



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Calidad de la Atención Odontológica y su Relación con
la Fidelización del Paciente. Laredo, 2017.**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORAS

Br. Costa Sinacay, Isella

Br. Murga Ramírez, Greisy Pierina

ASESORA

Dra. Miryam Griselda Lora Loza

SECCIÓN

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de las Prestaciones Asistenciales

PERÚ - 2018

PÁGINA DEL JURADO

Mg. Enma Pepita Verástegui Gálvez
Presidenta

Mg. Jorge Luis Díaz Agreda
Secretario

Dra. Miryam Griselda Lora Loza
Vocal

DEDICATORIA

A Dios.

Por su amor infinito, por guiarme siempre por el buen camino, y salir victoriosa ante cualquier dificultad.

A mi familia

A mis padres Gladis y Francisco, por el ser el motor de mi vida, por sus enseñanzas, por querer siempre lo mejor para mí. **A mis hermanas Milagros y Fiorella**, por el apoyo incondicional y por tanto amor. **A mis angelitos: Josefina y Alberto**, siempre los llevo en mi corazón.

A mi tío Carlos

Por estar presente en los momentos importantes de mi vida.

A Martín, Sra. Perlita, familiares

Por tanto amor, respeto, cariño hacia mi persona.

DEDICATORIA

A Dios.

Por ser mi fuerza, mi vida, la luz de mi camino, mis ganas de seguir adelante, por tu amor infinito y porque siempre estás en mi corazón dándome la sabiduría necesaria para mis estudios y para mi vida personal.

A mi familia

A mis padres Gilmer y Teófila, porque Dios eligió los mejores padres para mí, por su amor, por haberme apoyado tanto, por ser mi modelo a seguir, por estar siempre cuando los necesito. **A mis hermanas Pamela y Allison**, por su apoyo, sus palabras y cariño, **A mi mamá y mami**, sin su amor, ternura y comprensión no sería quien soy ahora, gracias por regalarme los mejores años de mi vida al lado de personas tan especiales como ustedes.

A Jeffer, familia y amistades

Por su amor y comprensión en todo éste tiempo, por decidir formar una familia a mi lado y apoyarme en mis metas, a su familia por el cariño y apoyo constante, a mis amigas por siempre compartir mis alegrías.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora, Dra. Miryam Griselda Lora Loza

Por su apoyo constante en la realización de esta tesis. A mis docentes de Postgrado de la Universidad César Vallejo, por su contribución con mi formación académica.

A la Universidad César Vallejo

Gracias por haberme permitido realizar mis estudios de Magister, por el apoyo recibido, así como también a los diferentes docentes que brindaron conocimientos valiosos para mi formación y a todas las personas que fueron partícipes de este proceso.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Nosotros Bachilleres Isella Costa Sinacay y Greisy Pierina Murga Ramírez, estudiantes del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo - Trujillo, declaramos que el trabajo académico titulado: "Calidad de la Atención Odontológica y su Relación con la Fidelización del Paciente. Laredo, 2017." es de nuestra autoría.

Por lo tanto declaramos lo siguiente:

1. Hemos mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificado correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
2. No hemos utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en éste trabajo.
3. Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico.
4. Somos consciente de que nuestro trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
5. De encontrar uso de material ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, nos sometemos a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Trujillo, 14 Diciembre 2017



Br. Isella Costa Sinacay
DNI 41357558



Br. Greisy Pierina Murga Ramírez
DNI 46666052

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

Cumpliendo con el Reglamento de grados y títulos de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, presentamos a vuestra consideración el presente trabajo de investigación titulado: “Calidad de la Atención Odontológica y su Relación con la Fidelización del Paciente. Laredo, 2017.”, con la finalidad de obtener el grado académico de Maestras en Gestión de los Servicios de la Salud.

