

Universidad de Valparaíso
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología
Cátedra de Odontología Social



“Factores Asociados A La Afluencia De Público En La Consulta Dental Privada”

Seminario de Tesis
Requisito para optar al
Titulo de Cirujano Dentista

Alumno: Felipe Robles Sepúlveda.

Docente Guía: Dr. Alfredo Cueto Urbina.

Valparaíso 2005

*A mi madre por su amor incondicional,
A mi padre que sin sus consejos y apoyo,
la meta no hubiera sido alcanzada.
A la Michi que posee mi eterna admiración,
A la Aline por ser un ejemplo a seguir,
A la Segunda Compañía de Bomberos,
en especial Rodrigo y Boris por ser
mi familia en Viña del Mar.....*

*Al doctor Cueto por creer en el proyecto y su incansable ayuda.....
Al negro, barny, gato juanito, jeje, cris master.... porque su ayuda fue clave.....
Y a todos los que de una y otra manera ayudaron para que esta tesis llegara a buen puerto.*

Muchas Gracias a todos.....

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN-----	1
ANTECEDENTES GENERALES-----	2
COMPORTAMIENTO DE LA DEMANDA-----	4
CARACTERÍSTICAS DE UNA EMPRESA DE SERVICIO-----	7
I.- DEFINICIÓN DE LOS TIPOS DE EMPRESAS DE SERVICIOS EXISTENTES.-----	7
II.- CARACTERÍSTICAS DE UNA EMPRESA DE SERVICIO DEL ÁREA DE SALUD ORAL-----	7
III.- CONTROL DE LA AFLUENCIA DE PACIENTES EN UNA CONSULTA DENTAL.-----	8
IV.- ¿CÓMO ES EL PRODUCTO DE UNA EMPRESA DE SERVICIO EN SALUD?-----	10
EL VALOR DEL PRODUCTO DE SERVICIO-----	12
CALIDAD DE SERVICIO UN VALOR AGREGADO-----	14
I.-CALIDAD DE SERVICIO EN EL ÁREA DE LA SALUD PÚBLICA.-----	16
II.- IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL ODONTÓLOGO Y EL PACIENTE.-----	17
III.- ESTUDIOS SOBRE LA SATISFACCIÓN EN LA SALUD ORAL-----	18
RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE SERVICIO EN EL ÁREA DE LA SALUD ODONTOLÓGICA PRIVADA Y LA AFLUENCIA DE PACIENTES.-----	20
¿COMO ENTREGAR UN PRESUPUESTO DENTAL DE ALTA CALIDAD QUE SE SEA PERCIBIDO POR EL PACIENTE CON GRAN SATISFACCIÓN?-----	20
OBJETIVOS-----	23
OBJETIVOS GENERALES:-----	23
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:-----	23
HIPÓTESIS-----	24
MATERIAL Y MÉTODO-----	25
VARIABLES ORDENADAS SEGÚN OBJETIVOS EN ESTUDIO:-----	26
MÉTODO:-----	30
ÍNDICE DE OCUPACIÓN:-----	31
RESULTADOS-----	36
DISCUSIÓN-----	46
CONCLUSIÓN-----	50
SUGERENCIA-----	50
RESUMEN:-----	51
BIBLIOGRAFÍAS:-----	52
ANEXOS-----	55
ANEXO 1: ENCUESTA TELEFÓNICA-----	55
ANEXO 2: OBSERVACIÓN DIRECTA DEL INMUEBLE-----	57
ANEXO 3: SERVQUAL-----	60
ANEXO 4: PRESUPUESTO DE PIEZA 3.6-----	64
ANEXO 5: COMPARACIÓN CON EL H.U.A.S. (HOSPITAL DE URGENCIA, ASISTENCIA PÚBLICA)-----	65
ANEXO 6: TABLA DE CORRELACIONES-----	67

Introducción

Frente a la proliferación de clínicas privadas cabe hacer la pregunta: ¿Es suficientemente amplio el mercado para dar espacio a cada nuevo odontólogo?, es decir: ¿Existirá una demanda suficiente para los profesionales que trabajan en forma privada?

Por tal motivo la afluencia de pacientes hacia una determinada clínica es un factor crítico para cualquier profesional tanto para el odontólogo general como para el especialista.

Un estudio hecho en España entre los años 1987 a 1997, determinó que, frente al aumento de la población en un 2.5% y el aumento en el número de dentista de un 136.1% (de 6,373 a 15,044) el número de visitas a la clínica de atención dental privada disminuyó en un 42% (de 5,610 en los años 1987 a 3,251 el año 1997) dejando como conclusión que las visitas dentales en el área privada está disminuyendo significativamente (Bravo , 2002)

Estos resultados nos dan cuenta de la preocupación que debe tener el sector, por la posible disminución de la demanda de pacientes que pueda tener los profesionales odontológicos de nuestro país. Una forma indirecta de medir la demanda es a través de la afluencia de pacientes y por ello estudiaremos esta variable como factor crítico.

Creemos que la afluencia de público siendo una variable proxy es la precisa para estudiar la demanda, pues se asume que las necesidades de los pacientes son mejor satisfechas por aquellas clínicas con alta afluencia de público, es entonces, en este escenario que, hacemos la pregunta que intenta responder nuestro estudio: ¿Qué privilegia en definitiva el paciente: el precio, la satisfacción del servicio entregado, la infraestructura del inmueble u otro factor para concurrir a una u otra clínica dental privada?

El objetivo del presente trabajo es caracterizar el servicio entregado por las clínicas odontológicas con alta afluencia de pacientes, distinguiéndolas de aquellas que poseen baja afluencia. Para esto se clasificó la oferta existente en el mercado odontológico, en las ciudades de Viña del Mar, Valparaíso, Quilpué y Villa Alemana, tomando como base aquellos profesionales que están publicados en las Páginas Amarillas edición 2005.

El sujeto en estudio es aquel odontólogo que efectivamente vive económicamente de la atención dental que realiza en su consulta privada.

La clasificación tiene por objeto separar aquellas clínicas que poseen alta afluencia de pacientes de aquéllas que poseen baja afluencia de pacientes, con el propósito de encontrar si existe diferencia entre ellas: en precios, infraestructura y/o satisfacción del cliente. Y así encontrar los factores asociados a la afluencia de público a la consulta privada.

Antecedentes Generales

Hasta principios de los 90, existían sólo tres escuelas de odontología en Chile. Al 2005, se multiplicó en siete veces dicha cantidad, llegando a 21 escuelas, de las cuales 14 emergieron en los últimos cuatro años.

Según cifras del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, cerca de 10 mil profesionales a la fecha ejercen en el país y este año egresarán entre 500 y 600 nuevos odontólogos de las Universidades Chilenas, cifra que se duplicará el 2006 (Colegio de Cirujanos Dentistas , 2005).

En el aumento indefinido del número de odontólogos, no se ha considerado la tendencia en la disminución de la prevalencia de caries determinada por los planes de prevención, avances en cariología, la fluoración de las aguas, etc., lo que hace pensar en una disminución de las necesidades futuras del Cirujano Dentistas. Este hecho ya se ha dado en los países desarrollados (Bratthall y cols. , 1996; Beltran-Aguilar y cols. ,1999), donde como consecuencia del éxito de los programas preventivos de estos últimos 30 años, ha provocado un descenso progresivo de las caries dentales, nuestra principal enfermedad, permitiendo disminuir notoriamente la necesidad de atención restauradora (Brown y cols. , 2002; Brathall y cols. , 1996).

La falta de regulación en la formación de nuevos profesionales, asociado a las dimensiones demográficas, epidemiológicas, económicas y éticas de los problemas de salud en el país, hacen que de continuar la situación actual y, en consideración a lo ya sucedido en otros países con realidades similares, augurar un futuro con problemas laborales en la profesión (Brathall y cols. , 1996).

La situación actual de la salud oral en Chile, referente a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud entregada por el Ministerio del ramo en el año 2004, determinó que la prevalencia de dentadura completa desciende de 44% a 8%, dependiendo si el nivel educacional es alto o bajo; que el 66% de la población tiene caries y que el 25% usa prótesis. Sólo el 28% de los chilenos tiene su dentadura completa (14 piezas o más) y uno de cada veinte adultos carece de todos sus dientes (Colegio de Cirujanos Dentistas , 2005).

Por otro lado, la solución determinada por el Estado para la salud oral de la población a través del Plan Auge, sólo cubre hasta los 6 años de edad. La idea es que para el año 2007 se extienda hasta los 12 años; esta escasez estatal abandona a su suerte a los usuarios del sistema público y privado de salud que tienen entre 12 y 65 años, pues recién cuando las personas ingresan a la tercera edad, nuevamente les brinda facilidades de atención (Minsal. , 2005).

Los pacientes pertenecientes a este rango de edad (12 a 65 años) poseen en promedio 2,5 caries (Minsal , 2005). Si pretenden ingresar al área privada, deberán pagar al menos por una amalgama 1.31 UF y en el caso de una resina 1.65 UF. Considerando que gran parte de la población no posee los recursos necesarios (Tilleria y Toledo , 2001) es de esperar que el flujo de pacientes disminuya en tales condiciones.

Por todo lo anteriormente señalado sería importante conocer la afluencia de nuevos pacientes en el área privada. Sin embargo dicha pregunta posee una difícil respuesta, si se toma en consideración que no conocemos con exactitud el total de profesionales que trabajan, ni la cantidad de horas destinadas para la atención.

En el área pública se sabe que el 5% de las atenciones efectuadas por el Plan AUGE a afiliados de Fonasa, son requerimientos (desde que comenzó el viernes 1 de julio hasta las 21:00 horas del miércoles 8), de la salud oral; ubicándose en el cuarto lugar de las demandas. De este requerimiento los 25,756 afiliados del Fondo Nacional de Salud atendidos bajo el plan, 1,190 casos (pacientes nuevos) corresponden a la atención dental en niños de 6 años, que es el único aspecto oral incluido (Minsal. , 2005).

El requerimiento de atención dental en el sector público queda de manifiesto por un estudio hecho en el Hospital de Urgencias Asistencia Pública “Dr. Alejandro del Río”. Entre los días 24 y 27 de julio del 2002, se concluyó que del total de 30 pacientes que acudieron a la unidad de atención de urgencia dental del establecimiento, el 50% no había venido durante ese año al hospital (Maurerira , 2002).

Esto demuestra el alto requerimiento de la población de la atención dental pública, desconociéndose la realidad en las clínicas de atención odontológica privada y dejándonos con la incógnita de si en el sector privado está aumentando o disminuyendo la afluencia de pacientes, factor determinante para proyectar a futuro la rentabilidad del sector con la proyección de los nuevos profesionales que en el mañana cercano ejercerán.

Comportamiento de la Demanda

Los precios, al ser un regulador básico de la economía, influyen la determinación de lo que se producirá (oferta) y quienes serán los receptores de los bienes y servicios producidos (demanda) (Takacs , 2002).

Si el precio es alto, la venta del servicio es más atractiva para el productor, sí el servicio a su vez es llamativo para el consumidor se elevaría la producción realizándose, por ejemplo más tratamientos dentales, se invertiría en nuevos equipos odontológicos y se contrataría más trabajadores tales como: asistentes dentales, secretarias, etc.(Mankiw , 2002.).

En cambio, cuando el precio es bajo, el negocio es menos atractivo para el productor, por ello bajaría su rentabilidad disminuyendo su intención de mantener su actual producción. Si el precio es aún más bajo, es posible que se abandone totalmente el negocio, por lo que su cantidad ofrecida descenderá acercándose a cero (Mankiw , 2002)

De acuerdo con la Teoría de la Demanda del Consumidor (Mankiw , 2002)., la cantidad demandada de un servicio depende de:

1. El precio que se le asigne,
2. Del ingreso de los consumidores (renta),
3. Del precio de los servicios sustitutos o complementarios y,
4. De las preferencias del consumidor.

En cualquier empresa de servicio, aún en el área de la salud, es de vital importancia, la definición adecuada de la naturaleza de la demanda del bien que se producirá, así como, de las variables que la modifican y de la magnitud de la reacción ante cambios en ciertos parámetros que se consideran apropiados (Mankiw , 2002).

Al contrario de lo que se podría pensar, estudios en países Latinoamericanos como el Perú, mostraron que, el problema odontológico no ocupa habitualmente el primer lugar en la lista de necesidades básicas, salvo en aquellas circunstancias en las que una odontalgia aguda nos hace concurrir al consultorio de un odontólogo. Prueba de esto es que, solamente destinaron el 3.1 % del total de sus gastos en Salud, a la salud oral (Sapag y Sapag , 2003).

La elasticidad-precio¹ de la demanda (E_p) mide el grado en el que la cantidad demandada responde a las variaciones del precio de mercado y se expresa como el

¹ En toda empresa de servicio, es de vital importancia conocer la magnitud de la reacción de la cantidad demandada ante un cambio en el precio, esto se conoce como la *elasticidad de la demanda* o elasticidad- precio.

cuociente entre la variación porcentual de la cantidad demandada del bien producida por una variación de su precio en un 1 por 100, manteniéndose constantes todos los demás factores que afectan a la cantidad demandada (Pilar , 1994).

El principal determinante de la elasticidad-precio de un producto es la cantidad y calidad de los sustitutos que tenga. Concretamente, la demanda será más elástica (más sensible al precio) a medida que el producto que vende la empresa tenga más y mejores sustitutos (Pilar , 1994).

En cambio, la demanda es perfectamente inelástica, es decir, su elasticidad es cero, cuando la demanda no muestra absolutamente ninguna respuesta de la cantidad demandada, a las variaciones del precio (Ferro , 2005).

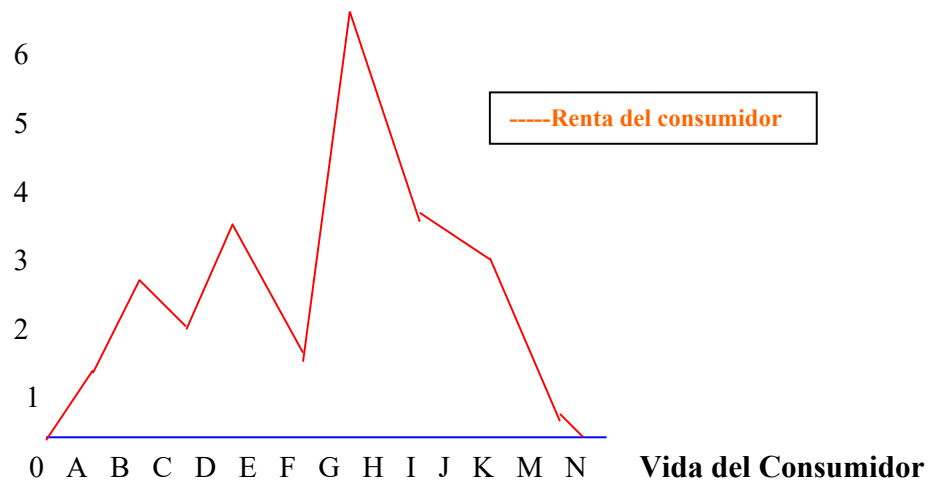
Estimar que la salud oral en el área privada se comporta como una demanda de este tipo (inelástica), comprometería gravemente nuestra rentabilidad, debido a que el paciente no invierte en su salud oral, postergando su atención precoz en el área privada hasta que definitivamente, decide perder la pieza dentaria en el área pública, agravando con esto su condición oral. Un estudio sobre el desempeño del sector privado de la salud en México, determinó que durante los años 1996 al 1999 bajó en un 20% el número de consultas odontológicas del sector privado, preferentemente orientado a la rehabilitación. Por otra parte, el volumen de servicios otorgados por urgencias del sector público aumentó en un 30%, considerado como una atención odontológica no rehabilitadora (Zurita y Ramírez , 2001).

Esto demuestra que la demanda por servicios de atención dental, responde a un comportamiento desigual según las condiciones que existan en el mercado, combinado con las prioridades de las necesidades del paciente.

Cada consumidor compra innumerables bienes diferentes durante su vida. Una correcta especificación de una demanda, indicaría la cantidad demandada de un bien como una fluctuación de precios de los bienes consumidos y de la renta del consumidor *gráfico A* (Pilar , 1994). Esta demanda cambia desigualmente a lo largo de la edad del consumidor, según sus necesidades y bienes que tenga.

Gráfico A

Precio de los bienes



Como se ve en el gráfico, durante la vida del consumidor la renta de éste va variando y con ello la demanda de los bienes. Siendo ésta mayor en H e I donde el ingreso del consumidor es mayor, lo que le permite acceder a mayores precios de los bienes, en cambio en M y A la renta es menor, lo que le disminuye el acceso a consumir bienes de altos precio.

Según la encuesta ACNielsen, hecha a los consumidores de los países latino americanos, el cliente Chileno al realizar compras en una empresa de servicios, es el que más pondera en su decisión de compra, factores como: promoción, servicio y calidad de los productos y es el que menos peso le da al factor precio (Ferro , 2005).

