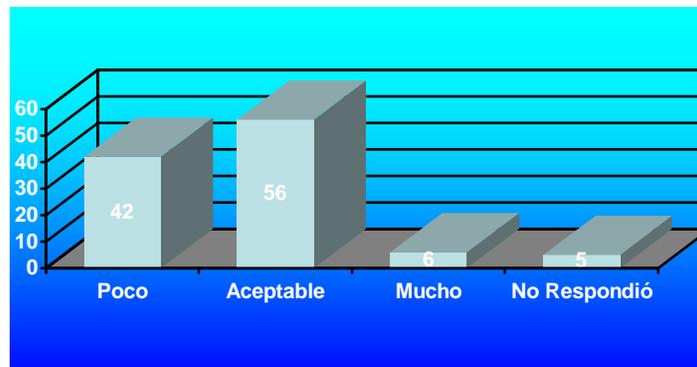


TABLA 3

TOTAL	POCO	ACEPTABLE	MUCHO	NO RESPONDIO
109	42	56	6	5

Del total de la población de 109, a 56 le parece el tiempo aceptable.

Pregunta 4: ¿Cuánto tiempo pasó desde la hora que le otorgaron la cita hasta que atendido?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 4 de la encuesta :

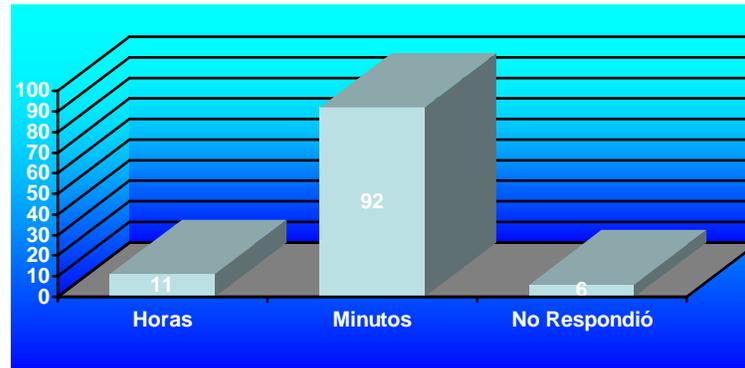


TABLA 4

TOTAL	HORAS	MINUTOS	NO RESPONDIO
109	11	92	6

El total de la población de 109, 92 respondieron que tardo minutos en ser atendidos.

Pregunta 5: Este tiempo le parece

Gráfica correspondiente a la pregunta número 5 de la encuesta :

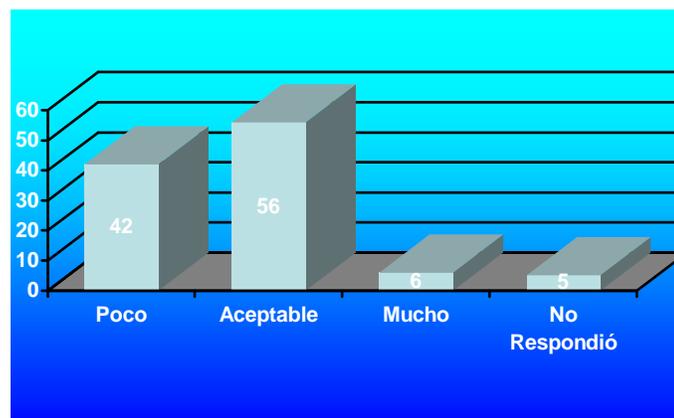


TABLA 5

TOTAL	POCO	ACEPTABLE	MUCHO	NO RESPONDIO
109	42	56	6	5

Con respecto al tiempo que se espero a 56 le parece aceptable del total de la población de 109.

Pregunta 6: ¿Recibió buen trato del personal de archivo?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 6 de la encuesta :

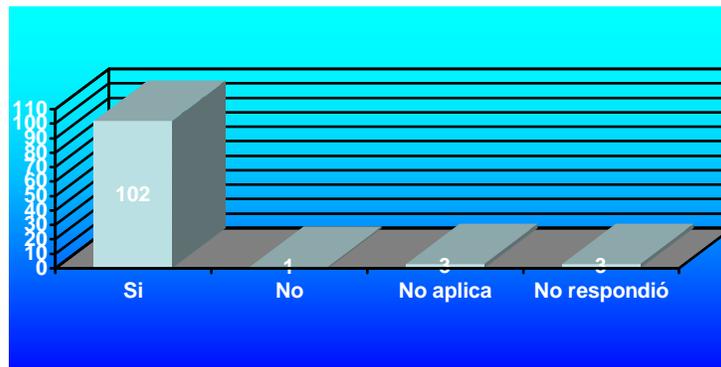


TABLA 6

TOTAL	SI	NO	NO APLICA	NO RESPONDIO
109	102	1	3	3

El trato recibido por el personal de archivo 102 respondió afirmativamente, del total de 109.

Pregunta 7: ¿El Ortodoncista lo interrogó sobre algún padecimiento?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 7 de la encuesta :

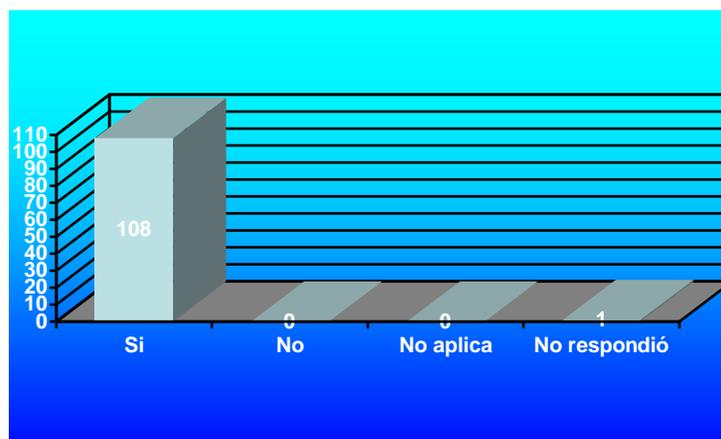


TABLA 7

TOTAL	SI	NO	NO APLICA	NO RESPONDIO
109	108	0	0	1

Del total de la población 109, 108 respondió afirmativamente que le fue interrogado sobre algún padecimiento.