La investigación se ha ceñido estrictamente a los cánones impuestos por la metodología de investigación científica, esperando por ello cumplir con los requisitos para su aprobación. En una primera parte se describe la realidad problemática y el estado del arte del área temática, precisándose las dimensiones de la calidad de la atención odontológica y sus dimensiones (fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y tangibilidad) y su relación con la fidelización del paciente. Para tal efecto se aplicaron la Escala Unidimensional de Fidelización del Paciente Odontológico de Vargas (2015), adaptada para el presente estudio con un Alfa de Cronbach 0,866 y la Escala Multidimensional SERVQUAL elaborada por Parasunaman, Zeithaml y Berry, 1988 cuyas dimensiones alcanzaron coeficientes Alfa de Cronbach entre 0,958 a 0,988. Se continúa con la exposición y discusión de los resultados, extrayéndose conclusiones y recomendaciones relativas al cuidado de la salud.

Por lo expuesto señores miembros del jurado recibo vuestros aportes y sugerencias para seguir mejorando el presente trabajo de investigación, así como la comprensión ante errores involuntarios que sabré enmendar.

Atentamente.

Br. Isella Costa Sinacay
DNI 41357558

Br. Greisy Pierina Murga Ramírez
DNI 46666052

INDICE

PÁGINA DEL JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
PRESENTACIÓN	vii
RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCION:	12
1.1 Realidad Problemática:.....	12
1.2 Trabajos Previos.....	15
1.3 Teorías relacionadas al Tema.....	20
1.4 Formulación del Problema	30
1.5 Justificación	30
1.6 Hipótesis	31
1.7 Objetivos	31
II. METODOLOGÍA.....	33
2.1 Tipo de Estudio	33
2.2 Diseño de la Investigación	33
2.3 Variables, operacionalización.....	34
2.4 Población, muestra y muestreo.....	34
2.5 Técnica e instrumentos de recolección de datos	36
2.6 Métodos de Análisis de Datos	41
2.7 Aspectos Éticos	41
III RESULTADOS	43
IV. DISCUSIÓN	49
V. CONCLUSIONES.....	55
VI. RECOMENDACIONES	56
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
VIII. ANEXO	63

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Ficha técnica de validación y confiabilidad de la Escala Unidimensional de Fidelización del Paciente Odontológico de Vargas (2015)	37
Tabla 2:	Ficha Técnica de validación y confiabilidad de la Escala Multidimensional SERVQUAL elaborada por Parasunaman, Zeithaml y Berry, 1988.	39
Tabla 3	Relación entre la calidad de la atención odontológica a nivel general con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.	43
Tabla 4:	Relación entre la fiabilidad inherente a la calidad de la atención odontológica con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.	44
Tabla 5:	Relación entre la capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la calidad de la atención odontológica con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.	45
Tabla 6:	Relación entre la seguridad inherente a la calidad de la atención Odontológica con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.	46
Tabla 7:	Relación entre la empatía inherente a la calidad de la atención odontológica con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.	47

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la relación entre la calidad de la atención odontológica con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017, se desarrolló una investigación descriptiva correlacional de diseño transversal en la que se aplicaron las escalas de Fidelización del Paciente Odontológico de Vargas (2015) y la Escala Multidimensional SERVQUAL elaborada por Parasunaman, Zeithaml y Berry, 1988. En la investigación participaron 240 pacientes de los servicios odontológicos del Distritos de Laredo (80 del MINSA, 80 de EsSalud y 80 pacientes de entidades privadas). Se encontró que la calidad de la atención odontológica a nivel general es percibida mayoritariamente como Buena (50,4%) y sus dimensiones de fiabilidad como Regular (48,3%); responsabilidad, Buena (58,3%); seguridad, Buena (52,1%); empatía, Buena (65,8%) y, la Tangibilidad como Buena (47,1%). Se concluye que la calidad de la atención a nivel general y en todas sus dimensiones (fiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía y tangibilidad) se relacionan muy significativamente ($p < 0.001$) con la fidelización del paciente que se categorizó mayoritariamente en un nivel Alto (86,3%).