Consecuente con lo anterior, en el ámbito del mercado odontológico el comportamiento del paciente es no comparar los precios de los tratamientos necesarios para su rehabilitación oral (Sapag y Sapag , 2003).

Por todo lo anteriormente señalado, es concluyente singularizar que, identificar los factores asociados a la afluencia de público en la consulta dental privada, nos permitirá enfrentar en forma más eficaz las fluctuaciones propias del libre mercado.

Características de una Empresa de Servicio

I.- Definición de los tipos de empresas de servicios existentes.

Distintos niveles de participación del cliente en la producción es la característica distintiva de los servicios. Para clasificar los servicios debemos hacernos dos preguntas fundamentales:

¿A quien está dirigida la actividad? y ¿Es esta actividad tangible, o intangible? Estas dos preguntas dan como resultado un esquema de clasificación en cuatro direcciones que implican (Loverlock , 1997):

1. Acciones tangibles para los cuerpos de las personas, como por ejemplo la transportación en una aerolínea, corte de cabello o una cirugía bucal (*procesamiento de personas*). Los clientes necesitan estar presentes físicamente durante la entrega del servicio, con el fin de recibir los beneficios deseados de dicho servicio.
2. Acciones tangibles para los bienes y otra posesión física, como carga aérea, podado de césped y servicios de consejería (*procesamiento de posesiones*). En estos casos el objeto que requiere el procesamiento debe estar presente, pero no es necesario que el cliente esté presente. Por ejemplo, el mandar a reparar una prótesis removible o confeccionar una prótesis fija por el laboratorio dental.
3. Acciones intangibles dirigidas a las mentes de las personas, como por ejemplo, difusión por radio y televisión y educación (*procesamiento del estímulo mental*). En este caso, los clientes están mentalmente presentes, pero pueden estar en una instalación de servicio específica o en una ubicación remota, conectada por señales de difusión o sistemas de telecomunicaciones. Por ejemplo el recordar una cita de atención dental a un paciente.
4. Acciones intangibles dirigidas a activos, entre los que se encuentra, seguros, bancas de inversión y consultorías (*procesamiento de la información*). Para estos servicios, la participación directa del cliente puede no ser necesaria (por lo menos en teoría) una vez que se ha iniciado la solicitud del servicio. Ejemplos cita de control, envío de mail mensual con información de salud oral.

II.- Características de una empresa de servicio del área de salud oral

En el caso del área de la salud oral los clientes deben asistir físicamente durante la entrega del servicio (procesamientos de personas).

La forma cómo y dónde se proporciona el servicio dental es la base de la estrategia que diferencia una empresa de servicio de salud oral de otra. Por ende, las experiencias de los pacientes/clientes, están determinadas no sólo por el tratamiento en si, sino que además, por el personal de servicio con funciones secundarias tales como secretaria, asistente dental, higienistas, etc.

La conveniencia de la ubicación y los horarios operacionales de la fábrica de servicio, como lo es una consulta dental privada (Zeithaml y cols. , 1993), asumen una importancia mayor, cuando un cliente/paciente debe estar físicamente presente – ya sea durante todo el tiempo del proceso, por ejemplo en un tratamiento endodóntico, o sólo para iniciar y terminar la transacción. (Ejemplo: prótesis removible inmediata).

También es importante destacar que la evidencia bibliográfica revisada, señala que la satisfacción del paciente por el cuidado dental por parte del odontólogo se puede influenciar por otros factores tales como resultado de los tratamientos anteriores, características demográficas y estado de salud oral del paciente (Cobra , 2000).

Mientras mayor sea el grado de participación física de los clientes en el proceso del servicio, más probabilidad hay de que el personal, el equipo y las instalaciones constituyan una parte de la experiencia. Al tener que decidir por algún odontólogo, los clientes pueden basar su criterio de elección tanto en la evaluación de estos elementos como en la evaluación del precio.

III.- Control de la afluencia de pacientes en una consulta dental.

Dan Thomas ha sugerido que es posible obtener enfoques administrativos útiles, al dividir los servicios en aquellos que se basan primariamente en el equipo (laboratorio dental) y aquellos cuya base primordial son las personas (consulta dental privada) (Zeithaml y cols. , 1993). En otras palabras, cuando el enfoque se atribuye al equipo, el énfasis en la satisfacción del cliente, se pondrá en los atributos físicos, por ejemplo, disponer de un moderno horno cerámico, y no en los atributos de las personas, por ejemplo, no es necesario una bonita sala de espera *tabla I*.

Pero en cambio, en una clínica dental el énfasis debe estar tanto en atributos físicos: sillón dental de alta tecnología, como también en atributos dirigidos a las personas: una buena recepcionista, acogedora sala de espera, baño para pacientes, etc.

El control de la demanda es un reto importante para las empresas de servicios de procesamiento de personas, cuando las oportunidades de controlar el nivel de afluencia de público, está condicionada por la capacidad física del inmueble. En el caso de la clínica dental privada, está determinada por el número de sillones dentales que exista o la cantidad de lámparas de fotocurado que posea. (Zeithaml y cols. , 1993).

La determinación de cuál es la estrategia apropiada, requiere una comprensión de quién o cuál es el objetivo del servicio. Como nuestro servicio se proporciona a las personas, hay límites en cuanto al tiempo, que debe estar el paciente en la sala de espera, por consiguiente, las estrategias diseñadas para hacer un inventario de la demanda, deben enfocarse en la adopción de sistemas de reservaciones (Zeithaml y cols. , 1993).

El Tabla I Señala: el grado hasta el cual las personas son parte de la experiencia de servicio

Tabla I

Grado hasta cual las personas son parte de la experiencia de servicio



Utilizando este esquema, una estación de radio que sólo difunde música (con un mínimo de comentario) se categorizaría con un nivel “bajo” tanto en atributos de las personas como físicos, mientras que una consulta dental se podría categorizar como “alto/alto”. Una empresa de consultoría administrativa se categoriza en un nivel “alto” en lo que concierne a las personas y “bajo” en equipos y atributos de las instalaciones, pero “alto” en lo relativo a las personas, mientras que para el laboratorio dental la clasificación podría ser a la inversa “alto” en equipos e instalaciones, pero “baja” en lo que concierne a las personas.

La ventaja para una organización de servicios como lo es una consulta dental, es que se sabe quienes son sus clientes actuales (Zeithaml y cols., 1993). Esta información puede ser valiosa para el propósito de segmentación si se llevan registros apropiados, fichas, y si los datos son de fácil acceso (anamnesis). Es más, si estos datos están en un formato que se preste para un análisis computarizado, el echo de conocer las identidades y direcciones de los clientes actuales, permite que la organización dental utilice efectivamente el correo directo, las ventas por teléfono, llamar para control dental después de 6 meses del alta y las ventas personales.

IV.- ¿Cómo es el producto de una empresa de servicio en salud?

Hoy día son relativamente muy pocos los productos para el consumidor que se fabrican especialmente sobre pedido, la mayoría se hacen en serie y se compran “en los anaqueles de supermercados” (Maurerira , 2002).

La situación en la consulta dental, en contraste, es muy diferente debido a que los productos o servicios se crean a medida, por que el cliente está realmente involucrado en el proceso de producción, y hay una esfera de acción mucho más amplia para ajustar el servicio con el fin de satisfacer las necesidades individuales de los clientes (Maurerira , 2002).

Los servicios de salud tienen características diferentes a los productos y diferentes las implicaciones relacionadas en su operación y pueden ser descritos como: intangibles, inseparables, variables, perecibles, entre otros aspectos (Maurerira , 2002).

Intangibles: porque no tiene características físicas que permitan analizarlo o examinarlo antes de la compra. No puede ser almacenado, no tiene apariencia, ni gusto, ni olor.

Inseparables: El consumo es inseparable al no poder separarse de los medios de producción. Es decir la fabricación del servicio de salud no puede separarse del consumidor.

Variables: no se pueden establecer patrones rígidos de desempeño, puesto que el servicio de salud se consume en el mismo momento en que se produce, de modo que incluso un servicio de laboratorio, basado en estándares y apoyado por equipos sofisticados, puede alterarse, por ejemplo, por el estado emocional del paciente durante el examen. Por lo tanto el servicio es variable y depende de una serie de circunstancias (Carrasco , 2000).

Perecibles: como el servicio de salud no puede almacenarse, es preciso administrar la demanda en función de la oferta, es decir, si existe disponibilidad de la atención médica, odontológica u hospitalaria.

Sin perjuicio de lo anterior el producto del servicio salud posee *características tales como* (Maureira , 2002):

- Complejidad creciente (el producto evoluciona en la medida que hay avances tecnológicos y mejoran los estándares de calidad) el apoyo tecnológico para su realización es clave.
- Es altamente especializado y multidisciplinario.
- La demanda es inducida y orientada por el profesional de salud. Porque existen asimetrías de información.
- Es difícil definir, en el sentido de que la prestación se puede realizar de distintas formas o técnicas.
- Contiene una exigencia de continuidad y seguimiento.

Por ello, el desarrollo del producto en salud se determina por dos factores: el primero por la interacción entre el cliente y el profesional, quien aplica ciencia, arte y

tecnología en salud para tomar el proceso y ejecutar el curso clínico programado, el segundo es influenciado por el sistema físico, logístico y organizado (recepción, salas de espera, comodidades, hotelería, equipamiento, etc.) que son parte vital del servicio, por cuanto el cliente/paciente lo interpreta y asume como una señal de interés para la satisfacción de sus necesidades (Carrasco , .2000).

El valor del producto de servicio

El precio es uno de los determinantes en la cantidad de producción y venta de un servicio. Está determinado en gran medida por los factores de producción, mano de obra, costo de los insumos, etc. y tecnología (Mankiw , 2002).

Sin embargo, independiente del precio que uno le asigne al servicio por el costo de producirlo, éste va a estar determinado por los requerimientos del mercado. Es aquí donde nuestra empresa de servicio, debe realizar una Estrategia Competitiva, que conlleve a una mejor comercialización, permitiendo una mayor venta del servicio, al mejor precio posible. Según Michael Porter, la Estrategia es: “Donde UD espera llegar con su empresa en el mercado, por una determinada decisión de gestión que tome”(Porter , 2002).

Una decisión sería bajar los precios en comparación con los competidores, para aumentar así las ventas del servicio. No obstante existe un fenómeno económico conocido como la Teoría de Juegos creada por John Nash (Tarzijan , 2004), que estudia la toma racional de decisiones de los agentes cuando los resultados de las acciones clasificadas por cada uno de ellos, dependen al menos en parte, de las acciones elegidas por otros. En otras palabras señala que, al decidir el precio que se cobrará por un servicio se debe considerar que lo que se venderá depende de cuánto cobren sus competidores, (Porter , 2002) pudiendo en algunos casos inducir a la baja general de los precios, erosionando en buena parte las ganancias de la empresa.

Para explicar este fenómeno supongamos que existen dos clínicas A1 y B1 dedicados a la odontología general, ambas cobran por la resina posterior entre \$20.000 y \$15.000 pesos.

En el *primer caso* ambas clínicas cobrarán \$20.000 ganando cada una de ellas \$200.000 al mes *tabla II*.

Tabla II

Competencia De Precios Entre Clínicas Dentales

	Primer Caso		Segundo Caso		Tercer Caso		Cuarto Caso	
	clínica A1	clínica B1	clínica A1	clínica B1	clínica A1	clínica B1	clínica A1	clínica B1
Precio de la Resina	20000	20000	20000	15000	15000	20000	15000	15000
Ganancia	200000	200000	50000	260000	260000	50000	130000	130000

En el *segundo caso*, una cobra \$20,000 y la otra cobra \$15,000, teniendo la clínica A1 una ganancia de \$50.000 en comparación con la clínica B1 que obtuvo una ganancia de \$260,000 pesos al mes. En el *cuarto caso* ambas clínicas cobrarán \$15,000, teniendo en ganancias \$130,000 pesos al mes, disminuyendo notoriamente de este modo sus ganancias.

Como se pudo observar, ambas clínicas están mejor en el *primer caso*, pero la competencia puede estimular a una clínica a bajar los precios, situación que en teoría resultaría siempre y cuando, el mercado se mantenga estable (segundo y tercer caso). Pero

si su competidora baja los precios ambas clínicas ganarían menos (cuarto caso) viendo mermadas así sus ganancias.

Una solución para mantener sus precios altos es fidelizar al Cliente (Tarzijan , 2004), que está determinada por la sensibilidad que tenga éste al precio, mejor dicho, mientras más fidelizado esté un cliente a un determinado servicio, más soportará el aumento de los precios de dicha empresa, manteniendo de esa forma el monto de ventas inalterable por dicho aumento.

Aquellas empresas que se esfuerzan por la diferenciación con las demás, les será más fácil la fidelización del cliente a un determinado servicio (Tarzijan , 2004). Una forma de diferenciarse del resto de la competencia es entregar mayor valor agregado por el servicio otorgado (Zorrilla , 2005).

Para que un consumidor identifique un servicio con su necesidad, el mismo debe estar presentado nítidamente y debe ser claramente diferenciable (Zorrilla , 2005). La propuesta de un servicio de salud debe estar dirigida a una necesidad concreta de los consumidores. El servicio es entonces: la solución a esa necesidad.

Entre varias propuestas para igual demanda, será más requerida aquella mejor diferenciada y no necesariamente la más barata. Los clientes están más dispuestos a pagar cuando identifican la solución y tienen la certidumbre de que es la acertada, la que vale el esfuerzo económico..

La diferenciación agrega valor al producto y el valor que se agrega diferencia a ese producto. Las ventajas claras en un servicio no son obligatoriamente ofertas de bajo valor o descuentos adicionales.

En salud no es necesario ni deseable regalar para diferenciarse de los competidores. Los servicios de salud se pueden diseñar con ventajas comparativas nítidas que prevean la inclinación de los clientes, sin caer en transgresiones morales o fallas a la ética profesional. El objeto es satisfacer necesidades insatisfechas por medios empresarios con profesionalidad para asegurar la *credibilidad*, valor básico de todo servicio de salud.

Una buena fidelidad de los pacientes, por una determinada consulta dental, se puede basar en la diferenciación del servicio entregado. Le permitirá segmentar el mercado en aquellos clientes que están dispuestos a pagar más por ser atendidos por dicha consulta (Tarzijan , 2004). Esto es posible, siempre y cuando exista arbitraje, es decir, que los consumidores a los cuales está dirigido el mayor precio, no terminen comprando el producto o servicio al precio destinado a los consumidores con la menor disposición a pagar. De ese modo podríamos tener altos precios acompañado de una alta venta del servicio.

Calidad de servicio un valor agregado

La calidad de servicio se ha ido transformado no sólo en una herramienta de diferenciación para aquellas empresas que deciden distinguirse por el Valor que les generan a sus clientes, sino también en un requisito para permanecer o sobrevivir en muchos mercados (Singuer y Donoso , 2004).

¿Qué entendemos por calidad de servicio? Si nos basamos en las definiciones de servicio y de calidad que proponen autores como A.C. Rosander o Jacques Horovitz, podemos entender la calidad de servicio como: “el nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a sus clientes, particularmente sus clientes claves, con un conjunto de prestaciones que ellos esperan de ésta” (Singuer y Donoso , 2004).

La definición anterior supone que un servicio alcanza su nivel de excelencia, cuando responde a las demandas de un determinado grupo de clientes. Supone además, que existe conformidad, es decir que el nivel de excelencia se mantiene en todo momento y todo lugar.

Zeithmal, Parasuraman y Berry, amplían la perspectiva anterior recogiendo la óptica de la percepción del cliente, estableciendo que calidad de servicio es “la brecha o discrepancia que existe entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones”. De acuerdo a estos autores, el factor clave para lograr un alto nivel en el servicio es, igualar o sobrepasar las expectativas que el cliente tiene respecto del mismo. Estas expectativas (Singuer y Donoso , 2004) están determinadas principalmente por los comentarios recibidos de otros clientes

(recomendaciones positivas o negativas), experiencias anteriores (con el mismo servicio o la misma empresa) y necesidades personales. Adicionalmente el proveedor también genera expectativas en el cliente, particularmente mediante sus actividades de la publicidad, promoción o difusión de su imagen corporativa, sus productos, sus servicios y su información más relevante (Singuer y Donoso , 2004). Podemos decir entonces, que la impresión que tiene un determinado cliente sobre la calidad de un servicio, se genera por el contraste respecto de éste, como se muestra en la *tabla III*.