Pregunta 8: ¿El Ortodoncista le examinó su boca antes de atenderlo?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 8 de la encuesta :

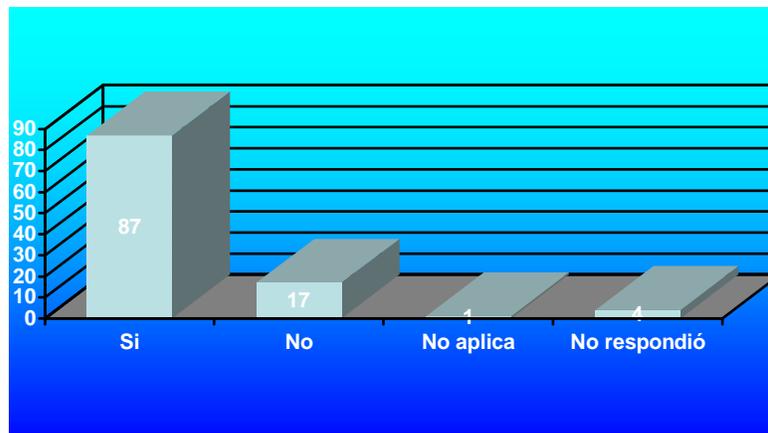


TABLA 8

TOTAL	SI	NO	NO APLICA	NO REPOSNDIO
109	87	17	1	4

De 109 pacientes que se les examinó la cavidad bucal 87 respondieron afirmativamente.

Pregunta 9: ¿El Ortodoncista le explicó lo que tiene?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 9 de la encuesta :

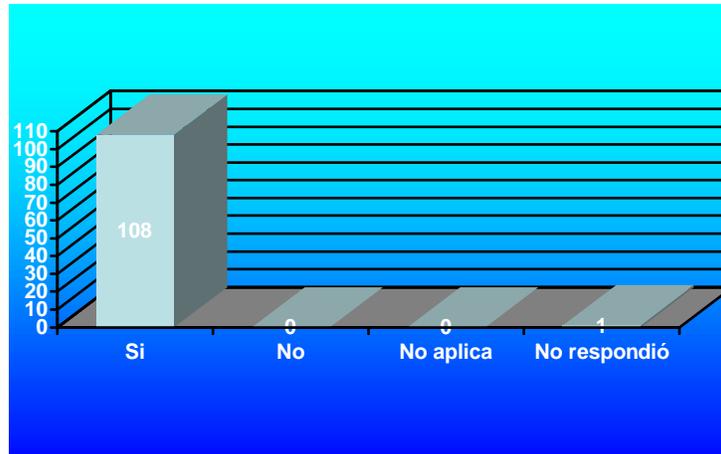


TABLA 9

TOTAL	SI	NO	NO APLICA	NO RESPONDIO
109	108	0	0	1

A 109 de pacientes que se les examino, 108 respondieron afirmativamente se les explico lo que se presentaba en la cavidad bucal de acuerdo con la malposición dentomaxilar.

Pregunta 10: ¿El Ortodoncista le explicó los tratamientos a realizar y sus beneficios, así como límites de estos?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 10 de la encuesta :

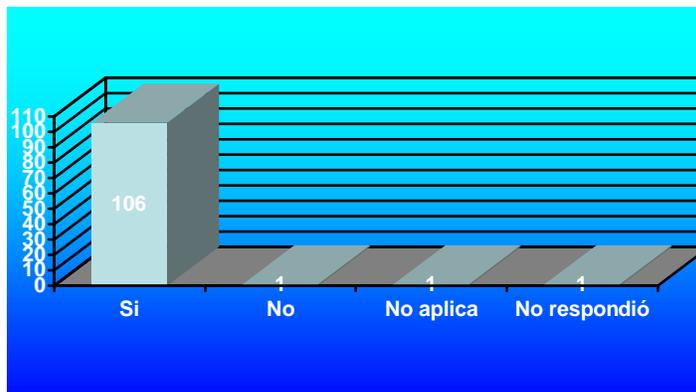


TABLA 10

TOTAL	SI	NO	NO APLICA	NO RESPONDIO
109	106	1	1	1

De la población examinada de 109, 106 respondieron afirmativamente que se explicó el tratamiento a seguir hacia como sus limitantes, y hasta donde se compromete la Institución.

Pregunta 11: ¿El Ortodoncista le mandó a tomar algún estudio?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 11 de la encuesta :

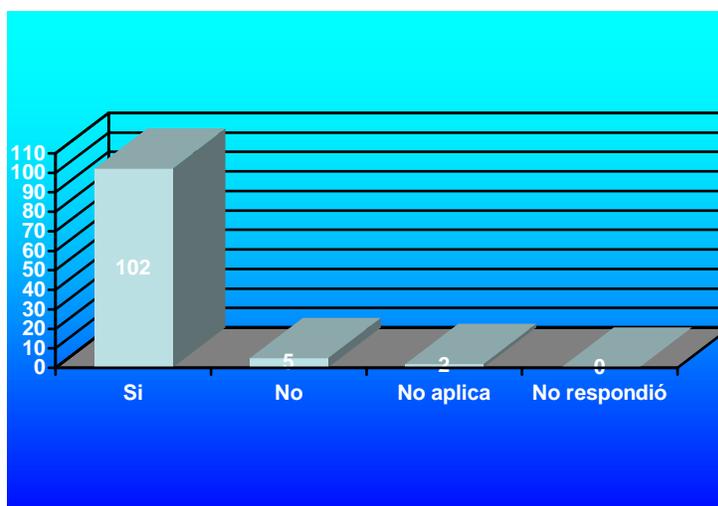


TABLA 11

TOTAL	SI	NO	NO APLICA	NO RESPONDIO
109	102	5	2	0

Con respecto a los estudios mandados a realizar de 109, 102 respondieron afirmativamente.

Pregunta 12: ¿El Ortodoncista se puso guantes para atenderlo?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 12 de la encuesta :

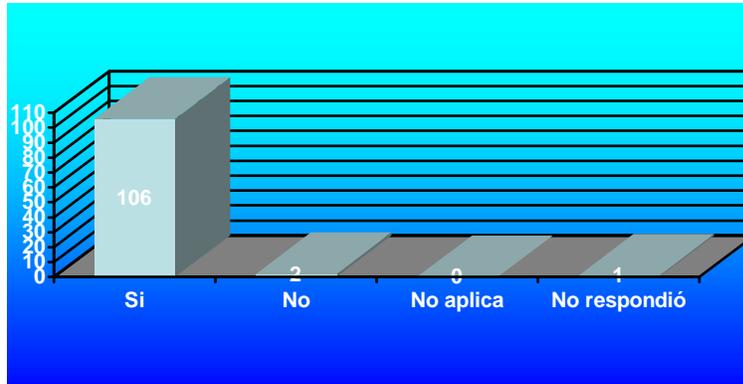


TABLA 12

TOTAL	SI	NO	NO APLICA	NO RESPONDIO
109	106	2	0	1

Con respecto a la colocación de guantes antes de ser examinados de su cavidad bucal de 109, 106 respondieron afirmativamente.