Palabras clave: calidad de la atención odontológica y fidelización del paciente.

ABSTRACT

In order to determine the relationship between the quality of dental care and patient loyalty in the district of Laredo, 2017, a descriptive and correlational research was developed in which the Ovarian Dental Patient Loyalty scales were applied. (2015) and the SERVQUAL Multidimensional Scale prepared by Parasunaman, Zeithaml and Berry, 1988. The study involved 240 patients from the dental services of the Laredo Districts (80 from the Ministry of Health, 80 from EsSalud and 80 patients from private entities). It was found that the quality of dental care at a general level is mostly perceived as Good (50.4%) and its reliability dimensions as Regular (48.3%); responsibility, Good (58.3%); Safety, Good (52.1%); Empathy, Good (65.8%) and, Tangibility as Good (47.1%). We conclude that the quality of care at a general level and in all its dimensions (reliability, responsibility, safety, empathy and tangibility) are very significantly related ($p < 0.001$) with the patient's loyalty that was mostly categorized at a High level (86.3%).

Key words: quality of dental care and patient loyalty

I. INTRODUCCION:

1.1 Realidad Problemática:

Hasta la última década la percepción de la calidad del servicio odontológico y la fidelización del paciente no había sido una preocupación del dentista, debido a que el tipo de negocio y el mercado de salud buco dental estaba liderado por la clínica dental tradicional; aquel consultorio pequeño, con un grupo reducido de paciente y un dentista con poca capacidad de financiación, con un trato más cercano al paciente, pero, con una cartera de pacientes que permitía la subsistencia del negocio (Barder, 2009).

Hoy se observan cambios sustanciales en este sector, tales como el gran aumento de profesionales odontólogos y estomatólogos, una fuerte contención de precios de los servicios dentales, la presencia de grandes cadenas de franquicias dentales (creadas por propietarios no dentista en muchos casos) incluso en el ámbito internacional la oferta es excesiva como también es excesivo los tipos de clínicas dentales que ofrecen nuevos servicios, nuevos precios otras calidades en los tratamientos y también un nuevo paciente (Christiani, Rocha, Valcesia, 2015).

Paralelamente los sistemas de financiación y de precios de éstas clínicas odontológicas (incluyendo los servicios de consultorios dentales del Estado), van en paralelo a estrategias de fidelización de clientes que no habían sido utilizadas anteriormente en el sector buco dental. Hoy las estrategias comerciales de este sector son agresivas haciendo que una de las principales preocupaciones de este sector sea mantener a los mejores pacientes para evitar su fuga a causa de las tácticas de fidelización de las grandes cadenas o instituciones odontológicas en el mercado. Lógicamente la clínica tradicional no puede encarar éste comportamiento del mercado bucodental utilizando la manera tradicional de hacer negocio (Carbajal, 2015).

Los colegios profesionales promueven políticas para mantener el equilibrio de un mercado saturado por la oferta, sin embargo, solventar positivamente

los problemas que acarrearán, social y económicamente, van por el lado de trabajar sobre la relación entre la calidad de la atención odontológica con la fidelización del paciente dentro de un mercado que trata de entender el comportamiento del paciente a partir de fórmulas muy diversas de trabajo y que son realizadas en la mayoría de casos para sobrevivir (González et al., 2007).

Los principales problemas de estos procesos están asociados, por ejemplo, al incremento del conocimiento de la salud buco dental; a la mejora de la prestación de servicio teniendo en cuenta los nuevos modelos de negocios; nuevos tipos de clínicas dentales aparecidos en los últimos años; problemas de gestión por parte del empresario dentista quien compite con otros empresarios no dentistas y con las políticas de atención del Estado con una nueva cultura del negocio dental; renuencia de un sector de odontólogos y estomatólogos para la aplicación de estrategias de marketing. Estos problemas han llevado a un deterioro de la situación laboral de estos y consecuentemente de la salud del paciente en nuestra realidad actual (González et al., 2007; Palihawadana y Barnes, 2004).