Tabla III

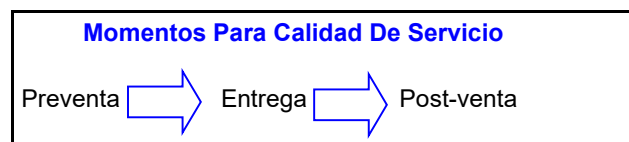


De acuerdo al estudio antes señalado de Berry, los clientes utilizan diferentes criterios para juzgar la calidad del servicio (Singuer y Donoso , 2004). Los más importantes son:

1. Elementos tangibles (apariciencia de las instalaciones, equipos, personal, materiales, etc).
2. Confiabilidad (habilidad para realizar el servicio prometido de forma confiable)
3. Capacidad de respuesta (disposición y rapidez para responder a los clientes).
4. Profesionalidad (posesión de destrezas requeridas y conocimientos de la ejecución del servicio)
5. Cortesía (atención considerada y amabilidad del personal de contacto)
6. Credibilidad (veracidad, honestidad en el servicio que se provee)
7. Seguridad (inexistencia de peligros o riesgos)
8. Accesibilidad (facilidad para contactar)
9. Comunicación (mantención de los clientes informados, utilización de un lenguaje fácil de entender, capacidad de escucharlos)
10. Comprensión del cliente (esfuerzo por conocer a los clientes y sus necesidades).

Una forma de ordenar los criterios o factores propuestos por autores, es definirlos para diferentes momentos de la interacción cliente-proveedor (Singuer y Donoso , 2004). *Pre-venta, Entrega y Posventa (tabla IV)*. Al momento de la pre-venta o pre-compra, la calidad de servicio está determinada principalmente por la información entregada, la atención recibida y la infraestructura donde ocurre dicha interacción. La calidad queda determinada por los atributos específicos de cada uno de esos aspectos. Por ejemplo, en el caso de la información, se considera atributos de contenido: precio, descuentos tiempos y lugares de entrega, garantías, etc y atributos de forma detalle o síntesis de la información, visión gráfica o colores, medio magnético o físicos en el cual se entrega, etc. Una vez concretada la compra, y durante el periodo de entrega (si es que la entrega no ocurre al momento de la compra), interesa fundamentalmente el cumplimiento de las condiciones comprometidas: tiempo, lugar, contenido. También puede ser relevante la información, en este caso de status del periodo o del servicio. Durante la post-venta interesa el cumplimiento de la promesa de post-venta (servicios, soportes, garantías, etc.).

Tabla IV



I.-Calidad de servicio en el área de la salud pública.

Según Donabedian, la calidad es simplemente un atributo de los aspectos interpersonales y técnicos de la atención médica que se manifiesta en grados variables (Maurerira , 2002).

El proposito que los criterios para construir la satisfacción se basan en:

- Estructura: relativo a instalaciones y ambientes físicos.
- Proceso: relativo a la interacción con el personal de servicio.
- Resultado: el resultado de la interacción.

Según un estudio realizado en Murcia- España (RID. Care quality steering committee , 2001) los elementos que califican una buena calidad en la atención de salud pasan por:

1. **Competencia profesional** o calidad científico técnica de la asistencia: es la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existentes para abordar los problemas de salud, en su sentido estricto como también en los de trato interpersonal.
2. **Efectividad:** es la medida en la que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe, o, la probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones de uso normales.
3. **Accesibilidad:** puede ser definida como la facilidad con que la atención sanitaria puede ser obtenida en relación a los aspectos organizacionales, económicos, culturales y emocionales. Subyace la necesidad de cuantificar si la atención llega o no a quien la necesita y cuando la necesita.
4. **Satisfacción:** puede ser definida como la medida en la que la atención sanitaria y el estado de salud resultante, cumplen con las expectativas del usuario. Sus componentes pueden medirse en tres ámbitos diferentes como mínimos:
 - Aspectos Organizativos (ambiente físico, tiempos de espera, etc.)
 - Efecto de la atención en el estado de salud.
 - La manera o trato recibido durante el proceso de atención por parte de los diversos tipos de personal implicados.
5. **Adecuación:** es la medida en la que la atención médica se corresponde con las necesidades del paciente o población, es decir, adecuado como sinónimo de correcto, conveniente o necesario para la patología concreta que es atendida.
6. **Continuidad:** es la medida en que la atención necesaria se entrega de una forma continua y coordinada. En todo caso es la dimensión de la calidad asistencial más compleja de conceptualizar y medir.

II.- Importancia de la comunicación entre el odontólogo y el paciente.

Estudios señalan que la manera en la cual los dentistas informan verbalmente en lo que concierne al diagnóstico y tratamiento que se proporcionará, es de vital importancia para la satisfacción del paciente odontológico (Josef y Bruers , 2004). Por ejemplo, un estudio sobre la satisfacción demostró que los pacientes forman su opinión en base no solamente a la capacidad asumida del profesional odontológico, sino que también a la información proporcionada sobre mantener los dientes sanos y la franqueza del dentista cuando se le pregunta sobre el costo del tratamiento (Brown y Cols. , 2002).

Redford demostró en un estudio cualitativo que los pacientes aprecian cuando los dentistas informan, entre otras cosas, sobre qué necesita ser hecho y porqué, qué sucede si no se hace ningún tratamiento y qué tratamiento es el mejor y por qué (Redford y Gift , 1997). Según Davis, dar una información escasa es una fuente de descontento por parte de los pacientes ante el dentista (Davis , 1987).

Los dentistas que experimentan más satisfacción en lo profesional, son también quienes tienen pacientes más orientados en la prevención de la salud oral. En cambio, los resultados de varios estudios demuestran que los dentistas menos satisfechos con su profesión, con frecuencia encuentran fastidioso: los contactos con el paciente y el contenido de su trabajo. Esto indudablemente afecta la relación interpersonal entre paciente y dentista (Josef y Bruers , .2004).

El deseo por parte de los pacientes de tener información y participación en la decisión del tratamiento, es un valor fundamental para calificar la calidad del servicio. Cuando el proceder comunicativo de los dentistas no está acorde con la información que buscaban los pacientes recibir ni con la participación que esperaban en la toma de decisión del tratamiento, generará una frustración por parte del paciente. Un estudio concluyó que la discrepancia entre la información entregada y el mensaje recibido por el paciente dental de urgencia, mermaba significativamente la apreciación de la calidad del servicio médico entregado (Schouten y cols. , 2003).

Los dentistas que están más inclinados en hacer prevención son los que poseen pacientes más orientados en su salud oral, a su vez poseen una mejor percepción de la calidad de servicio. Esta relación es comprensible ya que después de todo, el acercamiento preventivo en el cuidado significa que el dentista tiene que hacer el esfuerzo necesario de informar a los pacientes y convencerlos que ellos mismos sean también responsables de su salud oral personalizando así la atención dental (Josef y Bruers , 2004).

La relación paciente y profesional se puede también orientar con otras características. Es de hecho absolutamente concebible, que el carácter y las habilidades sociales del dentista desempeñan un papel también importante (Ormel y cols. , 1997). Del mismo modo tiene importancia en qué medida los dentistas se centran en la práctica como negocio y en la responsabilidad que tenga en la organización de éste (Josef y Bruers , 2004).

III.- Estudios sobre la satisfacción en la salud oral

Un estudio sobre la satisfacción en la atención de salud oral hecho en jóvenes de Noruega indicó que el 15% que se consideraba *muy satisfecho* fue asociado a pocas experiencias anteriores de dolor. El 58 % de *sólo satisfecho* se relacionaba con una creencia positiva del dentista, baja ansiedad al odontólogo. *Muy insatisfecho* está asociado a bienestar general bajo, experiencias anteriores de dolor y a la aversión al dentista (Skaret y cols. ,2003).

Por lo tanto la valoración del profesional y el control del dolor parece ser aspectos importantes en la evaluación de los adultos jóvenes del cuidado dental.

Un estudio experimental que se realizó en adolescentes con animosidad al dentista demostró que el comportamiento del paciente mejora si a éste se le posibilita presentar su punto de vista y hay flexibilidad por parte del odontólogo, reconociéndose el derecho del paciente a elegir su tratamiento. Es decir aumenta la opinión positiva respecto del cirujano dentista y el cuidado oral (Skaret y cols. , 2003).

El descontento subjetivo por la atención dental de los pacientes que sufrieron dolor durante la visita a la consulta dental, puede reflejar la manera como el dentista tratante actúa con el paciente. Es decir, la preocupación del profesional por la persona más que, por el tratamiento realizado. Esto está de acuerdo con los actuales resultados que demuestran que solamente el 50% de los pacientes encontró que la cita dental pasada fue muy insatisfecha y solamente el 45% del mismo grupo divulgó la creencia negativa sobre el odontólogo tratante existiendo por lo tanto un 55% de profesionales que se preocuparon no tan sólo, de la perfección del tratamiento realizado sino también de la persona (Skaret y cols. , 2005).

La ingerencia del dolor relacionada con satisfacción dental del paciente se puede representar por un hecho algo inesperado. Los pacientes que tienen alta concentración de caries, están asociados al grupo de muy satisfechos. Esto afirmaría aún más el hecho de que el dolor generado durante el procedimiento clínico por si solo, no es un factor decisivo en la apreciación de calidad de atención dental (Skaret y cols. , 2005).

Sin embargo otros estudios señalan que la satisfacción paciente es determinada más por la calidad de su salud oral, que por las medidas clínicas recibidas para mejorarlas (Inglehart y Bagramian , 2002).

De todas maneras en los casos de una salud oral deteriorada, la satisfacción del paciente puede mejorar si las sesiones de tratamiento se realizan con suficiente control del dolor durante la niñez y la adolescencia, aumentando así la confianza en el odontólogo tratante por parte del paciente, generando así una mayor satisfacción en la vida adulta (Skaret y cols. , 2005).

Los resultados indicaron que, los pacientes que consideraron muy satisfecho el cuidado dental son influenciados sobre todo por las experiencias de tratamientos recientes; por el contrario, los que señalaron como muy insatisfecho está relacionado más con las experiencias negativas anteriores, durante niñez y adolescencia.(Skaret y cols. , 2005).

A pesar de la cantidad de investigaciones en aumento que exploran la satisfacción del paciente en la salud oral ésta, se define mal teóricamente (Josef y Bruers , 2004), y ha sido difícil desarrollar un modelo conceptual comprensivo (Carr-Hill , 1992).

IV.- Instrumento de medida de satisfacción

La satisfacción del paciente es una asociación entre las características del sistema de entrega del cuidado médico y las características individuales de quien los recibe (Sitzia y Wood, 1997 ; Williams y Calnan , 1991).

El concepto incluye básicamente una evaluación individual de la experiencia del cuidado médico comparada con un estándar subjetivo (Avis y cols. , 1995). Este proceso incluye dos actividades, una evaluación basada cognoscitiva y una respuesta afectiva basada en la estructura, el proceso y el resultado del servicio (Ntabaye y cols. , 1998). La evidencia empírica apoya un concepto multidimensional de la satisfacción del paciente, y la necesidad de instrumentos de selección múltiple estandarizados y validados (Gollets y cols. , 1995) que prueban sus calidades psychometric (Sitzia , 1999).

Un ejemplo de esto es la encuesta desarrollada por Parasuraman en el año 1988, donde desarrollan la escala SERVQUAL, para la medida de la calidad del servicio desde el punto de vista de la percepción del cliente. El indica que las dimensiones encontradas son generalizables a cualquier servicio y conforman una batería de ítems para medirlas (Saurina , 2005).

Actualmente se utiliza este modelo que permite a través de cuestionarios identificar las expectativas y percepciones que tienen los clientes/paciente con respecto a los productos y/o servicios ofrecidos (Piqueras , 2004).

Donabedian agrupa en tres categorías los componentes fundamentales del servicio, susceptibles de generar satisfacción: componente técnico, componente interpersonal, y componente del entorno y sus comodidades. Este modelo junto a los aportes realizados por autores como Berry y Parasuraman apuntan a un conjunto de variables (SERVQUAL) que posibilitan una aproximación fiel y discriminada sobre las debilidades y fortalezas del servicio que se evalúe (Piqueras , 2004)

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE SERVICIO EN EL ÁREA DE LA SALUD ODONTOLÓGICA PRIVADA Y LA AFLUENCIA DE PACIENTES.

Una buena calidad de servicio llevará a tener una alta afluencia de pacientes. Esta es una aseveración que si bien se da por verdadera, no sabemos con certeza si están relacionadas.

Como hemos visto en los capítulos anteriores existen distintas percepciones de cómo es una buena calidad de servicio, pero antes de enunciar una receta para lograr una alta afluencia, debemos primero, conocer cómo es nuestro cliente/paciente:

El paciente odontológico es aquel que (Cobra , 2000):

1. Siente temor de ir al odontólogo, aunque pocos reconocen esto en público.
2. La compra del servicio de salud en general es una decisión racional.
3. El comportamiento de un consumidor de salud es una mezcla de necesidades y posibilidades, es decir los requerimientos de atención están circunscritos a las posibilidades ofrecidas por el mercado y a la disponibilidad de recursos que posee el paciente.
4. El consumidor de servicio de salud está totalmente desinformado al momento de acudir a una consulta dental, pues no posee ninguna idea de cuándo debe realizar exámenes periódicos o preventivos ni de qué es lo que hay que hacer en tratamientos, por ejemplo de rehabilitación.

¿Como entregar un presupuesto dental de alta calidad que se sea percibido por el paciente con gran satisfacción?

La respuesta inmediata a dicha pregunta la contesta Berry. El objetivo es igualar o sobrepasar las expectativas que tenga nuestro paciente a la hora de acudir a nuestra consulta dental (Singuer y Donoso , 2004).

Esta expectativa está formada por comentarios, necesidades y experiencias pasadas que van conformando una idea del servicio que le brindará una determinada clínica (Singuer y Donoso , 2004).

Como hemos dicho en capítulos anteriores la principal razón en la que la atención dental se consigna como insatisfactoria, está relacionada con sufrimiento durante la atención dental, experiencias pasadas asociadas a dolor y aversión al dentista que se expresan en la mayoría de los casos como ansiedad (Skaret y cols. , 2005; 49).

Por lo tanto tenemos que crear un servicio de atención que apunte a manejar este aspecto satisfaciendo de ese modo las expectativas del paciente/cliente.

El presupuesto dental dentro de la cadena de servicio se encuentra estipulado como el momento de pre-venta (Singuer y Donoso , 2004). Por lo cual nuestro paciente cliente interacciona con el servicio entregado por nuestra consulta (Mankiw , 2002) y está constituido por:

- Información
- Atención
- Infraestructura

Por otro lado la satisfacción del paciente estará determinada, según el autor, en la medida que encuentre una buena atención en la clínica:

- Ausencia de dolor.
- Atención personalizada.
- Éxito en el tratamiento.
- Prolijidad y dedicación en el trabajo.
- Disponibilidad de recursos para el éxito del tratamiento.

La presente tesis postula que las clínicas que respondan a estas exigencias serán aquellas que de mejor forma entreguen estas cualidades expresadas de las siguientes maneras:

1. Cortesía en la atención



Manejo adecuado del dolor.

2. Un adecuado tiempo de atención tanto en cantidad como en calidad



Atención personalizada.

3. Credibilidad y confiabilidad del profesional (expresado en la efectividad de la explicación del presupuesto dental)



Nos asegurara el éxito del tratamiento.

4. Una clínica limpia y ordenada.



Prolijidad y dedicación en el trabajo.

5. Tecnología



Disponibilidad de recursos para realizar con éxito el tratamiento presupuestado.

6. El factor precio

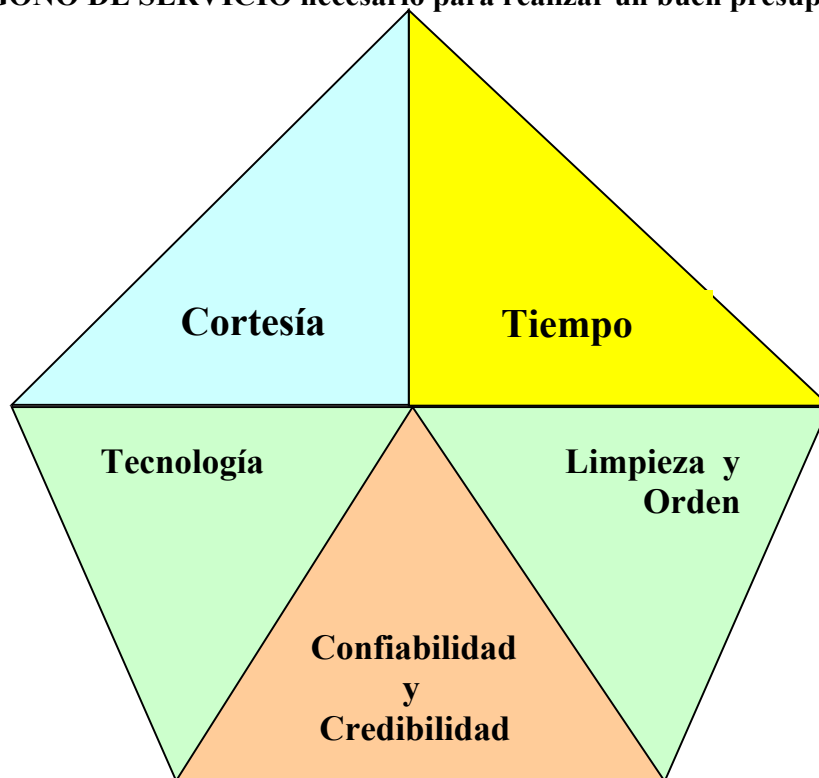


Es determinante ya que responde las posibilidades económicas del paciente. Sin embargo creemos que no es concluyente a la hora de determinar una afluencia en una consulta dental privada, ya que frente a iguales capacidades económicas por parte del paciente se impondrá aquella oferta de tratamiento que cuantifique mejor la solución a su problema oral.