Pregunta 13: ¿El Ortodoncista usó mascarilla y bata?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 13 de la encuesta :

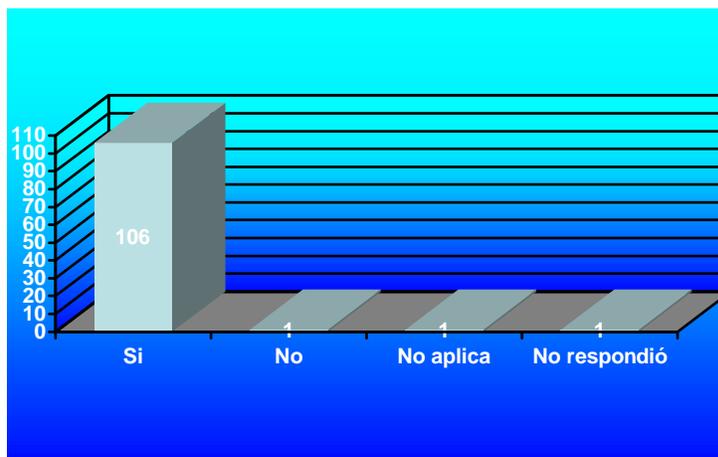


TABLA 13

TOTAL	SI	NO	NO APLICA	NO RESPONDIO
109	106	1	1	1

De acuerdo con lo establecido por la Institución de portar el Uniforme y colocación de cubrebocas del total de la población de 109, 106 respondieron afirmativamente.

Pregunta 14: ¿Entendió las recomendaciones del Ortodoncista?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 14 de la encuesta :

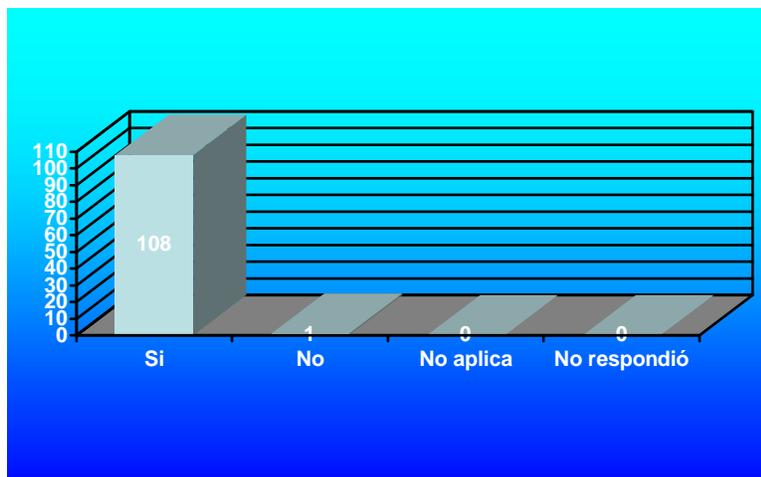


TABLA 14

TOTAL	SI	NO	NO APLICA	NO RESPONDIO
109	108	1	0	0

Dependiendo del tratamiento indicado se daba indicaciones al paciente, las cuales eran explicadas con lenguaje fácil de entender y comprender. Del total de 109, 108 respondieron afirmativamente.

Pregunta 15: ¿Cómo fue el trato del Ortodoncista que lo atendió?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 15 de la encuesta :

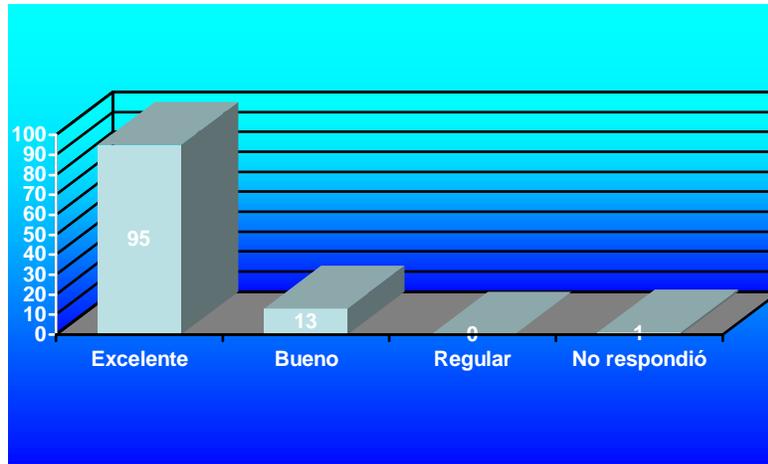


TABLA 15

TOTAL	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	NO RESPONDIÓ
109	95	13	0	1

La población estudiada de 109, opinaron con respecto al trato del Ortodoncista 95 respondió que fue excelente.

Pregunta 16: ¿Tuvo privacidad durante la consulta?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 16 de la encuesta :

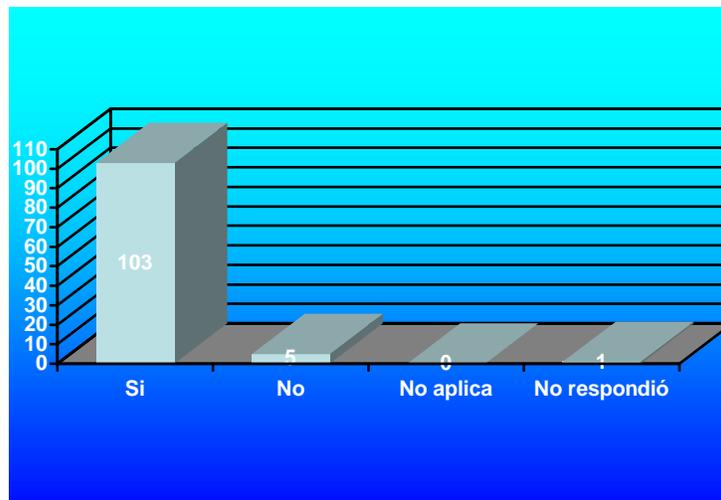


TABLA 16

TOTAL	SI	NO	NO APLICA	NO RESPONDIO
109	103	5	0	1

La privacidad en la consulta otorgada al paciente de la población otorgada a 109, 103 respondió afirmativamente.