A partir de esa realidad mundial, las vertientes teóricas que trataron de explicar dichos fenómenos apuntaron primero al tema de la satisfacción del usuario (paciente), como lo señalara Kaldeberg, et al., 1997 y Uelecshy, et al., 2007, pasando desde luego por el estudio de modelos de evaluación de la calidad de los servicios en salud, por ejemplo, el SERVQUAL de Parasunaman, Zeithaml y Berry (1988), quienes lideran las investigaciones sobre la calidad de la atención y satisfacción de pacientes en las clínicas dentales.

Ambas vertientes cuentan con escasos estudios con los que puedan atribuir causalidad, sin embargo, los colegios profesionales vienen señalando la necesidad de realizarlos no sólo desde el punto de vista descriptivo de los hábitos de higiene bucal y algunos comportamientos de los pacientes de la clínica dental. Se apunta hacia el tema de la fidelización o lealtad del

paciente en la clínica dental. Los estudios aún son muy recientes y es poco prolífera la renovación teórica en esta área. Sin embargo, ya quedaron atrás las pocas investigaciones sobre la relación del paciente con la clínica dental, los contextos cambiaron y las áreas temáticas, aunque son poco permeables al conocimiento, permiten ejercer criterios de valor para determinar las estrategias de cambio que exigen las nuevas condiciones del mercado para la prestación de servicios odontológicos (Pinilla y Petrova, 2012).

En esta circunstancia no es muy válido basar las investigaciones en juicios subjetivos, pero, si le corresponde a las investigaciones descriptivas-correlacionales jugar un papel muy importante al respecto, dado que la diversidad de la metodología de marketing, según Davis et al. (2013), está en detrimento y los problemas reales del mercado son cada vez mayores.

Partiendo de esta perspectiva la presente investigación se orienta por lograr resultados estadísticos que permitan no ignorar el tema de la causalidad y más bien integrarlo de tal manera que se pueda abrir una plataforma de trabajo multicolineal (muchas relaciones) de forma adecuada e ideal para que sus resultados puedan ser de utilidad en la aplicación de estrategias de mejoras en la atención de la salud bucodental (Dorotic, Bijmolt y Verhoef, 2011). En tal sentido se ha escogido una población con características sociodemográficas muy variadas urbana, periurbana y semi rural, como es el distrito de Laredo ya que cuenta con pacientes odontológicos asegurados y no asegurados, que asisten a establecimientos de salud del Estado (MINSA) semi privados (EsSalud) y privados (consultorios y clínicas odontológicas).

Laredo es un distrito que aglutina una población ubicada en estratos socioeconómicos C, D, E y F cuya actividad principal es la producción y comercialización de azúcar, su desarrollo urbano es precario y cuenta con cinco Centro Poblados Menores: Quirihuac Nuevo, Santa Rosa, Las Cocas, Cerro Blanco, Bello Horizonte y Menocucho. La población sobrepasa aproximadamente los 40,000 habitantes que se atienden en

Establecimientos de Salud como el CAP II Laredo EsSalud, Hospital I-3 Laredo del MINSA y una Posta Médica Municipal. A nivel privado 3 Centros médicos (INEI, 2016).

Los problemas de salud bucodental son evidentes atribuidos a malos hábitos alimenticios y nutricionales y a las malas condiciones de vida material y espiritual. Gran parte de la población incluyendo la asegurada toma opciones de atención de su salud bucodental en la ciudad de Trujillo (a 15 minutos). Los establecimientos del Seguro social y el Minsa, son criticados por la mala calidad en la prestación de los servicios que brinda o que no tienen. De los que se atienden en éstos establecimientos, la mayoría no tiene acceso a una atención oportuna, amable y adecuada a su realidad individual y social. La queja por malos tratos y malos resultados de la atención son muy continuas. De ello se desprende que la investigación sobre la calidad de la atención y su relación con la fidelización del paciente odontológico es una necesidad respondiendo al criterio de pertinencia sanitaria.