Por lo tanto estas cinco condiciones permitirán una satisfacción al paciente/cliente que acude a un presupuesto. Orientándolo a seleccionar la clínica dental para solucionar su patología/problema. De esta forma la calidad de Servicio podrá concretarse en una alta afluencia de pacientes.

Figura A

EL POLÍGONO DE SERVICIO necesario para realizar un buen presupuesto



Objetivos

Objetivos Generales:

1. Determinar los factores del servicio que condicionan la afluencia de público en las consultas dentales privadas.
2. Determinar qué factores del servicio que conforman un presupuesto, influyen en la afluencia de público a la consulta dental privada.

Objetivos Específicos:

Etapa I

- Describir el universo de estudio de las consultas dentales privadas por sexo, ubicación geográfica, costo del presupuesto y jornada laboral.

Etapa II

- Clasificar la afluencia de pacientes que asisten a las consultas dentales privadas, en una muestra elegida al azar.
- Describir el nivel de satisfacción percibido por el paciente en cada uno de los grupos de clínicas clasificadas según la afluencia de público.
- Determinar si la apariencia y características de las instalaciones de servicio, tanto exteriores como interiores condicionan la afluencia de pacientes.
- Relacionar equipo de servicio y afluencia de público.
- Determinar si las características propuestas por el Polígono de Servicio, se encuentran presente en las clínicas de alta afluencia de pacientes.

Etapa III

- Determinar el nivel de precio de una resina posterior.
- Relacionar precio (arancel) y afluencia de público.

Hipótesis

Hipótesis: No existe diferencia en la distribución de hombres y mujeres odontólogos entre las ciudades de Viña del Mar, Quilpue, Villa Alemana y Valparaíso.

Hipótesis: No existe diferencia entre los hombre y mujeres odontólogos en la distribución ni la cantidad de horas laborales que trabajan, así como en el costo por realizar un presupuesto.

Hipótesis: No hay diferencia al comparar la tecnología del sillón dental y sus accesorios entre los distintos grupos de clínicas.

Hipótesis: No existe diferencia en los valores de una resina posterior entre los distintos grupos de clínicas.

Material y Método

Materia:

Se clasificó la oferta existente en el mercado odontológico, en las ciudades de Viña del Mar, Valparaíso, Quilpué y Villa Alemana, tomando como base aquellos profesionales que están publicados en la Páginas Amarillas edición 2005. El sujeto en estudio es aquel odontólogo que efectivamente vive económicamente de la atención dental que realiza en su consulta privada.

La clasificación tiene por objeto separar aquellas clínicas que poseen alta afluencia de pacientes con aquellas que poseen baja afluencia de pacientes, con el propósito de encontrar si existe diferencia entre ellas, en precios, infraestructura y/o satisfacción del cliente.

Universo:

Etapa I

Comprendió la totalidad de los dentistas de atención privada que aparecieron en las Páginas Amarillas de la Quinta Región alcanzando las ciudades de Viña del Mar, Valparaíso, Villa Alemana y Quilpué que están claramente identificados con el nombre del profesional y presten servicios de Odontología General. A éstos se les efectuó una encuesta telefónica para identificar las horas que trabajaban en sus respectivas clínicas.

Etapa II

Se seleccionaron los profesionales que trabajaron sobre 24 horas a la semana y su horario consideró tres jornadas en la tarde, cuya extensión debió ser desde las 14:00 hasta las 19:00 horas aproximadamente.

Etapa III

Se incluyeron todos aquellos profesionales que presupuestaron en la pieza 3.6 una resina posterior, los cuales conformaron un grupo denominado Muestra en Estudio "A".

Variables ordenadas según objetivos en estudio:

- **Etapa I**

A.-Objetivo: Describir el universo de estudio de las consultas dentales privadas por sexo, ubicación geográfica, costo del presupuesto, y jornada laboral.

A.1.- Variables cualitativas del universo en estudio:

Tabla V

Sexo	cualitativa	discontinua	independiente
Localización	cualitativa	discontinua	independiente
Realización del presupuesto	cualitativa	discontinua	independiente

A.2.-Variables cuantitativas del universo en estudio:

Tabla VI

Sexo	cuantitativo	discontinuo	independiente
Precio del presupuesto	cuantitativo	continuo	independiente
Días que se trabaja a la semana	cuantitativo	continuo	independiente
Jornadas que se trabaja en la tarde	cuantitativo	continuo	independiente
Horas trabajadas a la semana	cuantitativo	continuo	independiente

- **Etapa II**

B.- Objetivo: Clasificar la afluencia de pacientes que asisten a las consultas dentales privadas, en una muestra elegida al azar.

B.1.- Variables cualitativa de la Muestra en estudio:

Tabla VII

Afluencia de pacientes	cualitativa	discontinua	dependiente
------------------------	-------------	-------------	-------------

C.- Objetivo: Describir el nivel de satisfacción percibido por el paciente en cada uno de los grupos de clínicas clasificadas según la afluencia de público.

C.1 Variables cualitativas de la Muestra en estudio según el grado de satisfacción, obtenido en base a las respuestas al SERVQUAL:

Tabla VIII

Calidad de atención de la asistente dental y/o secretaria	cualitativa	continua	independiente
Calidad de la señalética y aspecto del edificio donde se ubica la consulta	cualitativa	continua	independiente
Calidad de atención del dentista (credibilidad, cortesía, confiabilidad)	cualitativa	continua	independiente
Confort del box de atención (orden limpieza y tecnología)	cualitativa	continua	independiente
Confort de la sala de espera	cualitativa	continua	independiente

D.-Objetivo: Determinar si la apariencia y características de las instalaciones de servicio, tanto exteriores como interiores condicionan la afluencia de pacientes.

D.1.- Variables cuantitativas de la Muestra en estudio pertenecientes al instrumento (anexo 2) de observación directa de la clínica visitada:

Tabla IX

Acceso			
Consideración del acceso	cualitativo	discontinuo	independiente
Cercanía a estacionamiento y/o locomoción colectiva	cualitativo	discontinuo	independiente
Elementos tangibles			
Elementos de entretención que se encuentra en la sala de espera	cualitativo	discontinuo	independiente
Tipo de mueble encontrado	cualitativo	discontinuo	independiente
Tecnología del sillón dental	cualitativo	discontinuo	independiente
Evaluación de confiabilidad, profesionalismo, credibilidad y comunicación			
Lugar donde se atendió durante el presupuesto	cualitativo	discontinuo	independiente

D.2.-Variables cualitativas de la Muestra en estudio según el grado de satisfacción, obtenida por medio de la observación directa de la clínica visitada:

Tabla X

Confort del box de atención	Cuantitativo	continuo	independiente
Confort de las instalaciones de la consulta dental	Cuantitativo	continuo	independiente
Calidad de señalética y apariencia de la clínica	Cuantitativo	continuo	independiente

E.-Objetivo: Relacionar equipo de servicio y afluencia de público.

E.1.- Variables cualitativas de la Muestra en estudio según el grado de satisfacción, obtenida por medio de la observación directa de la clínica visitada:

Tabla XI

Calidad de atención de la asistente dental y/o secretaria	cuantitativo	continuo	independiente
Calidad de atención del cirujano dentista	Cuantitativo	continuo	independiente
Evaluación general del tiempo	Cuantitativo	continuo	independiente
Evaluación general de la clínica visitada	Cuantitativo	continuo	independiente

E.2.-Variables de la Muestra en estudio, sobre el índice de satisfacción, obtenido en base a las respuestas al SERVQUAL:

Tabla XII

Calidad de atención de las asistentes v/s calidad de atención odontológica	Cuantitativo	Continuo	Independiente
--	--------------	----------	---------------

F.- Objetivo: Determinar si las características de atención propuestas por el Polígono de Servicio, se encuentran presentes en las clínicas de alta afluencia de público

F.1- Variables de la Muestra en estudio, sobre el índice de satisfacción obtenido en base a las respuestas al SERVQUAL.

Tabla XIII

Confort de la sala de espera v/s evaluación del tiempo de espera	cuantitativo	continuo	dependiente
--	--------------	----------	-------------

Pertenciente a las características de tecnología, limpieza y orden del Polígono de Servicio.

Calidad de atención odontológica v/s evaluación del tiempo de atención	cuantitativo	continuo	dependiente
--	--------------	----------	-------------

Pertenciente a las características de credibilidad, confiabilidad y tiempo del Polígono de Servicio.

- **Etapa III**

G.-Objetivo: Relacionar precio (arancel) y afluencia de público.

G.1 Variable cuantitativa de la Muestra en Estudio “A”, que recibió un presupuesto sobre el valor de una resina posterior en la pieza 3.6:

Precio	Cuantitativo	Continuo	Independiente
--------	--------------	----------	---------------

G.2 Variable cuantitativa de la muestra en estudio “A”, tiempo que duro el presupuesto.

Tiempo que duró el presupuesto	Cualitativo	Discontinuo	Independiente
--------------------------------	-------------	-------------	---------------

Método:

A.-Encuesta telefónica (instrumento para seleccionar la muestra):

Primer instrumento de medida destinado a calcular el porcentaje de ocupación de una clínica dental privada:

Encuesta directa estructurada, con posibilidades de tabular (anexo 1). Se pidió una hora de atención para un tratamiento. El propósito de esta acción fue, realizar un seguimiento de las horas disponibles que el profesional tuvo en un horario determinado (entre las 18:00 a las 19.00 horas) a fin de comparar la disponibilidad horaria o la ocupación de horas que tiene un determinado profesional en estudio.

Los Cirujanos Dentistas a quienes se les aplicó este estudio son aquellos que:

- Están plenamente identificado su nombre, dirección y teléfono de la consulta.
- No son especialistas (odontopediatría, periodoncista, implantólogo, endodoncista, rehabilitador oral, ortodoncista, etc.).
- Realizan odontología general.
- A la semana trabajan 24 horas como mínimo.
- Tres días a la semana al menos trabajan en la tarde desde las 14:00 a las 19:00 horas aproximadamente.

Se excluyeron aquellos profesionales odontólogos que no respetaron las horas de atención antes asignadas a sus propios pacientes y colocaron los nuevos tratamientos (presupuestos) entre las horas ya asignadas. Debido a que esto nos habría producido un margen de error de medición al no ser comparables con aquellos profesionales que si respetaron las horas de atención. Respetar las horas asignadas se traduce en una afluencia de pacientes más ordenada.

Este instrumento consta de tres preguntas que se realizaron durante cinco etapas, hechas de semana a semana pero en el mismo horario y día correlativos (anexo número 1).

Etapas:

A.- Se llamó a todos los profesionales odontólogos del universo, un viernes y se preguntó:

- El horario de atención.
- Valor por presupuesto.
- Sí es especialista.
- Sí realiza odontología general.

B.- Se llamó sólo a los dentistas incluidos en la muestra, el viernes siguiente y se solicitó una hora de atención para tratamiento. Pero esta hora debía cumplir la única condición de ser después de la 18.00 horas. Se anotó la respuesta en el anexo 1 y así sucesivamente se realizó tres veces más, de tal forma de hacer un seguimiento del sujeto en estudio por alrededor de un mes.

Índice de ocupación:

Análisis de los resultados obtenidos por el instrumento de encuesta telefónica

El índice de ocupación es creado para aunar los criterios de comparación entre los distintos dentista.

Éste índice es la razón entre las horas disponibles en una semana por parte del dentista y el número promedio de sesiones que hay que esperar para ser atendido por el mismo, ya que si se considera solamente el número promedio de sesiones que hay que esperar para ser atendido se pierde información acerca de la disponibilidad que un dentista puede tener.

El número de muestras es de 37 y el índice de ocupación de estas muestras se encuentra en el intervalo [1.7 ; 12.5]. de esta forma se constituye la **Muestra en Estudio**.

Resumen estadístico de Índice de ocupación

Tabla XIV

Número de muestras	37
Promedio	7,04
Varianza	9,16
Desviación estándar	3,02
Mínimo	1,7
Máximo	12,5
Std. skewness	0,85
Std. kurtosis	-0,63

La tabla XIV muestra el resumen estadístico para el índice de ocupación. Incluye medidas de tendencia central, medidas de variabilidad, y medidas de forma. De interés particular está la estandarización tanto de skewness como de kurtosis, que se pueden utilizar para determinar si la muestra viene de una distribución normal.

Tabla XV

Percentiles para el índice de ocupación

1,0%	1,7
5,0%	2,8
10,0%	3,1
25,0%	5,0
50,0%	6,7
75,0%	8,3
90,0%	12,5
95,0%	12,5
99,0%	12,5

Esta tabla muestra los porcentajes de la muestra para el índice de ocupación. Los porcentajes son los valores debajo de los cuales los porcentajes específicos de los datos se encuentran

B.-Observación directa:

Los Cirujanos Dentistas incluidos en el estudio como parte del universo fueron 42 profesionales, de éstos se seleccionaron 37 al azar constituyendo así la Muestra en Estudio.

El propósito fue encontrar si existe diferencia en precios, infraestructura y/o satisfacción del cliente, que permita explicar la afluencia de público entre los establecimientos de salud estudiados.

El encuestador tuvo tres tipos de instrumentos que se aplicaron una vez visitada la clínica dental y sin saber éste sí es o no, una clínica de alta o baja afluencia de público como tampoco el profesional en estudio (doble ciego) Los instrumentos destinados fueron los siguientes:

B.1.-Una cartilla de evaluación (anexo número 2) que tiene por objetivo la caracterización del inmueble visitado y el nivel de satisfacción producto de la observación directa que percibe el encuestador al observar el inmueble.

B.2.-Un test de calidad de satisfacción al cliente, SERVQUAL, (anexo número 3) que ha sido ya validado en estudios anteriores, y cuyo objetivo fue evaluar las expectativas del paciente sobre la atención dada por el profesional. Este test fue contestado por el encuestador una vez visitada una determinada clínica dental de la muestra en estudio.

Análisis de los resultados del instrumento SERVQUAL:

El SERVQUAL es un cuestionario internacional que evalúa la calidad de servicio entregado al cliente por una determinada empresa. El presente estudio ocupó una adaptación para el H.U.A.P (Hospital de Urgencia, Asistencia Publica de la Región Metropolitana) que estudia la satisfacción del usuario que acude a uno de los tres servicios: medicina, cirugía y dental, mediante la interacción del paciente con algunos de los factores

que componen el servicio de atención médica dental del establecimiento antes mencionado:

Tabla XVI

Factor 1: Calidad de atención de las asistentes dentales y/o secretarias
Factor 2: Calidad de señalética y apariencia de la clínica
Factor 3: Calidad de atención del personal con funciones principales (cirujano dentista)
Factor 4: Confort del box de atención
Factor 5: Confort de las instalaciones de la consulta dental
Factor 6: Evaluación general del tiempo

Cada uno de estos factores está constituido por preguntas que se contestan por medio de una nota puesta en una escala de uno a siete, según cómo perciba el paciente el factor consultado, donde 1 es pésimo, 2 es muy malo, 3 malo, 4 regular, 5 bueno, 6 muy bueno y 7 excelente.

Cada pregunta está correlacionada con un índice de una matriz (anexo 5) que se multiplica para luego analizarlo por medio de un análisis Cluster K-media que permitió una comparación bivariante entre los factores en estudio.

Los ejes en los gráficos de Cluster K-Media están determinados por los factores que se quieren analizar, las comparaciones se realizan a través de las ubicaciones espaciales de puntos de intersección entre la variables de cada factor, siendo relevante la amplitud de cada intersección que está determinada por la varianza de las variables que se confrontan

B.3.-Presupuesto por recambio de una amalgama MOD ubicado en la pieza 3.6.

Los profesionales que diagnosticaron y presupuestaron una resina posterior serán incluidos en la, **Muestra en Estudio "A"**.

Estandarización:

Estandarización de la encuesta telefónica: la encuesta telefónica se realizó siguiendo una pauta previamente diseñada, que cada encuestador debió seguir. Dicha pauta está detallada en el instrumento de medida (anexo 1)

Estandarización de la cartilla de evaluación de la observación directa: se instruyó a cada encuestador el objetivo de las preguntas y el tipo de respuesta esperada.