Pregunta 17: ¿Considera que el consultorio estaba limpio?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 17 de la encuesta :

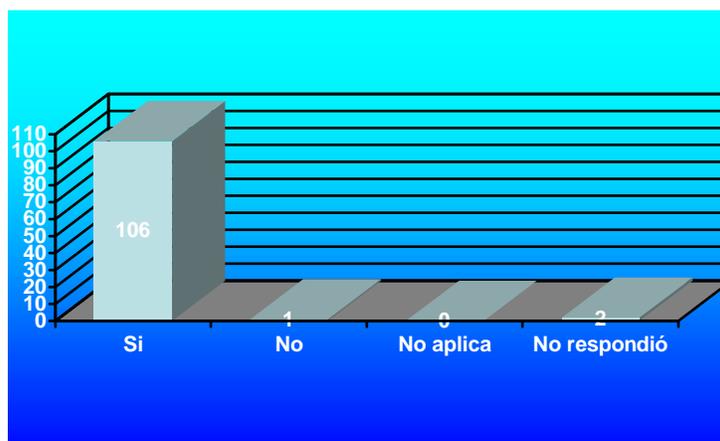


TABLA 17

TOTAL	SI	NO	NO APLICA	NO RESPONDIO
109	106	1	0	2

En cuanto a la limpieza que se encontraba en el consultorio de la población estudiada de 109, 106 respondió afirmativamente.

Pregunta 18: ¿Considera que el sanitario se encontraba limpio?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 18 de la encuesta :

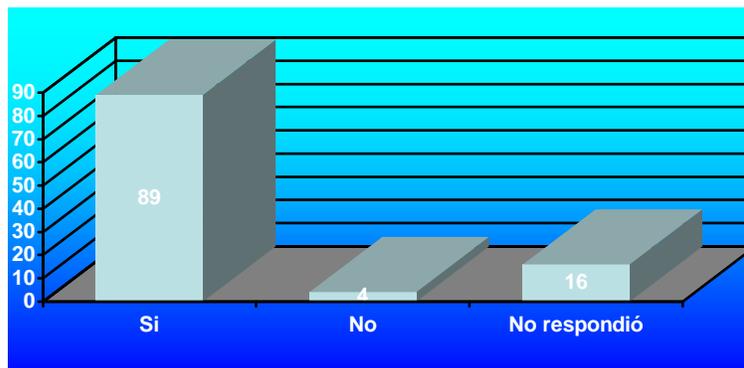


TABLA 18

TOTAL	SI	NO	NO RESPONDIO
109	89	4	16

En cuanto a la limpieza del sanitario del total de la población de 109, 89 respondió afirmativamente.

Pregunta 19: ¿Considera que la sala de espera se encontraba limpia?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 19 de la encuesta :

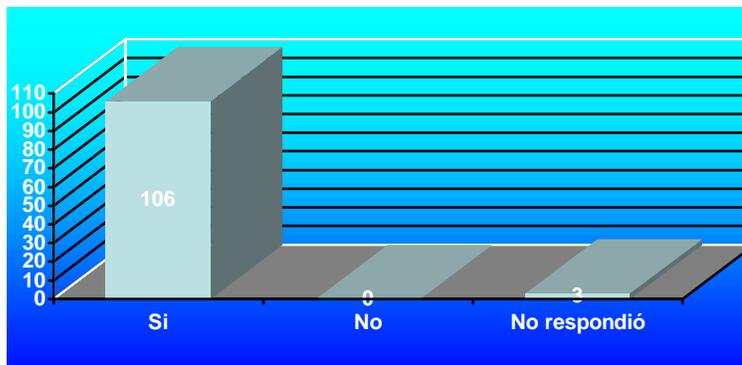


TABLA 19

TOTAL	SI	NO	NO RESPONDIO
109	106	0	3

Se tomo en cuenta la limpieza de sala de espera, del total de la población estudiada de 109, 106 respondió afirmativamente

Pregunta 20: En general: ¿cómo fue la atención que usted recibió?

Gráfica correspondiente a la pregunta número 20 de la encuesta :

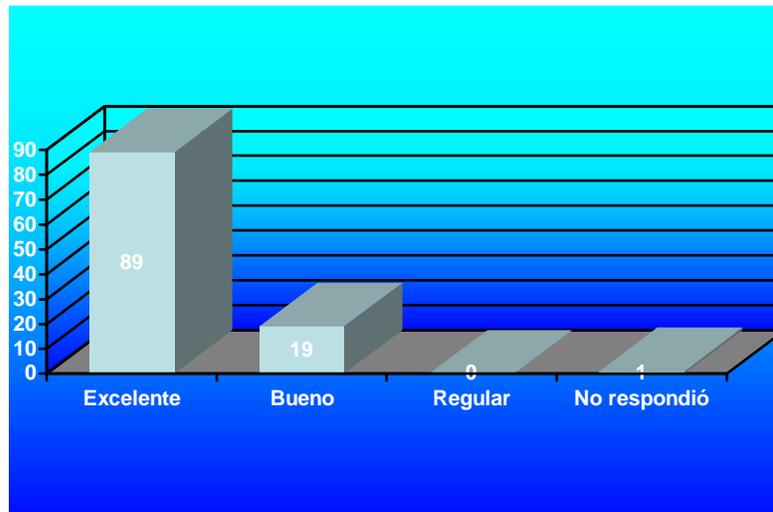


TABLA 20

TOTAL	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	NO RESPONDIO
109	89	19	0	1

Calificando la atención en general que fue recibida del total de 109, 89 respondió que fue excelente.

5.6 EVALUACIÓN GRÁFICA AGRUPADA SEGÚN SU OBJETIVO:

A. PADECIMIENTO:

Gráfica correspondiente al acumulado de respuestas de las preguntas 7, 8, 9, 10, 11, que definen el tipo de padecimiento.