1.2 Trabajos Previos

Entre los principales estudios tenemos al reportado por Mercado K (Ecuador, 2016) su objetivo fue demostrar que la calidad es una cuestión de todos y permite crear alianzas a largo plazo por la fidelidad de los clientes debido al buen trato receptado. La investigación descriptiva, explicativa y documental se realizó en el ámbito de la Provincia Esmeraldas con 186 Odontólogos y 534 mil habitantes. Se encontró que solo 108 Odontólogos estaban activos y el Centro Odontológico no cuenta con procesos definidos para ningún parámetro, para crear una empresa. El manejo administrativo es manera empírica. La carga laboral diaria de los trabajadores, no es equilibrada, y en ocasiones es demasiado exigente. La calidad del servicio es Regular y mala 40% lo que significa que los pacientes en ocasiones sean mal atendidos. El nivel de satisfacción del paciente es mayoritariamente media (58%) (Mercado, 2016).

Así también, se tiene el reporte de Vargas A. (España, 2015), cuyo objetivo fue proponer un modelo del comportamiento del paciente de la clínica dental basado en la percepción de la calidad del servicio (SERVQUAL), la fidelización del paciente acciones de marketing relacional aspecto socio económico relevante de los pacientes de clínicas dentales. La investigación cuali-cuantitativa incluye cinco entrevistas a expertos dentistas y la aplicación de dos tipos de encuestas (a 200 en pacientes y 220 en odontólogos y estomatólogos colegiados de la Primera Región Madrid). Se obtuvo una Red Bayesiana compuesta por seis módulos dos de ellos de observación directa y cuatro sub modelos actitudinales “Disease Information”, socioeconómico y de servicio. Se concluye que los sub modelos actitudinales son más sensibles y significativos. La fidelización del paciente se le atribuye a la percepción del “Disease Information” mostrando que la percepción de la calidad de en la atención se relaciona significativamente con la fidelización del paciente (Vargas, 2015).

De igual manera se cuenta con el reporte de Martínez y Martínez (España, 2010), sus objetivos fueron inferir ecuaciones a partir de la conceptualización de los modelos más extendidos en calidad del servicio su análisis cuantitativo de los modelos de atención odontológica. La investigación bibliográfica, involucró el análisis de 230 estudios publicados On Line. Concluye que es necesario volver a estudiar la calidad del servicio partiendo de técnicas cualitativas. La calidad del servicio es una entidad diferente a las dimensiones conocidas sin ninguna relación causal entre ellas. La calidad del servicio es compuesto de diversas variables obtenidas a partir de la medición más creativa. La calidad del servicio compuesto de variadas dimensiones obtenidas es un modelo espurio atendiendo a los pro y contra de cada perspectivas (Martínez y Martínez (España, 2010).

Por su parte Christiani, Rocha y Valcesia (Argentina 2015) identifican y valoran eventos adversos relacionados con la práctica odontológica. El estudio observacional descriptivo de notificación voluntarias de eventos adversos en odontología, tuvo en cuenta el tipo de tratamiento, tipo de

evento y gravedad. Se recolectaron 208 notificaciones de las cuales 131 fueron por problemas relacionados con la atención o procedimientos; 74 errores por manejo inadecuado de la técnica, 20 errores en la planificación, 22 fracturas de instrumental, 9 en el diente a tratar y 6 en la zona a intervenir. También se recibieron 29 notificaciones de cortes, fracturas de la tabla ósea o piezas dentarias; 8 de ingestión /aspiración de material odontológico y 4 daños oculares los errores relacionados con la medicación se presentaron en 19 reacciones adversas a medicamentos y 2 errores en la medicación. De acuerdo a la gravedad se recolectaron 54 notificaciones de lesiones transitorias y 18 lesiones permanentes (pérdida de la pieza dentaria). Se concluyó que los errores en odontología, son leves, repetitivos y potencialmente peligrosos. Es necesario implementar acciones para crear una cultura de seguridad del paciente (Christiani, Rocha y Valcesia, 2015).