Estandarización del test de satisfacción del cliente: se instruyó a cada encuestador claramente el objetivo de las preguntas y el tipo de respuesta esperada.

Estandarización del presupuesto: cada paciente tuvo un set radiográfico que presentó a cada profesional integrante de la Muestra en Estudio (37 profesionales elegidos al azar) y se solicitó el recambio de una amalgama MOD de un molar definitivo (pieza 3.6) por una resina posterior.

Calibración:

Calibración de la encuesta telefónica: dos encuestadores se entrenaron por 12 horas en cuatro periodos de 3 horas cada uno, en la entonación e intención de solicitud de hora de tratamiento. Luego ambos llamaron a cinco odontólogos de atención privada en los mismos días, buscando encontrar respuestas similares en las consultas encuestadas (índice Kappa).

Calibración de la observación directa: a un número de cuatro encuestadores se le solicitó ir a un mismo centro de atención dental para que aplicaran el test de observación directa, de esa forma se escogieron a los dos encuestadores que tuvieron los criterios más similares de observación e interpretación, estableciéndolos como aptos para el estudio (índice Kappa).

Calibración del Test de Satisfacción de paciente: de modo similar este grupo de cuatro encuestadores, aplicó el test de satisfacción en el mismo centro odontológico.

Calibración de la solicitud de presupuesto: la finalidad fue que ambos encuestadores instruidos solicitaran un mismo presupuesto: pieza 3.6.

Aspectos éticos: dado que sólo se buscaba recabar información respecto a: variación de precios, satisfacción del paciente e infraestructura de la clínica, se omitió la identidad del profesional en los resultados finales.

Limitaciones:

Al desconocerse el universo total de odontólogos que trabajan en forma privada en Valparaíso, Viña del Mar, Quilpué y Villa Alemana, este estudio sólo representa a los cirujanos dentistas que se publicitan en las Páginas Amarillas de la edición 2005.

Análisis estadístico:

El estudio estadístico consta de dos etapas. Un análisis a priori, que consistió en la construcción del índice de ocupación, agrupando a los diversos dentistas en tres grupos, donde se observó el comportamiento de cada uno de los grupos identificados, y un análisis a posteriori, cuyo análisis estadístico se realizó con el soporte del software Statgraphics plus 4.0 evaluando la validez de aglomerar los distintos dentistas en tres grupos. La aprobación de esta separación se realizó desde dos puntos de vistas, el primero concerniente a una mirada cualitativa correspondiendo a comparaciones multivariadas, donde se incluyó el test de student y el análisis Cluster K-Media, y el segundo punto de vista, es un ámbito cuantitativo, siendo utilizado para esta ocasión, el test de chi-cuadrado (χ^2).

Para el caso cualitativo los test de hipótesis se realizaron con una confiabilidad del 95%, es decir, con $p < 0,05$, mientras que para el caso cuantitativo la confiabilidad fue de un 90% ($p < 0,1$)

RESULTADOS

Resultados

- **Etapa I**

Tabla XVII

Descripción del Universo

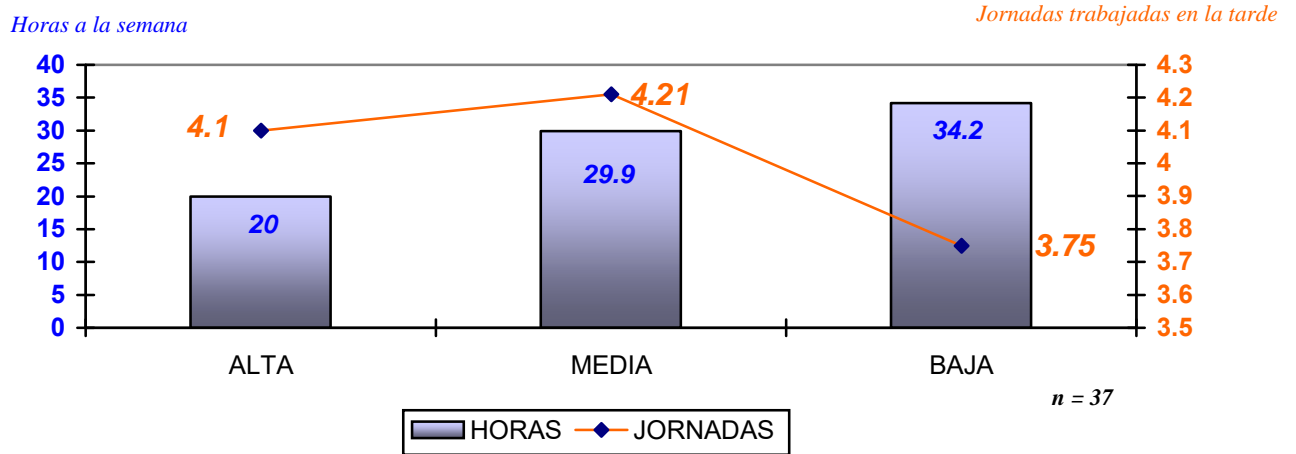
Variable	Hombre		Mujer		Total	Chi-Square	P.value
	frec	%	frec	%			
Viña del Mar, Quilpué, Villa Alemana	20	47.60%	11	26.1%	31		
Valparaíso.	8	19%	3	7.10%	11	0.25	0.61
Variable	Hombre		Mujer		Total	t student	P-value < 0,05
	media	%	media	%			
Precio del presupuesto	7565	113%	5083	76%	6714	1.67	0.1
Días que se trabaja a la semana	4.1	98%	4.3	103%	4.2	-0.67	0.49
Jornadas que se trabaja en la tarde	3.5	100%	3.6	103%	3.5	0.16	0.86
Horas trabajadas a la semana	27.5	101%	27	99%	27.3	0,16	0.87

n=42

Podemos observar que el total de hombres casi duplica al total de mujeres encontradas, sin embargo la distribución de estos según su ubicación geográfica son muy similares. También evidenciamos que el precio del presupuesto y sus jornadas laborales son muy similares en ambos sexos.

Relación entre el promedio de horas laborales a la semana y jornadas que trabajan en la tarde entre los tres grupo de clínicas en estudio.

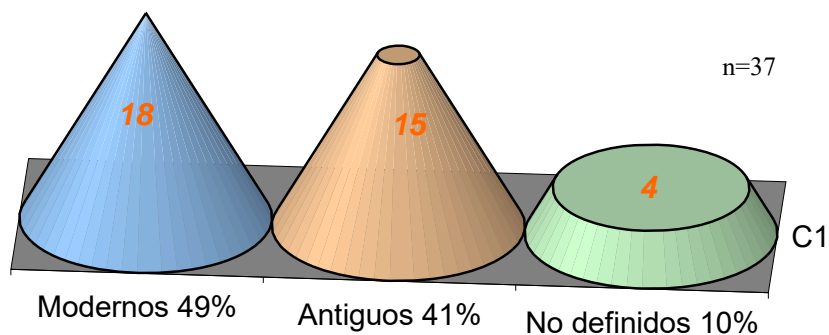
Gráfico 2



Al observar el gráfico podemos ver una relación inversamente proporcional entre el promedio de horas a la semana trabajadas y el promedio de días en las cuales se trabaja en la tarde.

Gráfico 3

Modernidad de los sillones dentales encontrados en la muestra en estudio



Podemos observar que del total de clínicas visitadas (37) entre los sillones considerados modernos y los antiguos no existe casi diferencias.

- **Etapa II**

La afluencia de pacientes se clasifica en: alta, media o baja.

Tabla XVIII Tabulación de frecuencia para índice de ocupación

Clase	Limite Menor	Límite Mayor	Punto medio	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia Acumulado	Frecuencia relativa acumulado
ALTA	0,0	4,1	2,0	8	0,2	8	0,2
MEDIA	4,1	8,3	6,2	21	0,5	29	0,7
BAJA	8,3	12,5	10,4	8	0,2	37	1,0

Promedio = 7,04 Desviación estándar = 3,027

La tabla anterior (Tabla XVIII), muestra cómo el Índice de ocupación es dividido en tres grupos equispaciados desde 0 a 12,5¹, es decir, de anchuras iguales, dando como resultado que el primer grupo, al igual que el tercero, tienen 8 dentistas, mientras que el segundo grupo está conformado por 21 dentistas. Las frecuencias muestran el número de datos en cada intervalo, mientras las frecuencias relativas muestran las proporciones en cada intervalo.

-Intervalo de confianza para el índice de ocupación:

95,0% de intervalo de confianza para que el promedio (μ) esté entre: 7,04 +/- 1

95,0% de intervalo de confianza para que la desviación estándar (σ) esté entre: [2,46; 3,93]

Características de la Muestra

Tabla XIX

Variable	Alta		Media		Baja		Total	Chi-Square	P-Value
	frec	%	frec	%	frec	%			
Fácil acceso	8	23%	19	54%	8	23%	35	0	0.9
Cercana a locomoción y/o estacionamiento	7	23%	17	54%	7	23%	31		
Revistas, diarios (antiguos y nuevos)	12	27%	25	57%	7	16%	44	3.58	0.4
Televisión (abierta y por cable)	3	19%	8	50%	5	31%	16		
Otros	5	39%	7	53%	1	8%	13		
Moderno	6	33%	11	29.70%	1	2.70%	18	6.53	0.03
Antiguo y no definido	2	5.4%	10	27%	7	18.9%	19		
Solo sillón	2	5%	11	30%	4	11%	17	1.82	0.4
Sillón y escritorio	6	16%	10	27%	4	11%	20		
Variable	Alta		Media		Baja		Total	F-Ratio	P-Value

¹ Se toma el valor 12,5 como cota superior, ya que es el máximo valor alcanzado por el índice de ocupación

	media	%	media	%	media	%		
Evaluación del grado de comodidad en el acceso a la clínica	5.5	105%	5	96%	5	96%	5.2	0.19 0.82

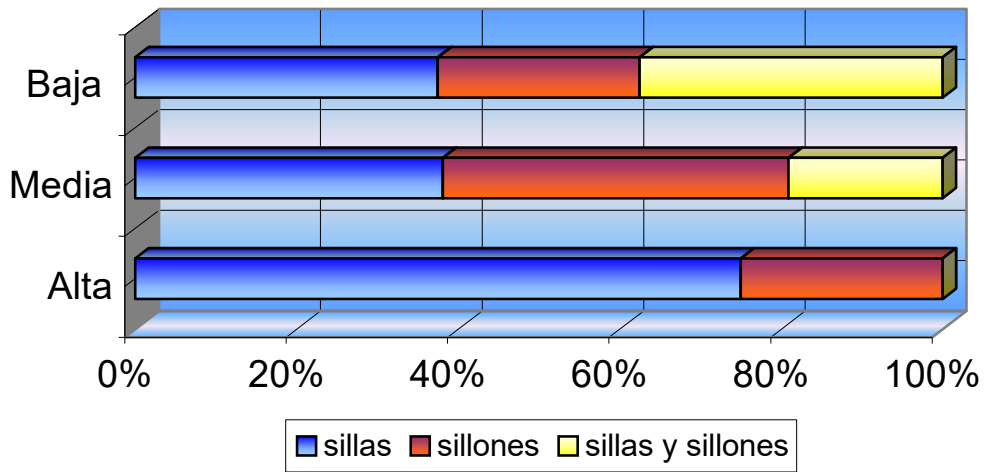
n=37

La tabla nos indica que la modernidad del sillón dental percibida por el paciente encuestador es propia de las consultas de alta afluencia de pacientes.

Elementos tangibles en la sala de espera

gráfico 4

n= 37

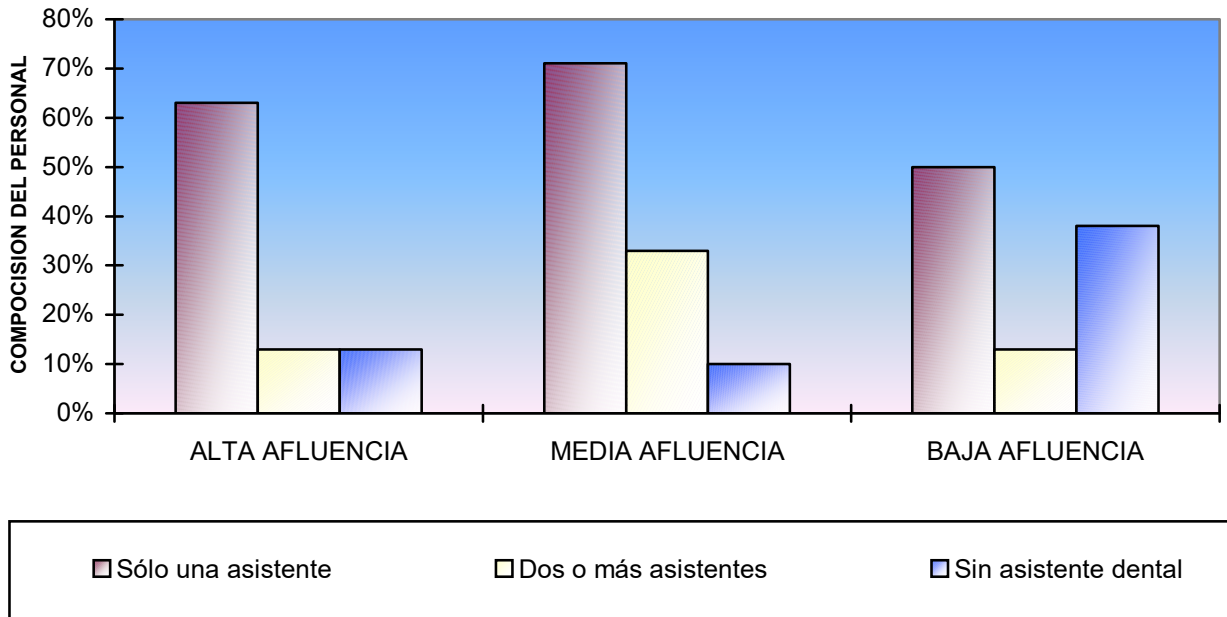


Ocupar sólo sillas en la sala de espera, es una tendencia que se puede apreciar en las consultas de alta afluencia de pacientes

gráfico 5

CANTIDAD DE ASISTENTES DENTALES

n= 37



Al observar el gráfico podemos ver la tendencia que trabajar sin asistente dental es mayoritariamente asociado a las clínicas con baja afluencia de pacientes.

Tabla XX

GRADO DE SATISFACCIÓN obtenido por medio de la observación directa de la clínica visitada

Variable	Alta	Media	Baja	F-Ratio	P-Value
Calidad de atención del personal: asistentes dentales y/o secretarias	5.3	5.4	4.9	1.72	0.19
Calidad de la señaletica y aspecto del edificio donde se ubica la consulta	5.1	3.3	3.4	7.42	0.01
Calidad de atención del dentista (credibilidad, cortesía, confiabilidad)	5.7	5.1	4.5	3.92	0.04
Confort del box de atención orden limpieza y tecnología)	6.5	5.4	4.3	13.22	0.0003
Evaluación del tiempo durante el presupuesto dental	4.8	3.8	3.3	10.19	0.011
Confort de la sala de espera	6.3	5.5	4.4	6.19	0.02
<i>Promedio total de calidad de atención</i>	5.6	4.8	4.1		
Variable	Alta	Media	Baja	F-Ratio	P-Value
Evaluación general del servicio entregado por la clínica dental	5.3	4.5	3.3	6.13	0.035

n=37

La calidad de atención entregada por las asistentes dentales y/ o secretarias no es determinante en la afluencia de paciente.

ÍNDICE DE SATISFACCIÓN obtenido en base a las respuestas al SERVQUAL.

Calidad de atención de las asistentes v/s calidad de atención odontológica

El objetivo fue evaluar el grado de satisfacción que entrega la asistente dental y/o secretaria combinado con la calidad de atención recibida por el cirujano dentistas, (anexo 3).