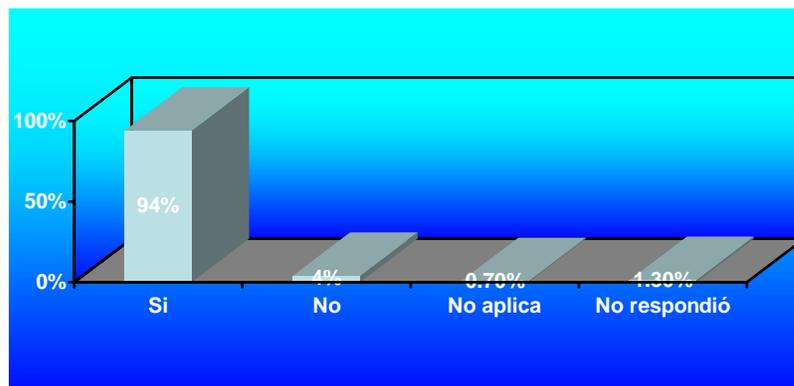


TABLA A

TOTAL	SI	NO	NO APLICA	NO RESPONDIO
109	94%	4%	0.7%	1.3%

En cuanto a los resultados agrupados en el interrogatorio con respecto al padecimiento, se obtuvo como resultado el 94% afirmativo.

B. MEDIDAS DE HIGIENE DEL ESPECIALISTA:

Gráfica correspondiente al acumulado de respuestas de las preguntas 12 y 13, que definen las medidas de higiene del especialista.

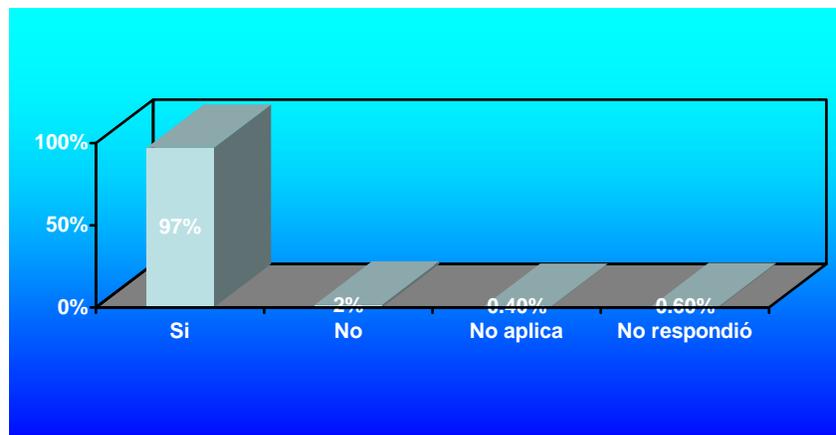


TABLA B

TOTAL	SI	NO	NO APLICA	NO RESPONDIO
109	97%	2%	0.4%	0.6%

Con respecto a las medidas de Higiene del Especialista, se obtuvo como resultado del 97% afirmativo.

C. TRATO DEL PERSONAL (I).

Gráfica correspondiente al acumulado de respuestas de las preguntas 6 y 16 que definen el trato del personal

Pregunta 6: ¿Recibió buen trato del personal de archivo?

Pregunta 16: ¿Tuvo privacidad durante la consulta?

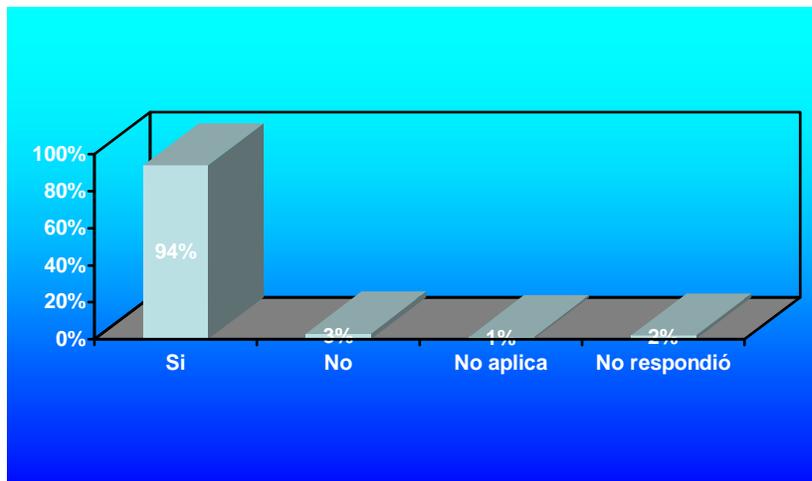


TABLA C -I

TOTAL	SI	NO	NO APLICA	NO RESPONDIO
109	94%	3%	1%	2%

Otro rubro que se calificó fue el trato del personal de la Clínica en Archivo y la privacidad en la consulta el resultado es de 94% de excelente trato.

D. TRATO DEL PERSONAL (II).

Gráfica correspondiente al acumulado de respuestas de las preguntas 15 y 20 que definen el trato del personal

Pregunta 15: ¿Cómo fue el trato del ortodoncista que lo atendió?

Pregunta 20: En general: ¿cómo fue la atención que usted recibió?

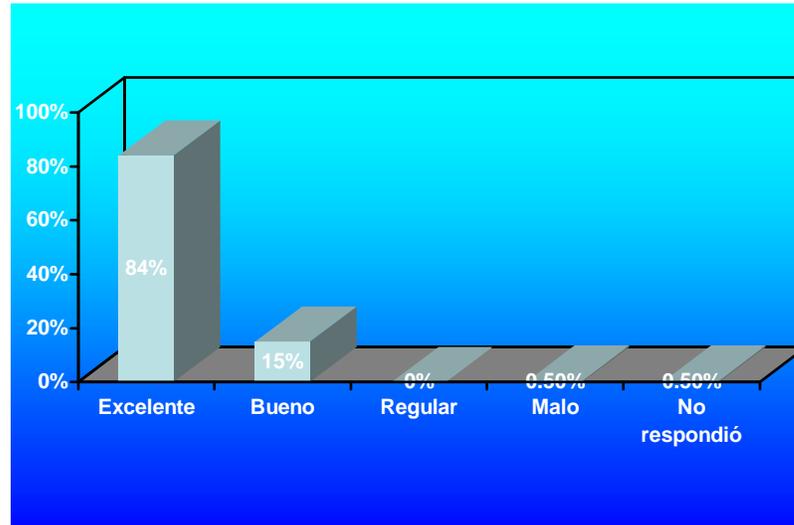


TABLA D -II

TOTAL	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO	NO RESPONDIERON
109	84%	15%	0%	0.5%	0.5%

Con respecto al trato ofrecido por parte del especialista y en general el resultado obtenido fue de 84%.

E. HIGIENE DE LA INSTITUCIÓN.

Gráfica correspondiente al acumulado de respuestas de las preguntas 17, 18 y 19, que definen la higiene de la institución.