En el estudio de Guerra J. (Ecuador, 2015), su objetivo fue identificar los factores que influyen en la percepción de la calidad de atención del paciente entre 25 y 45 años, en la clínica integral de octavos semestres de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, en el Período de febrero a julio del año 2015. La calidad de la atención odontológica que se brinda se puede evaluar por el nivel de satisfacción de los pacientes que reciben este servicio, de ahí la importancia de nuestra investigación para trazar estrategias o medidas para brindarle un mejor servicio. El tipo de estudio fue transversal, la muestra estuvo conformada por 75 pacientes y en los resultados obtenidos se observó que en la dimensión de disponibilidad de recursos y biomateriales para satisfacer las necesidades de los pacientes hay una diferencia en el punto de vista entre hombres y mujeres. En relación a la fiabilidad también se notó diferencia en el punto de vista de acuerdo a la edad, las demás dimensiones, incluyendo la valoración total no dependieron ni del sexo ni de la edad del encuestado. Para el mejoramiento de la calidad de los servicios odontológicos se necesita de la incorporación de un modelo de gestión que facilite articular las necesidades de la atención odontológica de la sociedad con el desempeño del equipo de salud, la oferta del servicio y la evaluación continua (Guerra, 2015).

Carvajal E (España, 2015), el objetivo de esta investigación fue comprender y valorar los elementos que generan satisfacción y fidelidad en el cliente. La investigación descriptiva de carácter evaluativa, se basa en el estudio de investigaciones ya existentes, y se enfoca en diferentes variables que pueden generar satisfacción en el consumidor en grandes cadenas, supermercados y tiendas de convivencia de Madrid. Se encontró que se otorga en estos tres niveles suma importancia a las variables de fidelización y en su mayoría utilizan técnicas cualitativas y cuantitativas para diagnosticar dimensiones que permiten valorar la fidelidad del cliente. También encuentra relación significativa entre la satisfacción del servicio con la fidelidad del cliente (Carvajal, España, 2015).

Vargas, Solana, Mercado (España 2014) el objetivo es determinar la relación entre las expectativas del paciente y la calidad del servicio. La investigación descriptiva hace uso del SERVQUAL desde la perspectiva del dentista. Encuentra relación significativa entre las expectativas del paciente y calidad del servicio e identifica líneas de investigación relevantes: Enseñar al paciente a evaluar la calidad técnica de la clínica dental, enseñar al dentista a demostrar su calidad técnica, determinar diferencias –en la evolución de la calidad del servicio del paciente cuando la enfermedad es grave y cuando no lo es, determinar cuánto afecta la renuencia del paciente a la percepción de la calidad del servicio entre otra (Vargas, Solana y Mercado, 2014).

Araya C. (Chile, 2011). Su objetivo fue Determinar la calidad de atención Odontológica Pública, basada en consideraciones intangibles, desarrollada por los usuarios registrados en Centros de Salud Familiar de Atención Primaria Urbana. Se hizo uso de una herramienta, la escala SERVPERF, validada en las empresas privadas de servicio y basada sólo en las percepciones como una forma de evaluar la calidad, es decir se encuentran sólo dimensiones intangibles. Se tomó una muestra de 405 personas de un universo poblacional de 48.746, permitiéndose un error del 5% con un nivel de confianza del 95% y se aplicó en sus hogares una encuesta elaborada para la ocasión. Se observó cuál es la percepción de la atención a uno de

los grupos más vulnerables de los usuarios, las personas con discapacidad. Los resultados mostraron la valoración más baja para la *folletería y recetas* con un 4,85 en la escala 1 a 7, siendo este último lo mejor. Un 6,84 fue la nota asignada al *sistema de acopio de datos* y un 4,91 para *los demás miembros del consultorio*. Un 5,79 es la nota que obtienen *los odontólogos* que otorgan la prestación. El criterio Empatía resultó ser la media más baja y distinta a todos ($p < 0,004$). En las personas con discapacidad, los resultados mostraron mayor deficiencia en la atención con una media general de 4,82, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre los promedios de los criterios. Al comparar la atención de las personas no discapacitadas con personas discapacitadas, todos los promedios de estos últimos fueron inferiores ($p < 0,05$) (Araya, 2011).