El grado de satisfacción que entrega la asistente dental y/o secretaria se obtiene mediante la asignación de una nota que va de 1 a 7 (uno muy malo y siete muy bueno) de los siguientes puntos:

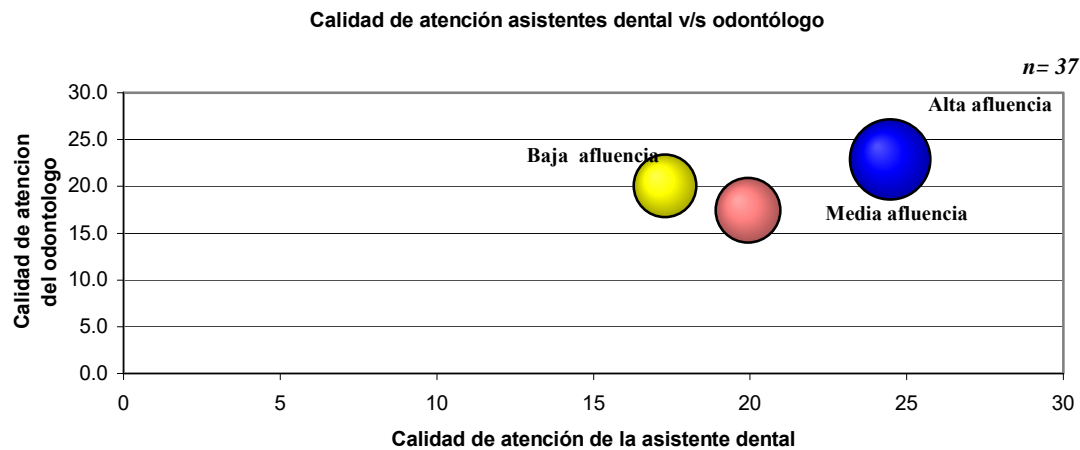
1. Trato recibido por la asistente dental,
2. Disposición a escuchar por parte del personal de la clínica,
3. Paciencia del personal asistencial,
4. Confianza que inspiran el personal de la clínica,
5. Interés por el presupuesto del paciente,
6. Disposición de entregar información del personal de la clínica,
7. Limpieza de la vestimenta del personal de la clínica,
8. Colaboración o trabajo en equipo visto en el personal asistente,
9. Facilidad para identificar el nombre y/o cargo del personal,
10. Trato humanitario,
11. Trato igualitario,
12. Eficiencia en la utilización del tiempo del personal asistencial,
13. Facilidades existentes para presentar reclamos, sugerencias y felicitaciones.

El grado de satisfacción por la atención recibida del cirujano dentistas se obtiene por medio de una nota que va de 1 a 7 (uno muy malo y siete muy bueno) de los siguientes puntos:

1. Nivel de atención personalizada,
2. Competencia profesional recibida,
3. Utilidad del servicio recibido,
4. Trato recibido por los dentistas.

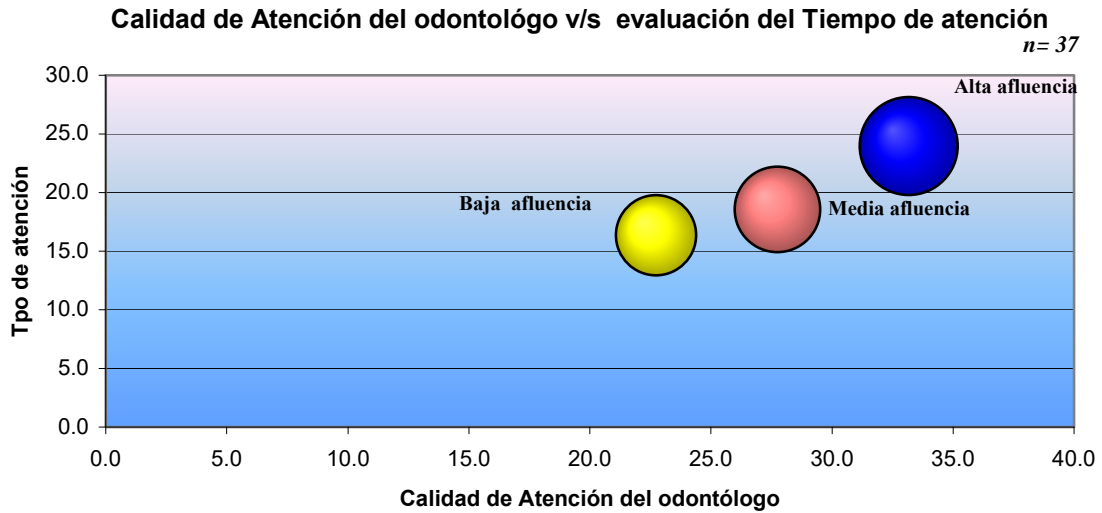
Los datos reflejaron que al comparar estas dos variables (gráfico 6) .El grupo de clínicas de alta afluencia posee mejor evaluación en comparación con los grupos de media o baja afluencia de pacientes. Siendo estas dos características del servicio un factor diferenciador de las clínicas con alta afluencia de pacientes.

gráfico 6



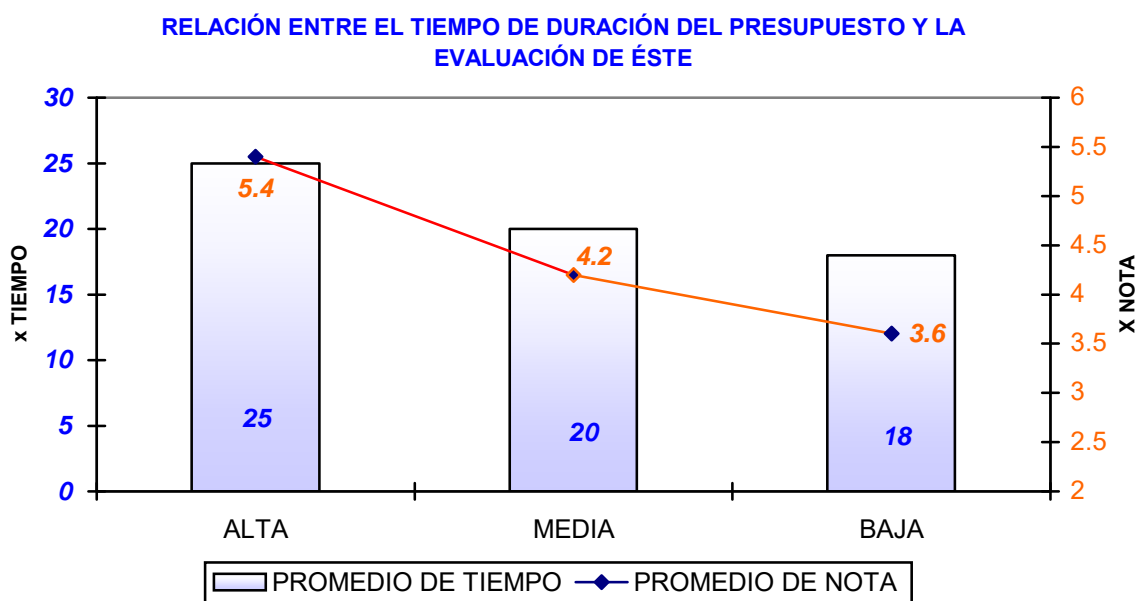
Calidad de atención odontológica v/s evaluación del tiempo de atención perteneciente a las características de credibilidad, confiabilidad y tiempo del polígono de servicio.

gráfico 7



Al evaluar el grado de satisfacción (gráfico 7) percibido por el paciente encuestador, por la calidad de atención entregada por el cirujano dentista más la evaluación del tiempo que entrega el profesional en esta tarea, nos revela una clara ventaja de satisfacción entregada por las clínicas de alta afluencia de pacientes en comparación con las demás clínicas (media y baja afluencia de pacientes). Existiendo un factor diferenciador en dicho grupo de clínicas, explicando así su alta afluencia de pacientes.

gráfico 8



Podemos observar en el gráfico que la tendencia del promedio de tiempo destinado al presupuesto y la nota que evalúa a éste, son directamente proporcionales, siendo mayor en las clínicas con alta afluencia de pacientes.

Calidad de atención odontológica v/s confort del box de atención, perteneciente a las características de tecnología, limpieza y orden del Polígono de Servicio.

También comparamos la calidad de atención que entrega el profesional con funciones principales (cirujano dentista) más el confort del box de atención. Determinado este último, por medio de una nota que va de 1 a 7 de los siguientes puntos:

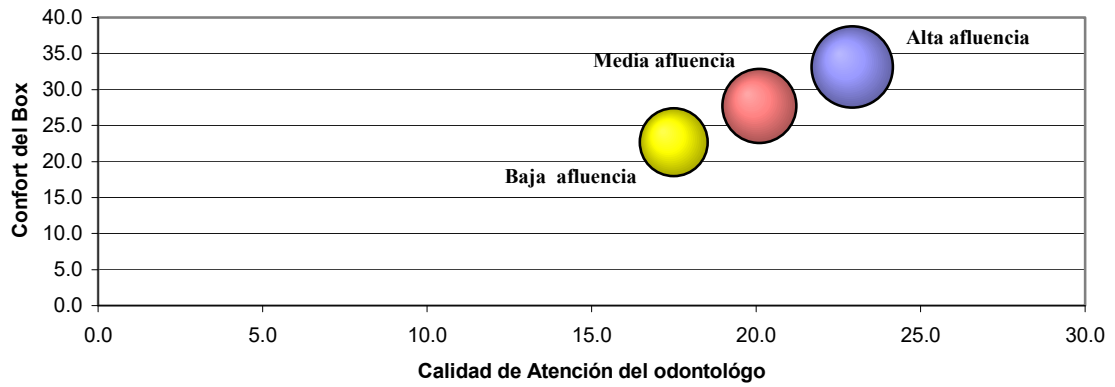
1. Limpieza y orden del box de atención,
2. Limpieza de las sillas de atención dental,
3. Calidad de los equipos e instrumentos médicos,
4. Condición de los muebles del box de atención,
5. Comodidad del box de atención,
6. Disposición de recursos tecnológicos.

Podemos observar (Gráfico 9) que las clínicas con alta afluencia de pacientes poseen mejor satisfacción en la calidad médica y en el confort del box de atención, en comparación con los demás grupos de clínicas (media y baja afluencia), conformando estas características del servicio un factor diferenciador de las clínicas de altas afluencias de pacientes.

gráfico 9

Calidad de Atención odontológica v/s Confort del Box

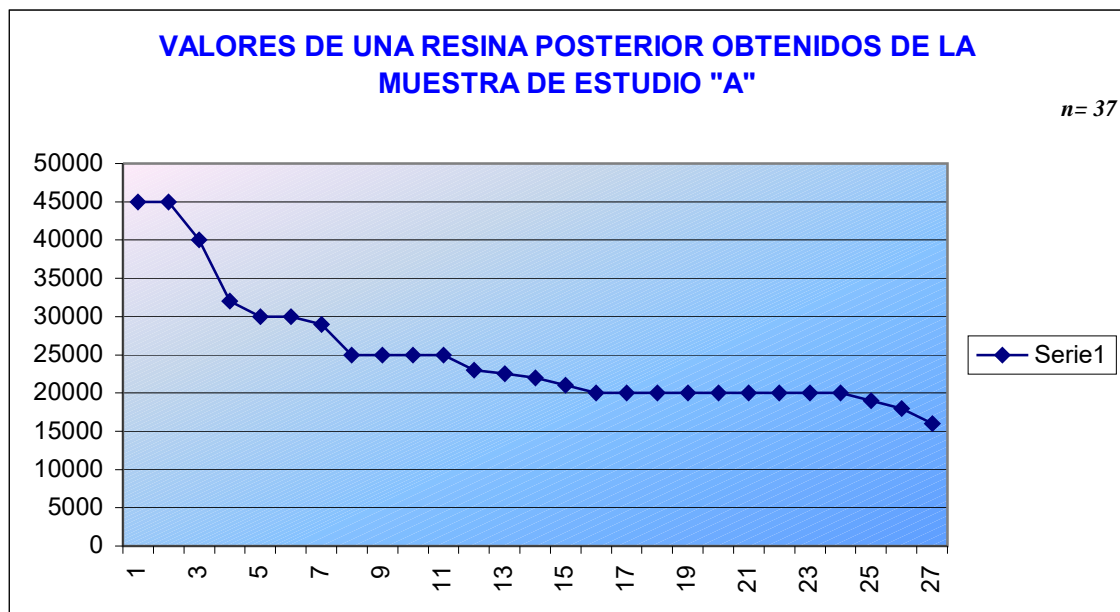
n= 37



- Etapa III

- Relacionar Precio (Arancel) Y Afluencia De Público.

gráfico 10



Observamos que en la gran mayoría de las clínicas en estudio el valor de la resina posterior se encuentra bajo los 45 mil pesos.

Tabla XXI

Presupuestos realizados y el valor de éstos

Variable	Realizados		No realizados		Total
	frec	%	frec	%	
Presupuestos de una resina posterior	27	73%	10	27%	37
Tiempo que duró el presupuesto	1/2 hora o menos		Más de 1/2 hora		Total
	32	86%	5	14%	37
Variable	Alta	Media	Baja	F-Ratio	P-Value
	media	media	media		
Valor Promedio de la resina posterior	30,000	34,906	18,400	16,169	0,0031
% del arancel del Colegio de Cirujano Dentista	67%	52%	41%	27%	0,0032

n=27

La tabla nos señala que la gran mayoría realizó el presupuesto a la pieza 3.6, los demás profesionales no lo realizaron debido a que no aceptaron la radiografía que portaba el paciente encuestador. El tiempo de éste fue de media hora o menos. Los mayores precios sin lugar a duda se encuentran en el grupo de clínicas que poseen alta afluencia de pacientes.

Discusión

El presente estudio posee la validez interna de haber conjugado instrumentos totalmente independientes como lo son la encuesta telefónica (anexo uno) con la observación directa (anexos dos), SERVQUAL (anexo tres) y presupuesto de la pieza 3.6 (anexo cuatro), siendo éstos realizados por distintos equipos de personas, lo que evito así un sesgo en la investigación.

Al comparar las jornadas laborales trabajadas, entre los sexos podemos ver que su distribución y cantidad de horas son muy similares, pero si lo analizamos según los grupos de clínicas separadas por afluencia de pacientes, observamos que entre las horas trabajadas y las jornadas destinadas para la tarde, las clínicas con menos afluencia y peor satisfacción del paciente son las que trabajan más horas, en menos días.

La alta concentración de horas laborales podría mermar la moral del profesional provocando insatisfacción en su trabajo diario. Estudios demuestran que los dentistas menos satisfechos con su profesión, con frecuencia experimentan como fastidioso: los contactos con el paciente y el contenido de su trabajo que, indudablemente afecta la relación interpersonal entre paciente y dentista (Beltrán-Aguilar y cols. , 1999).

Un estudio señala que aquellos dentistas que trabajan pocas horas activas al lado del sillón por semana, son también los que se definen como un profesional que orienta mejor a sus pacientes tanto en el diagnóstico como en la prevención (Josef , .2004).

Estos datos podrían explicar el por qué las clínicas de profesionales con altas horas laborales otorgan una baja satisfacción a los pacientes, lo que llevaría a una disminución paulatina de la afluencia de pacientes.

Dentro de los elementos tangibles evaluados entre los grupos de clínicas, la diferencia evidente se encuentra en la modernidad del sillón dental percibida por el paciente encuestador; esta característica está fuertemente asociada a las clínicas con alta afluencia de pacientes.

Los resultados mostraron que del total de 37 consultas visitadas, el **49 %** de los sillones son considerados modernos, **41%** antiguos y **10%** no fueron definidos. Al comparar nuestros datos encontrados con el estudio efectuado en el mismo universo el año 2001, vemos que los sillones automáticos, modernos, fueron el **95%** y sólo el **5%** son mecánicos, antiguos. En nuestro estudio el aumento del porcentaje de sillones antiguos en desmedro de los considerados modernos, creemos que se debe a la baja afluencia de pacientes derivando esto en una disminución de la inversión en la clínica dental (Tilleria y Toledo , 2001).

Por otra parte, encontramos que la sala de espera de las clínicas con baja afluencia de pacientes tienden a poseer sillas y sillones, agregándose además, una baja evaluación de la sala de espera. Esta característica se puede comprender porque las clínicas de baja afluencia de pacientes poseen un mobiliario más antiguo y menos confortable en comparación con las clínicas de alta afluencia.

Otro echo que podría asociarse a la baja afluencia es que proporcionalmente, estas clínicas, en su mayoría trabajan sin asistente.

Ambos puntos anteriormente señalados lo interpretamos por la escasa capacidad de inversión que poseen dichas clínicas, producto de la disminución de ingresos al bajar la afluencia de pacientes.

En nuestro estudio las variables que a continuación se señalan explican y se asocian a la alta afluencia de pacientes:

- Calidad de atención del dentista por su credibilidad, cortesía, confiabilidad ($p= 0,04$),
- Confort del box de atención por su orden limpieza y tecnología encontrada ($p= 0,0003$),
- Evaluación del tiempo durante el presupuesto dental ($p= 0,011$),
- Confort de la sala de espera ($p= 0,02$) y,
- Calidad de la señalética y aspecto del edificio donde se ubica la consulta ($p= 0,01$).

Como se ha dicho anteriormente, el cuestionario de SERVQUAL utilizado en el presente estudio fue elaborado y aplicado en el H.U.A.P (Hospital de Urgencia, Asistencia Publica de la Región Metropolitana) (Maureira , 2002).

Al comparar los resultados de la calidad de atención entregada por las asistentes dentales y el personal odontológico entre el sector privado y la unidad dental de dicho establecimiento (anexo 6), nos encontramos que, contrario de lo que se podría pensar, el hospital fue mejor evaluado que las clínicas dentales del sector privado, incluso mejor que aquellas clínicas pertenecientes al grupo de alta afluencia de pacientes.