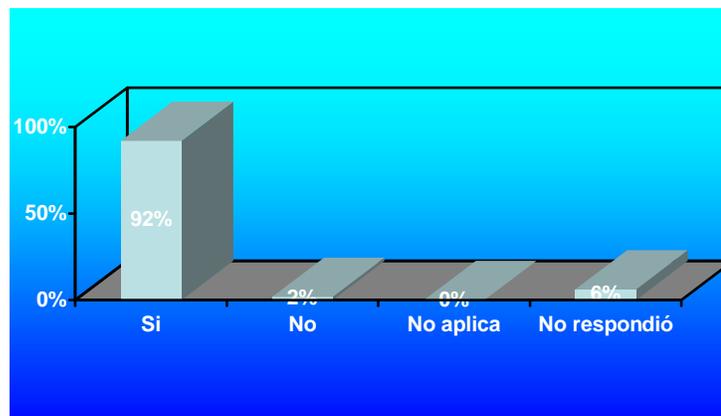


TABLA E

TOTAL	SI	NO	NO APLICA	NO RESPONDIO
109	92%	2%	0%	6%

Por otra parte se califico la Higiene de la Institución dando como satisfactorio el 92%.

F. SUGERENCIAS.

Gráfica que representa las sugerencias del paciente según respuesta de la pregunta 21.

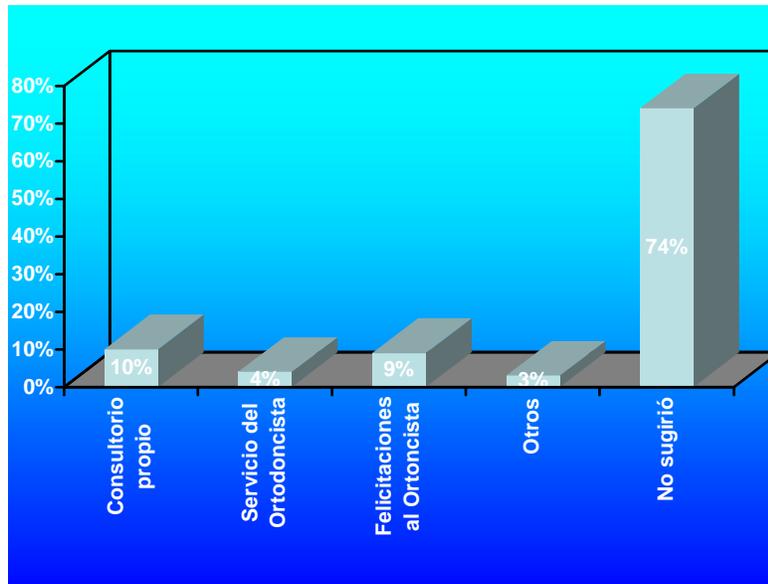


TABLA F

TOTAL	CONSULTORIO PROPIO	SERVICIO DEL ORTODONCISTA	FELICITACIONES AL ORTODONCISTA	OTROS	NO SUGIRIO
109	10%	4%	9%	3%	74%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1 CONCLUSIONES.

1. DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

De acuerdo con la evaluación del modelo propuesto para medir la Satisfacción en el Paciente se encontraron los siguientes datos que son de dos tipos:

A. Inmediatos: Son aquellos resultados obtenidos después de haberse realizado el análisis situacional, permitieron la evaluación de la calidad en la percepción sobre los pacientes que asistieron al Servicio de Ortodoncia Preventiva. De acuerdo a los indicadores más importantes encontramos:

1. Los resultados agrupados en el interrogatorio con respecto al padecimiento, se obtuvo como resultado el 94% afirmativo. Lo que nos refleja que la calidad en la realización de la historia clínica se encuentra dentro de la Norma 168 de Expediente Clínico.
2. En las medidas de Higiene del Especialista en las preguntas agrupadas, se obtuvo como resultado el 97% afirmativo. Lo que permite al paciente tener mayor confianza en este Servicio y seguridad en su atención.
3. Con respecto al trato ofrecido por parte del especialista y en general el personal de la clínica, el resultado obtenido fue del 84% calificándolo como excelente el usuario.
4. La Higiene de la Institución fue calificada por la padres del paciente y el paciente como satisfactorio del 92%. Indicando así que las medidas establecidas en esta Institución permite confiabilidad y seguridad en la permanencia del usuario en ella.

B. Con respecto a los resultados en la Sociedad se considerarían los mediatos o de impacto.

En la encuesta aplicada, se arrojaron las siguientes peticiones por los padres de familia de los pacientes.

1. Se tuviera consultorio propio el 10% respondió. Para una mejor comodidad del paciente.
2. Que se continuara dando el Servicio de Ortodoncia Preventiva el 4% respondió. Ya que la prevalencia existente en Estado de Chiapas de pacientes con labio y paladar hendido es del 50% de la población y de maloclusiones dentales.
3. Y Felicidades al Ortodoncista se obtuvo el 9%.

El presente estudio nos ayudo a monitorear la calidad desde la perspectiva del usuario en el servicio de salud, siendo la persona más indicada para describir como fue tratado, el tiempo de demora en el servicio, el proceso que se siguió para tratar su problema de salud bucal, y finalmente su nivel de satisfacción.

1. DE ORDEN METODOLÓGICO.

El instrumento de medición de satisfacción del usuario es de la mas alta confiabilidad con un error estándar de 0.015 y con una tasa de confiabilidad del 90%.

6.2 RECOMENDACIONES.

De acuerdo al Modelo Utilizado en el Estudio, nos permita continuar con la evaluación de mejora continua en los siguientes aspectos:

- Sería idóneo que el profesional de ortodoncia preventiva construyera sus propios indicadores de evaluación, permitiendo que estos se vean reflejados en la atención recibida al paciente.

- La investigación realizada ofrece a la unidad hospitalaria una guía para implantar un método sistemático, planificado y continuo para monitorear , evaluar y mejorar la calidad en los diferentes Servicios con el fin de incrementar los beneficios para los usuarios a partir de los recursos existentes.
- Realizar este tipo de investigación descriptiva y también correlacionar con diferentes variables para conocer : la satisfacción laboral y antigüedad en el puesto de los trabajadores, la productividad, la movilidad en el puesto, conocer el desempeño.
- Este tipo de estudios de mejora continua permite evaluar a la Unidad Hospitalaria cada 6 meses, dando como resultado una calidad de excelencia en la Unidad Hospitalaria ayudándola a poder obtener su CERTIFICACIÓN ISO 9000.
- Estos estudios se han realizado en India, Ghana, Costa Rica, Panamá y Honduras.