Al analizar con mejor detalle los resultados, nos damos cuenta que no es que las clínicas del sector privado fueran mal evaluadas sino que la unidad dental del H.U.A.P fue muy bien evaluada en las dos variables en estudio. Tal echo tiene una sola una explicación, el cuestionario SERVQUAL mide la satisfacción percibida por el paciente según las expectativas que tenga del servicio, por tal motivo no hay que olvidar lo expresado por autores tales como Zeithmal, Parasuraman y Berry, (Singuer y Donoso , 2004) quienes señalan que el secreto de un buen servicio es mejorar las expectativas que el paciente tenga de nuestra empresa procesadora de personas, por consiguiente, creemos que éste fue el caso: los pacientes del hospital de urgencia (H.U.A.P) recibieron mejor servicio del que esperaban y no así nuestros pacientes encuestadores que al momento de consultar por un presupuesto tenían expectativas del servicio que no fueron satisfechas al nivel de los pacientes que asistieron a la posta.

Sin embargo, si bien las respuestas al SERVQUAL no fueron contestadas por el mismo grupo de personas, lo que también podría explicar la diferencia encontrada, no hay que dejar de reflexionar sobre el echo de que existe un grupo de clínicas, de baja afluencia de pacientes, que posee no sólo una mala satisfacción de los pacientes, lo que explica su baja afluencia, sino que dicho resultado nos refleja que poseen un servicio percibido muy por debajo del entregado por el Hospital de Urgencia, Asistencia Publica de la Región Metropolitana.

Al comparar la calidad de atención del dentista por su credibilidad, cortesía, confiabilidad y el confort del box de atención por su orden limpieza y tecnología encontrada entre la unidad dental del hospital con las consultas del sector privado, la diferencia se acorta sustancialmente si lo comparáramos con el ejemplo anterior. Más aún se puede observar que las clínicas con alta afluencia de pacientes superan en alguna medida la calidad percibida por el box de atención del hospital. Dicho resultado creemos que está asociado a la tecnología encontrada en las clínicas con alta afluencia de pacientes que dispondrían de más recursos para invertir que el sector público.

Creemos por tal motivo que la tecnología del box de atención como la limpieza y orden de éste es un factor determinante a la hora de seleccionar una consulta dentro de las características físicas de las clínicas. La inversión en una maquinaria tecnológica, amalgamador, para elaborar un determinado producto reduce la cantidad de trabajo necesaria para producirlo) entregando mayor tiempo libre para la atención (Mankiw , .2002).

Sin embargo, no es la tecnología como un commodity, la que otorga ventajas de largo plazo, sino la manera en que una empresa usa la tecnología a través de caminos innovadores (Porter , .2002). La tecnología es una buena inversión cuando se usa para crear ventajas competitivas, por ejemplo para explicar un diagnóstico y claramente es una característica que busca el paciente en las empresas de servicio del área de salud (Maureira , 2002)

Por último si calificamos la calidad de atención del dentista por su credibilidad, cortesía y confiabilidad y lo comparamos con la evaluación del tiempo ocupado en la elaboración del presupuesto o tratamiento, en el sector público y privado., podemos observar que las clínicas con alta afluencia de pacientes superan al hospital (anexo 6). Dicho resultado lo asociamos a que la atención en estas clínicas privadas es más personalizada que la entregada por en el H.U.A.P. Por tal motivo creemos que esta es la gran ventaja comparativa que posee una clínica dental privada en comparación con el sector público, el poder manejar los tiempos de atención y así entregar un servicio que sea percibido como más personalizado que le permita al paciente ver la credibilidad y confiabilidad del profesional, situación que según el autor de esta tesis difícilmente podría ser percibida en 18 minutos promedio de atención, tiempo correspondiente a las clínicas con baja afluencia de pacientes, justificando así su baja afluencia.

Un buen presupuesto será aquel que refleje credibilidad, confort y cortesía pero especialmente el tiempo dedicado a éste, éste echo alentaría al paciente a realizarse el tratamiento, debido a la disminución de su ansiedad, lo que provocaría un aumento en la afluencia de pacientes.

En nuestro estudio la alta afluencia de pacientes no explican las siguientes variables: fácil acceso, cercanía a locomoción y/o estacionamiento ($p=0.9$) Revistas, diarios (antiguos y nuevos) Televisión abierta y/o por cable($p=0.4$) y calidad de atención del personal: asistentes dentales y/o secretarías ($p=0.19$).La razón de que estas características del servicio no expliquen la afluencia de pacientes se debería a que éstas no estarían entre las expectativas que posee el paciente a la hora de elegir un profesional.

El 86 % del total de los 37 profesionales de la muestra en estudio entregó un diagnóstico acompañado de un presupuesto. Estos resultados concuerdan con un estudio que señala que el 94% de 679 dentistas informan a sus pacientes sobre el diagnóstico y las opciones de tratamiento, mientras que el 80% de ellos lo hace respecto del costo del tratamiento (Josef , 2004). El echo de que la gran mayoría realizó un presupuesto lo consideramos como un paso lógico si se quiere lograr que dicho paciente efectivamente se atienda con el profesional.

Los datos recolectados por medio de la observación directa (anexo 2) indicaron que el **86%** de los dentistas destina media hora o menos al presupuesto de un paciente y sólo el **14%** destinó más de media hora para la atención. Esto se contrasta con estudios realizados en el año 2001 donde se señala que frente a la pregunta: ¿cuánto tiempo destina para la atención de cada paciente? los resultados arrojaron que el **64.8 %** destina media hora o menos para la atención y el **31.4%** señaló que entrega más de media hora para tal actividad (Tilleria y Toledo , 2001).

La razón de dicha diferencia es que nuestra recolección de datos fue directa, en cambio el estudio del 2001 lo hizo en forma indirecta por medio de una encuesta, lo que evidenció una diferencia entre lo que pretenden destinar los profesionales a cada paciente y lo que realmente sucede en las consultas dentales.

Referente al costo de una resina posterior en el año 2005, nuestro estudio determinó que su valor en promedio, dependiendo si las clínicas son de alta, media o baja afluencia de pacientes, 1.6 UF, 1.4 UF y 1.09 UF respectivamente, resultando un promedio de **1.24 UF** por una resina posterior. En cambio el precio de una resina compuesta en el sector posterior, en el año 2001 fluctuaba de 1.12 UF a 2.18 UF, resultando un promedio de **1.65 UF** por dicha restauración lo que evidencia una devaluación asociada a la alta oferta existente de profesionales en el mercado (Tilleria y Toledo , 2001).

Como se ha evidenciado el porcentaje del arancel del Colegio de Cirujanos Dentistas con el cual un odontólogo trabaja, es directamente proporcional a la afluencia de pacientes. Este echo de altos precio y buena rentabilidad tendría explicación si nos basamos en la encuesta de ACNielsen, donde señala que para los consumidores chilenos de servicios, el precio del producto no es un factor determinante a la hora de la comprar (Ferro , 2005). Asimismo el paciente odontológico no consulta precios de los tratamientos a la hora de pedir presupuestos para una patología oral (Takacs , 2002).

La razón del por qué una clínica con un alto arancel posee una alta afluencia de pacientes se explica por los fenómenos de segmentación y valor agregado de los consumidores (Tarzijan , 2004). El hecho anteriormente mencionado de que el paciente odontológico no compara ni es influenciado por el precio al momento de elegir un dentista permite que exista la segmentación del mercado. Por lo tanto, la elección de una consulta dental está más influenciada por el valor agregado (Zorrilla , 2005) que le entrega el doctor en el presupuesto dental, que por el precio de éste.

También es factible extrapolar de los resultados, que la estrategia de marketing de trabajar bajo el arancel del Colegio de Cirujano Dentista no es tan efectiva como se podría llegar a pensar. La razón es explicada por el fenómeno económico llamado La teoría de Juegos, en el cual una reacción en cadena de las clínicas dentales ante la competencia, va bajando sistemáticamente los precios en pro a conseguir más altas afluencias de pacientes (Tarzijan , 2004).

Por lo tanto la sistemática baja de precios ante la competencia conjugada con una baja afluencia de pacientes hace que, con el tiempo la empresa de servicio se desfinancie imposibilitando mantener su costo de producción, mermando así la calidad de servicio provocando una insatisfacción a sus clientes, de ese modo un círculo vicioso.

Conclusión

Podemos señalar que el universo de odontólogos de la V región obtenido de las Páginas Amarillas es bien homogéneo en cuanto a al sexo, las horas de trabajo, ubicación geográfica y costo de los presupuestos.

Por otra parte la afluencia de pacientes sí, está relacionada con la satisfacción del servicio entregado, lo que determina que las clínicas que mejor satisfacción entregan a sus pacientes son las que poseen la más alta afluencia de pacientes.

La apariencia externa de las consultas dentales no es determinante en la afluencia de pacientes y dentro de las características internas la modernidad del dental es una tendencia que se asocia a las consulta con alta afluencia de pacientes.

Los factores asociados a la afluencia de público en las clínicas dentales privadas están constituidos por:

- Dentro del equipo de servicio, el odontólogo, por su credibilidad, cortesía y confiabilidad, es el que más se relaciona con la afluencia de pacientes.
- Confort del box de atención por su orden limpieza y tecnología encontrada,
- Evaluación del tiempo empleado en la realización del presupuesto dental,
- Calidad de la señalética y aspecto del edificio donde se ubica la consulta,
- Confort de la sala de espera.

Las características señaladas por el Polígono de Servicio se encuentran en los presupuestos entregados por las consultas de alta afluencia y finalmente el precio no es determinante en la afluencia de pacientes, asociándose los menores valores en aquellas clínicas con baja afluencia de pacientes.

Sugerencia

Se sugiere crear una entidad que certifique la calidad del servicio entregado por las clínicas de tal forma que asesore al profesional en lo que realmente deba entregar al pacientes que acude a su clínica.

Se propone crear un SERVQUAL que no sólo mida calidad de servicio entregado sino que además identifique en tiempo y espacio la falla exacta de servicio, de tal forma de evidenciar los factores del servicio que hay que modificar.

Resumen:

El objetivo del presente trabajo es caracterizar el servicio entregado por las clínicas odontológicas con alta afluencia de pacientes, distinguiéndolas de aquellas que poseen baja afluencia.

Para esto se clasificó la oferta existente en el mercado odontológico, en las ciudades de Viña del Mar, Valparaíso, Quilpué y Villa Alemana, tomando como base aquellos profesionales que están publicados en las Páginas Amarillas edición 2005.

El sujeto en estudio es aquel odontólogo que efectivamente vive económicamente de la atención dental que realiza en su consulta privada.

La clasificación tiene por objeto separar aquellas clínicas que poseen alta afluencia de pacientes de aquellas que poseen baja afluencia de pacientes, con el propósito de encontrar si existe diferencia entre ellas: en precios, infraestructura y/o satisfacción del cliente y así encontrar los factores asociados a la afluencia de público a la consulta privada.

El estudio estadístico consta de dos etapas: un análisis a priori, que consistió en la construcción del índice de ocupación, agrupando a los diversos dentistas en tres grupos, donde se observó el comportamiento de cada uno de los grupos identificados, y un análisis a posteriori, cuya investigación estadística se realizó con el soporte del software Statgraphics plus 4.0 evaluando la validez .

En el estudio efectuado las variables que a continuación se señalan, explican y se asocian a la alta afluencia de pacientes: *calidad de atención del dentista por su credibilidad, cortesía, confiabilidad* ($p= 0,04$), *confort del box de atención por su orden limpieza y tecnología encontrada* ($p= 0,0003$), *evaluación del tiempo durante el presupuesto dental* ($p= 0,011$), *confort de la sala de espera* ($p= 0,02$) y, *calidad de la señalética y aspecto del edificio donde se ubica la consulta* ($p= 0,01$), destacándose que la variable que no influye en la afluencia de pacientes, es el precio.

Bibliografías:

Avis M, Bond M, Arthur A.(1995) Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *J Adv Nurs* ;**22**: 316-321

Beltran-Aguilar ED, Estupinan-Day S, Baez R.(1999) Analysis of prevalence and trends of dental caries in the Americas between the 1970s and 1990s. *Int Dent J*;49:322-329.

Bratthall D, Hansel-Petersson G, Sundberg H.(1996) Reasons for the caries decline: what do the experts believe? *Eur J Oral Sci.*;104:416-432.

Bravo. M. (2002): Private dental visits per dentist in Spain from 1987 to 1997 An analysis from the Spanish National Health Interview Surveys. *Community Dent Oral Epidemiol* .30:315-321

Brown LJ, Wall TP, Lazar V. (2002) Trends in caries among adults 18 to 45 years old. *J Am Dent Assoc.*;133:827-834.

Carrasco,S.(2000)“evaluación de factibilidad económica de una unidad de hospitalización pediátrica” memoria para optar al título de ingeniero civil industrial, Escuela de Ingeniería Industrial. Universidad de Chile.

Carr-Hill RA.(1992) The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med* 14: 236-241.

Cobra, M. (2000) Marketing de salud. En: marketing de servicios,santa fe de Bogota. Mc Graw Hill.223-237

Colegio de Cirujanos Dentista, (2005) www.colegiodentistas.cl

Davis P.(1987) *Introduction to the sociology of dentistry: a comparative perspective*. Dunedin: University of Otago Press; 1987.

Ferro,R.(2005). ser y parecer. revista américa economía 289:18-21

Golletz D, Milgrom P, Mancl L.(1995) Dental care satisfaction: the reliability and validity of the DSQ in a low-income population. *J Public Health Dent* **155**: 2107-2111

Inglehart MR, Bagramian R A.(2002) *Oral Health-Related Quality of Life*. Ch Quintessence Publishing Co, Inc; 20:222-229

Josef, M. (2004) Patient orientation and professional orientation of Dutch dentists *Community Dent Oral Epidemiol* 32: pp. 115-120

Loverlock.C.H (1997) desarrollo de marcos de referencia para el análisis de los servicios “Mercadotecnia de servicios pearson educación :26-47

Mankiw, N.G. (2002), Economía. En: Principios de Economía Madrid Mc Craw-Hill, pp. 50.56.

Maurerira, F.A. (2002). memoria para optar al titulo de ingeniero civil industrial. Sistema de Medición de la Calidad de Servicio de Salud en un Hospital de Urgencia. Escuela de Ingeniería industrial .Universidad de Chile.

Minsal (2005) www.minsal.cl. Diagnóstico de la salud bucal en Chile.

Ntabaye MK, Scheutz F, Poulsen S.(1998) Patient satisfaction with emergency oral health care in rural Tanzania. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;**26**: 289-295.

Ormel J, Lindenberg S, Steverink N, Vonkorf M.(1997) Quality of life and social production functions: a framework for understanding health effect. *Soc Sci Med* **45**: 1051-1063.

Otero,J.(2001)<http://www.odontomarketing.com/>¿Cómo aumentar la productividad en el consultorio odontológico?.

Pilar,A.(1994)Economía basica, chile una realidad Economía básica, Chile una realidad. Autor Pilar Alonso Castillo año 1994. Capitulo 9 páginas 109- 115.

Piqueras, M.C (2004) calidad, opinión, satisfacción, clientes..., muchos conceptos para una pregunta <http://www.gerenciasalud.com/art330.htm>.

Porter, M.E. (2002) ventaja comparativa (comercio) En: ventaja competitiva..México CECSA. Pp. 135-136

Redford M, Gift HC. (1997)Dentist patient interaction in treatment decision-making: a qualitative study. *J Dent Educ* **61**: 1621-1628

Rhode Island Department of health-Health Care quality steering committee. (2001) [http:// www.healthri. Org/chi/performance/quality/quality1.pdf](http://www.healthri.org/chi/performance/quality/quality1.pdf). “Consumer and provider views on key dimensions of quality hospital care. A review of the literature” (health care quality performance measurement).

Sapag, N. y Sapag, R. (2003), Evaluación de proyectos. En: Preparación y evaluación de ProyectoSantiago Mc Craw- Hill interamericana.. pp. 36- 44.

Saurina ,C.(2005) Medida de calidad adaptación de la escala SERVQUAL al ámbito financieros <http://www.aeca1.org/pub/refc/refc113/4refc113.htm>

Singuer,M. Donoso,P. (2004) comprendiendo la calidad del servicio. Revista Management en marketing.10:4-6.

Sitzia J, Wood N.(1997) Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* **45**: 1829-1835

Sitzia J. (1999).How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* ;11:115-120

Skaret E, Weinstein P, Kvale G, Raadal M.(2003) An intervention program to reduce dental avoidance behaviour among adolescents. A pilot study. *Eur J Paediatric Dent* **71** :1914-1916.