El lugar geográfico donde se aplicó este estudio, presenta graves carencias socioeconómicas, de salud y sobre todo de comunicación hacia el paciente, pues la pobreza se hace presente en este lugar y la población indígena se encuentra desprotegida de este tipo de Servicio, esperando que este estudio sirva en lo futuro para dar una respuesta a las necesidades del usuario en todos los Servicios del Sector Salud en el Estado de Chiapas, ayudando a fomentar la cultura de la Calidad en todos los niveles gerenciales y del personal.

7. BIBLOGRAFIA:

AUTOR	TITULO
Berruecos Villalobos, Luis.	<u>Curso básico sobre adicciones.</u> México, Primera Edición 1994 Cáp.2.
Celirio Sánchez , Arcenio .	<u>Muestreo y tamaño de muestra.</u> www.monografias.com , celorriosanchez@yahoo.es 29-01-03, 2:35 a.m.
Crosby Philip B.	<u>Hablemos de calidad .</u> Mc Graw-Hill Primera Edición 1989.
Diario Oficial de la Federación 21-01-1999	(NOM-013-SSA2-1994).
Domínguez, Rafael.	<u>Curso en Calidad en el Servicio,</u> 1998 Impartido por el Centro de Capacitación del ISSSTE Pág.1-13.
Doyle, Vicki	<u>Modelo de la Garantía de la calidad para Latinoamérica.</u> Guía de Capacitación e Implementación.2001.
Echenique Portillo, Ramón.	Administración de la Calidad de la Atención Médica. Pág. 12-16.Apuntes.
Espinoza Carvajal, Ariel	<u>Análisis de expedientes de queja del área odontológica.</u> Revista CONAMED, Año 4 Vol.6 Num.17 Octubre- Diciembre, 2000.Pág.5-7.
Espinosa y Lara Nora Arcelia.	<u>Técnicas de Aprendizaje .</u> Manual de Trabajo. Escuela Nacional Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Vallejo, Pag. 1-39 Octubre 2001.
Frenk, Julio	<u>Salud de la investigación a la acción.</u> Fondo de Cultura Económica, Primera Edición 1990.

AUTOR	TITULO
Frenk, Julio	<u>La salud de la población hacia una nueva salud pública. La ciencia desde México</u> 133.Fondo de Cultura Económica. México 1993.
Hernández Corona Alejandra.	4° Encuentro Internacional de Enfermería, 1998 . Pág. 1-4.
Hernández Sampieri, Roberto et. al.	<u>Metodología de la Investigación.</u> México Mc Graw - Hill Segunda Edición. 1998.
Ishikawa, Kaoru.	<u>¿Qué es el control total de calidad ¿La modalidad japonesa?</u> México. Grupo Editorial Norma. Décima reimpresión 1994.
J.Peters Thomas.	<u>En busca de la Excelencia.</u> México. Lasser Press1984.
Kenichi, Ohmae.	<u>La mente del estratega.</u> México. Mc Graw - Hill 2000.
Méndez Ramírez, Ignacio.	<u>El protocolo de investigación.</u> México. Trillas quinta reimpresión 1997.
Navarro Boullosa Virginia	<u>Apuntes de Calidad en los Servicios de Salud.</u> 13-01-2002. : mico0004@yahoo.com.mx
Ochoa Setzer María Emilia	<u>San Cristóbal de las Casas en el 477 aniversario de su fundación.</u> 2005.
Pande Peter S.	<u>Las claves de seis sigma.</u> Mc Graw – Hill Primera Edición.2002.
Pastrana González, Sergio.	<u>Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2001-2006,</u> 16 de Junio del 2001.
Periódico Nosotros ISSSTE.	AÑO 4 No41.Pág.3-4,México D,F,2000.
Ruiz Correa Ana Cecilia.	<u>Informe de Servicio Social Clínica Hospital “D” San Cristóbal de las Casas, Chiapas, UNICACH</u> 2003.
Soltero Campos, José.	<u>Programa Estratégico de Calidad en Salud en el trabajo</u> Marzo 1999.

AUTOR	TITULO
Soltero Campos, José.	<u>Curso Pioneros del Control de Calidad 1999.</u> Impartido por el Centro de Estudios de Seguridad Social, Pág.1-2
Terrés , Arturo.	<u>Revista de Medicina del IMSS 1998;</u> 36(3): Pág.245-252.
Valdes, Luigi.	<u>Conocimiento es futuro hacia la sexta generación de los procesos de calidad.</u> México:CONCAMIN.Segunda Edición 1995.

9. ANEXO 1.

Encuesta de Opinión de los Usuarios (Consulta de Ortodoncia Preventiva).

Fecha: _____ Instalación de Salud: _____ Encuesta N° _____

1. ¿Le fue fácil obtener su pase con el ortodoncista? Si No
2. ¿Cuánto tiempo espero para obtener cita en Ortodoncia?
Semanas _____, Días _____, Horas _____, Minutos _____.
3. Este tiempo le parece: Poco Aceptable Mucho
4. ¿Cuánto tiempo pasó desde la hora que le otorgaron la cita hasta que fue atendido? Horas _____ Minutos _____
5. Este tiempo le parece: Poco Aceptable Mucho
6. ¿Recibió buen trato del personal de archivo? Si No NA
7. ¿El Ortodoncista lo interrogó sobre algún padecimiento? Si No NA
8. ¿El Ortodoncista le examinó su boca antes de atenderlo? Si No NA
9. ¿El Ortodoncista le explicó lo que tiene? Si No NA
10. ¿El Ortodoncista le explicó los tratamientos a realizar y sus beneficios, así como límites de estos? Si No NA
11. ¿El Ortodoncista le mando a tomar algún estudio? Si No NA
12. ¿El Ortodoncista se puso guantes para atenderlo? Si No NA
13. ¿El Ortodoncista usó mascarilla y bata? Si No NA
14. ¿Entendió las recomendaciones del Ortodoncista? Si No NA
15. ¿Cómo fue el trato del ortodoncista que lo atendió? Excelente Bueno Regular
16. ¿Tuvo privacidad durante la consulta? Si No NA
17. ¿Considera que el consultorio estaba limpio? Si No NA
18. ¿Considera que el sanitario se encontraba limpio? Si No
19. ¿Considera que la sala de espera se encontraba limpia? Si No
20. En general: ¿cómo fue la atención que usted recibió? Excelente Buena Regular
Mala
21. Desea sugerir algo para el mejoramiento de este servicio, realícelo a la vuelta de la hoja.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!

DEDICATORIAS.



A NUESTRO CREADOR: Por permitirme compartir con todos ustedes este día tan grande y de fiesta en todos sus sentidos sobre todo con salud y el resto vendrá por añadidura. *"El que no está conmigo está en contra mía."* **Jesucristo.**

A MI MADRE ROCIO: Por ser mi gran apoyo y cómplice en mis sueños, ideales y desvelos, compartiendo todo por el todo. *"La salud es la justa medida entre el calor y el frío."* **Aristoteles .**

A MI PADRE RAUL †: Gracias por haber compartido conmigo tus conocimientos, tus aventuras, experiencias y amigos en todos los ámbitos en que te encontrabas, sembraste la semilla en mi la que ahora me encuentro satisfecha de haber culminado. *"Los conceptos y principios fundamentales de la ciencia son invenciones libres del espíritu humano."* **Albert Einstein.**

A MI HIJA ATALIA: Este camino que hemos iniciado juntas y que he compartido contigo, ahora a culminado con esta aportación deseando que sea útil para ti, gracias por tu comprensión, apoyo y sugerencias te amo. *"No duermas para descansar, duerme para soñar. Porque los sueños están para cumplirse".* **Walt Disney.**

A MI TIA LUPITA Y FABIO: Agradezco su apoyo, amor y comprensión para que este día sea estemos en unidad. *" La acción no debe ser una reacción sino una creación."* **Mao Tse Tung.**

A MIS PACIENTES: Agradezco de antemano su tiempo, su confianza y respeto por continuar con este estudio, deseando que este sea para beneficio de ustedes. *"El hombre que hace que todo lo que lleve a la felicidad dependa de él mismo, ya no de los demás, ha adoptado el mejor plan para vivir feliz."* **Platón.**

AGRADECIMIENTOS.

M. en C. Rocío Llarena de Thierry. Gracias por brindarme su amistad, tiempo, consejos, ya que la distancia nunca fue obstáculo para tener su orientación para lograr este paso en mi vida personal y profesional. *La calidad no cambia en el fondo, solo adapta sus formas.*

E. en N. Jorge Ruiz Esparza García. Estimado Dr., con admiración y respecto, gracias por permitirme contar con su apoyo y amistad, y desde el primer día que me entrevistó para poder ingresar a la Maestría he tenido sus consejos y me ha tendido su mano con confianza. *La calidad es incluyente, no excluyente.*

M. en C. Patricia Bolaños Rivera. Mil gracias por tu sinceridad, confianza, orientación, amistad. En los momentos decisivos de mi vida. *Dios esta en los detalles. Albert Eistein.*

Dr. Ramón Echenique Portillo. Con respeto y cariño, gracias por haberme brindado su amistad, consejos. *“Un libro hermoso es una victoria ganada en todos los campos de batalla del pensamiento humano.” Honoré de Balzac.*

Dr. Ricardo Varela Juárez. Gracias por su amistad y confianza. *Calidad más que cantidad es lo que cuenta .Séneca.*

MASS Carlos Real Venegas. Gracias por compartir tus experiencias, conocimientos en el aula que siempre los llevare en la mente. *La calidad no es una meta, es una forma de trabajar.*

MAI Héctor Hortón Muñoz. Recuerdo sus claras explicaciones y tan amenas clases, simplemente gracias. *La calidad paga y paga muy bien.*

Mtro. Héctor Manuel Leal. Agradezco su disposición, su orientación y tiempo. *“Todos los medios son buenos cuando son eficaces.” Jean Paul Sartre.*

Dr. Zil Rojas. ICAS – Costa Rica. Gracias por su amistad, confianza en este proyecto y facilitarme la información oportuna para el desarrollo de este. *“Un libro hermoso es una victoria ganada en todos los campos de batalla del pensamiento humano.” Honoré de Balzac.*

A mis amigos del Colegio de Cirujanos Dentistas, Academia Mexicana de Ortodoncia, Consejo Nacional de Ortodoncia ,A.C. Por su apoyo, confianza, consejos y sinceridad. *“Las venturas más dulces para el alma son las que nos llegan sin esperarlas.” Edmon Thiadiere.*

A mis grandes amigos de la Sociedad Mexicana de Administradores en Instituciones de Salud. Por su amistad, confianza y sinceridad. *"Todos quieren tener amigos y nadie quiere serlo." Denis Diderot.*

Lic. Jacqueline Alvarado Pacheco y Lic. Edgar Trejo Pérez de CNIC de San Cristóbal de las Casas, Chiapas . Por su apoyo incondicional para la elaboración informática de las encuestas. *"Todos los días Dios nos da un momento en que es posible cambiar todo lo que nos hace infelices. El instante mágico es el momento en que un sí o un no pueden cambiar toda nuestra existencia." Paolo Coelho.*

Sra. Elenita Paniagua Vda. De Martínez, Lic. Margarita Martínez Paniagua y al Lic. Delfino Jiménez Vera. Por estar siempre atentos en los momentos más difíciles al llegar a San Cristóbal de las Casas, Chiapas. *"Siembra sólo semillas de optimismo y amor y recogerás mañana los frutos maduros de la alegría y el amor". C. Torres Pastorino.*

Mtra. Mercedes García González. Por tu apoyo incondicional y disposición en ayudarme para poder llegar a esta meta. *"Cada nuevo amigo que ganamos en la carrera de la vida nos perfecciona y enriquece más aún por lo que de nosotros mismos nos descubre, que por lo que de él mismo nos da." Miguel de Unamuno.*

Sr. Carlos Robles Frutos y Familia. Por estar al pendiente en mis tramites, para poder llegar a esta meta. *"Cuando el capital y la tecnología son accesibles a todos por igual, lo que marca la diferencia es la calidad del capital humano." Tom Peters.*

Dra. Elsa Carolina Rojas Ortiz, Dr. Roberto Baños Tapia., Dr. Luis Felipe Montaña Estrada. Gracias por su amistad, orientaciones y confianza. *"Todas las batallas en la vida sirven para enseñarnos algo, inclusive aquellas que perdemos." Paulo Coelho.*

C. Luis Miguel Victoria Ranfla, Enf. Hilda Cruz Tornez, Dra. Norma Liliana Rodríguez Argüelles. Por haber apoyado este nuevo proyecto y brindarme su amistad. *"Las ideas mueven al mundo, pero no antes de transformarse en sentimientos." Gustavo Le Bon.*

Lic. Rodolfo Hernández Tadeo. Gracias por su amistad y gran apoyo cuando mas lo necesitaba. *"El buen humor resuelve dificultades y prolonga la vida." Mario Sarmiento.*