Skaret E, Berg E, Raadal M, Kvale G.(2004) Reliability and validity of the Dental Satisfaction Questionnaire in a population of 23- year-olds in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* **25**:169-175

Skaret,E. Berg,E. Raadal, M and Kvale,G (2005). Factors related to satisfaction with dental care among 23-year olds in Norway *Community Dent Oral Epidemiol* **33**: 142-150

Stabholz A. Peretz B. Dental anxiety among patients prior to different dental treatments *int dent J* 1999;**49**:90.

Takacs,G.(2002)..A new model for setting tour fees, *dental Angle*,197:200-203}

Tarzijan,M.J.(2004)“Discriminación de precios y Segmentación”revista *Managent en Marketing*,8:8-10. “La estrategia competitiva de una empresa y la teoría de juegos” revista *Managent en Marketing*,1:4-8

Tilleria,R. Toledo,J. (2001). Seminario de tesis requisito para optar al titulo de cirujano dentista Estudio de los condicionantes del mercado de la odontología. . Escuela de Odontología. Universidad de Valparaíso.

Valerie A Zeithaml,,A. Parasum, Berry, Leonar L.(1993) “calidad total en la gestión de servicio, como lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores” Madrid España, ediciones Díaz de Santos.

Williams SJ, Calnan M.(1991) Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Soc Sci Med* **33**: 707-711

Zorrilla,H. (2005) El valor agregado del servicio de salud <http://www.angelfire.com/journal/medimarket/valorAgregado.html>

Zurita,B.Ramírez,T(2001)<http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/10%20Desempenio.pdf> Desempeño del sector privado de la salud en México. Beatriz zurita. Teresita Ramírez.

Anexos

Anexo 1: Encuesta Telefónica

Determinar el horario de atención del profesional y los días que atiende en la tarde.

Solo se llamarán los profesionales plenamente identificados y que no sean especialistas

Teléfono:

Nombre del doctor(a):

Llamar un día viernes para solicitar hora para un presupuesto

Dialogo que se realizará:

----Buenas tardes:

¿Quisiera saber qué días atiende el doctor(a) _____?

Marque los días que el profesional trabaja.

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
AM	AM	AM	AM	AM	AM
PM	PM	PM	PM	PM	PM

Excluido: (menos de tres días a la semana que atienda en la tarde)

Incluido: (más de tres días a la semana que atienda en la tarde)

Si esta incluido prosiga con la encuesta.

--- Qué día me puede dar hora después de las 6 de la tarde para hacerme un tratamiento.

Respuesta:

Viernes	Sábado	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
X	X	X	X	X	X	X	X
PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Viernes	Sábado	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
X	X	X	X	X	X	X	X
PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM

---En realidad no puedo esta semana, bueno muchas gracias, vuelvo a llamar.

Segunda parte de la encuesta telefónica, el día viernes de la semana siguiente.

Diálogo:

--- Quisiera pedir una hora para un tratamiento con el doctor(a) _____ para cualquier día, pero después de las 6 de la tarde.

Respuesta:

Viernes	Sábado	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
X	X	X	X	X	X	X	X
PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Viernes	Sábado	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
X	X	X	X	X	X	X	X
PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM

---En realidad no puedo esta semana, bueno muchas gracias, vuelvo a llamar.

Se repite dos veces más el último paso

Uso exclusivo del mandante

Resultados

Número de horas trabajados por el profesional: _____

Número de días trabajados por el profesional: _____

Anexo 2: Observación directa del inmueble

Hora de atención

Hora en que se me citó
Hora en que llegué a la clínica
Hora en que se me atendió
Hora en que dejé la clínica

Evaluación de Cortesía y Comunicación del personal de servicio con funciones secundarias

Personal:

- Una persona con función de asistente dental y secretaria.
- Dos personas: una con función de asistente y otra de secretaria.
- Más de dos secretarias por clínica visitada.

UD considera que el personal es suficiente para una buena atención

s/e			1	2	3	4	5	6	7
-----	--	--	---	---	---	---	---	---	---

Se evalúa Accesibilidad

Considera UD. que el acceso a la clínica fue:

- Fácil
- Difícil
- No sabría definirlo

La consulta visitada se encuentra:

- En una calle donde pasa locomoción colectiva
- Cerca de un estacionamiento

UD. considera que su grado de comodidad en el acceso a la clínica es de:

s/e			1	2	3	4	5	6	7
-----	--	--	---	---	---	---	---	---	---

Elementos Tangibles

1.-"Elementos de distracción que se encuentran en la sala de espera"

En la sala de espera encuentro

- Revistas antigua (más de un mes de antigüedad)
- Revistas nuevas (menos de un mes de antigüedad)
- Inserto de diarios
- Diarios del día
- Diarios de más de un día de antigüedad
- Televisión
- Televisión por cable
- Máquina de café
- Máquina de agua
- Otros especifique _____

2.-"Tipo de mueble encontrado en la sala de espera"

- sólo sillas
- sólo sillones
- sillas y sillones

3.-El sillón dental y sus accesorios

- Considera que es moderno
- Considera que es antiguo
- No sabría decirlo

Señale en qué medida UD se atendería en la clínica visitada

S/e		1	2	3	4	5	6	7
-----	--	---	---	---	---	---	---	---

SERVQUAL Evaluación del tiempo en la sala de espera

Factor 6 1. Evaluación del Tiempo trascurrido

S/e		1	2	3	4	5	6	7
-----	--	---	---	---	---	---	---	---

Factor 6 2. Nivel de satisfacción percibido en ese tiempo.

S/e		1	2	3	4	5	6	7
-----	--	---	---	---	---	---	---	---

Se evalúa Confiabilidad, Profesionalidad, Credibilidad, Comunicación

¿Cuánto duró la atención para dar el diagnóstico?

minutos

Factor 6 **SERVQUAL**

UD. Evalúa este tiempo como:

S/e 1 2 3 4 5 6 7

El dentista me atendió durante el presupuesto

Sin moverme del sillón dental

En el sillón dental y un escritorio

Sexo: M-- F—

Edad: ___ años.

Número de box dentales que me es posible divisar:

S/e 1 2 3 4 5 6 7

Número de dentistas trabajando que me es posible divisar:

S/e 1 2 3 4 5 6 7

Anexo 3: Servqual

Encuesta de satisfacción del cliente en la atención dental privada

*EVALUÉ LA CLÍNICA QUE UD ESTA VISITANDO DESDE UN 1 A UN 7 SIENDO
1 UNA PÉSIMA EVALUACIÓN Y 7 UN EXCELENTE SERVICIO DE CALIDAD*

FACTOR 1: Calidad de atención del personal: asistentes dentales y/o secretarias

¿Qué nota le pondría UD a...?	
1	El trato recibido por la asistente dental
	s/e 1 2 3 4 5 6 7
2	La disposición a escuchar por parte del personal de la clínica
	s/e 1 2 3 4 5 6 7
3	La paciencia del personal asistencial
	s/e 1 2 3 4 5 6 7
4	La confianza que inspiran el personal de la clínica
	s/e 1 2 3 4 5 6 7
5	El interés por el presupuesto del paciente
	s/e 1 2 3 4 5 6 7
6	La disposición de entregar información del personal de la clínica
	s/e 1 2 3 4 5 6 7
7	La limpieza de la vestimenta del personal de la clínica
	s/e 1 2 3 4 5 6 7
8	La colaboración o trabajo en equipo visto en el personal asistente
	s/e 1 2 3 4 5 6 7
9	La facilidad para identificar el nombre y/o cargo del personal
	s/e 1 2 3 4 5 6 7
10	El trato humanitario
	s/e 1 2 3 4 5 6 7
11	El trato igualitario
	s/e 1 2 3 4 5 6 7
12	La eficiencia en la utilización del tiempo del personal asistencial
	s/e 1 2 3 4 5 6 7
13	Las facilidades existentes para presentar reclamos, sugerencias y felicitaciones
	s/e 1 2 3 4 5 6 7

FACTOR 2 Calidad de la señalética y aspecto del edificio donde se ubica la consulta

¿Qué nota le pondría UD a...?									
1	La utilidad de la información de los letreros de orientación								
	S/e		1	2	3	4	5	6	7
2	La calidad de la información de los paneles educativos								
	S/e		1	2	3	4	5	6	7
3	La claridad de la información de los letreros de orientación								
	S/e		1	2	3	4	5	6	7
4	La estética o presentación general del establecimiento								
	S/e		1	2	3	4	5	6	7

FACTOR 3: Calidad de atención del dentista (credibilidad, cortesía, confiabilidad)

1	El nivel de atención personalizada								
	S/e		1	2	3	4	5	6	7
2	La competencia profesional recibida								
	S/e		1	2	3	4	5	6	7
3	La utilidad del servicio recibido								
	S/e		1	2	3	4	5	6	7
4	El trato recibido por el dentista								
	S/e		1	2	3	4	5	6	7

FACTOR 4: Confort del box de atención, orden, limpieza y tecnología

¿Qué nota le pondría UD a...?										
1	La limpieza del box de atención									
	<table border="1"><tr><td>s/e</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	s/e		1	2	3	4	5	6	7
s/e		1	2	3	4	5	6	7		
2	La limpieza de las sillas de atención dental									
	<table border="1"><tr><td>s/e</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	s/e		1	2	3	4	5	6	7
s/e		1	2	3	4	5	6	7		
3	La calidad de los equipos e instrumentos médicos									
	<table border="1"><tr><td>s/e</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	s/e		1	2	3	4	5	6	7
s/e		1	2	3	4	5	6	7		
4	La condición de los muebles del box de atención									
	<table border="1"><tr><td>s/e</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	s/e		1	2	3	4	5	6	7
s/e		1	2	3	4	5	6	7		
5	La comodidad del box de atención									
	<table border="1"><tr><td>s/e</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	s/e		1	2	3	4	5	6	7
s/e		1	2	3	4	5	6	7		
6	Disposición de recursos tecnológicos									
	<table border="1"><tr><td>s/e</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	s/e		1	2	3	4	5	6	7
s/e		1	2	3	4	5	6	7		

FACTOR 5: Confort de la sala de espera

¿Qué nota le pondría UD a...?										
1	La limpieza de la sala de espera									
	<table border="1"><tr><td>s/e</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	s/e		1	2	3	4	5	6	7
s/e		1	2	3	4	5	6	7		
2	La comodidad de los asientos de la sala de espera									
	<table border="1"><tr><td>s/e</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	s/e		1	2	3	4	5	6	7
s/e		1	2	3	4	5	6	7		
3	La limpieza general del edificio donde se ubica la consulta									
	<table border="1"><tr><td>s/e</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	s/e		1	2	3	4	5	6	7
s/e		1	2	3	4	5	6	7		
4	La condición general de las sala de espera									
	<table border="1"><tr><td>s/e</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	s/e		1	2	3	4	5	6	7
s/e		1	2	3	4	5	6	7		

Evaluación general.

Evaluación general							
Calidad general de la sala de espera							
s/e	1	2	3	4	5	6	7
Satisfacción general por la atención dental recibida							
s/e	1	2	3	4	5	6	7
Recomendaría la clínica							
s/e	1	2	3	4	5	6	7
JUSTIFIQUE LA RESPUESTA							
<hr/> <hr/> <hr/>							

Anexo 4: Presupuesto de pieza 3.6

Presupuesto

		Nombre del doctor	
		Nombre del encuestador	
Pieza dentaria	Tratamiento	Valor del Dr.	Valor CCD

Total

Porcentaje

Facilidades de pago

Cheques (numero)

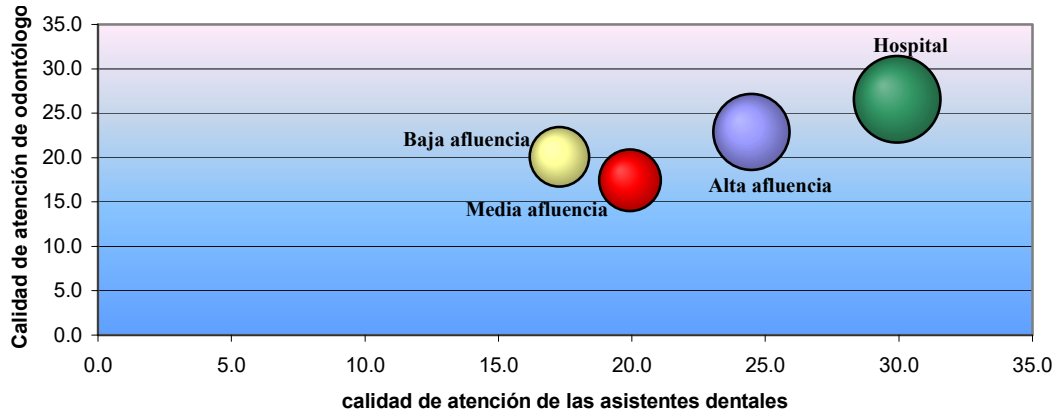
Tarjetas (cuales)

Cuotas en efectivo (número)

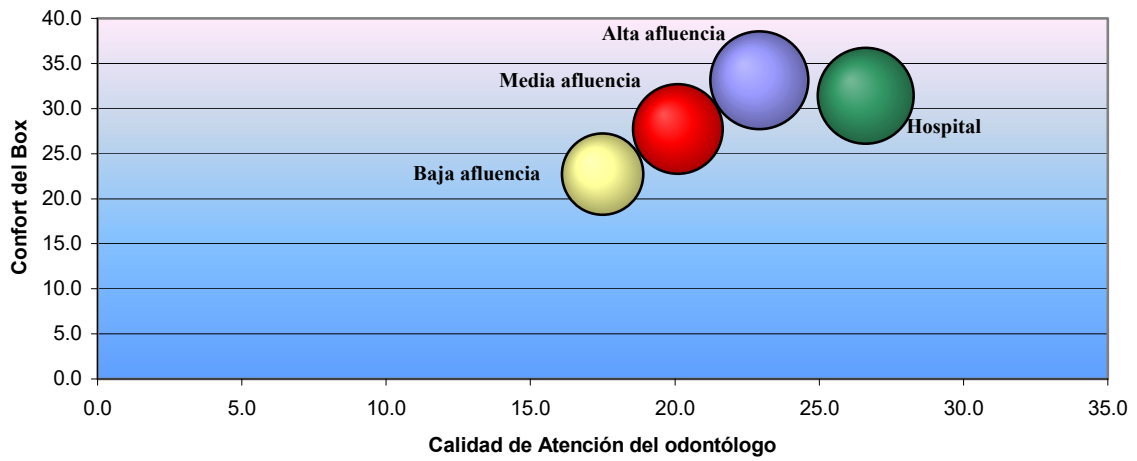
Otros

Anexo 5: Comparación con el H.U.A.S. (Hospital de urgencia, asistencia pública)

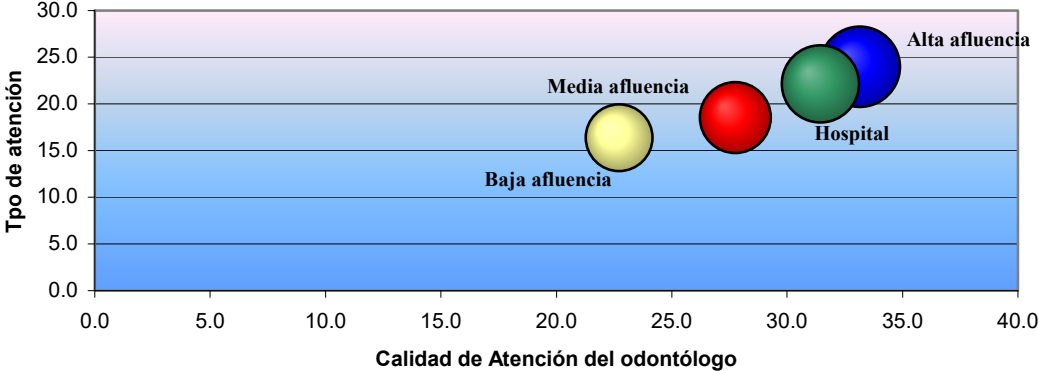
calidad de atención de las asistentes dentales v/s odontólogo



Calidad de Atención del odontólogo v/s Confort del Box



Calidad de Atención de odontólogo v/s Tpo de atención



Anexo 6: Tabla de correlaciones

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	FACTOR 6
P36	0.826					
P45	0.776					
P43	0.766					
P44	0.733					
P47	0.7					
P46	0.698					
P49	0.622					
P51	0.594					
P35	0.551					
P41	0.523					
P40	0.506					
P32		0.835				
P31		0.795				
P30		0.698				
P34		0.635				
P33		0.62				
P52		0.556				
P67		0.48				
P70		0.409				
P72			0.817			
P73			0.792			
P71			0.691			
P74			0.575			
P69			0.517			
P42				0.693		
P48				0.63		
P64				0.595		
P37				0.502		
P65				0.48		
P22					0.804	
P24					0.623	
P54					0.471	
P50					0.46	
P55					0.428	
P17						0.65
P16						0.63
P66						0.559