Avalos J. (Perú, 2015), su objetivo fue determinar la incidencia de un Plan de Marketing en el incremento de las ventas de servicios de la Clínica Odontológica DENTHOS del Distrito de Trujillo años 2015. La investigación pre experimental con solo post prueba involucró a 150 clientes externos 65 de sexo masculino y 85 femenino. Se encontró que la propuesta de un Plan de Marketing obtuvo resultados favorables al incrementar significativamente las ventas en un 25 %. Los clientes se encontraron satisfechos con el servicio brindado destacando como positivo el trato y descuentos por servicios fidelizando clientes para la clínica. La publicidad de mayor impacto fue el Facebook, Twitter (principales redes sociales) a nivel personal, los volantes y la modernización de los equipos así como los precios competitivos para el mercado odontológico local (Avalos, 2015).

Rodríguez M. (Perú, 2012), cuyo objetivo fue identificar los factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la Clínica de la Facultad de la UNMSM. La investigación involucró a 210 pacientes mayores de 14 años de edad que recibieron atención durante el segundo semestre del 2011. Se aplicó la encuesta SERVQHOS modificada. Se encontró que el nivel de calidad percibida fue Regular (71,4%), los factores

que influyen en la percepción de calidad son la edad y el grado de instrucción. La puntualidad en la atención y el tiempo de espera influyen negativamente en la percepción de la calidad (Rodríguez, 2012).

1.3 Teorías relacionadas al Tema.

Calidad de la Atención

Actualmente, la calidad de la atención en salud se considera como una parte importante dentro de la estrategia global de la prestación de servicios en salud. En ella la opinión del paciente-usuario-cliente tiene un papel central. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002, definió el concepto “calidad” referida a los servicios sanitarios como “la situación en la que el paciente es diagnosticado y tratado correctamente según los conocimientos actuales de la ciencia, y según sus factores biológicos, con el coste mínimo de recursos, la mínima exposición de riesgos posibles de daño adicional y la máxima satisfacción para el paciente” (OMS, 2002).

Es el paciente quién determina si un servicio es aceptable, por lo que hemos de tener conocimiento de las necesidades, preferencias y valores que tienen respecto a su salud y de los servicios prestados a la hora de diseñar y mejorar la asistencia prestada. Esta es la aportación de lo que se conoce como Gestión Total de la Calidad, en la que la calidad de un producto se define en función de los clientes a quienes va dirigido. El objetivo de la misma es conseguir y mejorar los resultados a través de la satisfacción del paciente. Además, introduce el concepto de mejora continua en todos los estamentos de la organización, los cuales han de tener como objetivo la excelencia (Mittal y Frennea, 2010).

Respecto de la calidad del servicio odontológico, es importante comenzar refiriéndonos a la calidad como una dimensión primariamente técnica que incluye soluciones médicas, conocimientos médicos, equipos, materiales, y practica administrativa. En segundo lugar como una dimensión funcional que incluye contacto con la paciente, accesibilidad (horarios, sistemas de primeros auxilios) apariencia personal, comportamiento, política del

personal, dimensiones que desde la perspectiva de los pacientes son afectados por la publicidad, promoción de la salud oral, precios, tradiciones y el boca a boca. No obstante, existe predilección de la medición de la calidad del servicio en salud a través de la escala SERVQUAL que se repite en el servicio bucodental, así que como en los demás servicios de salud (Barder, 2009; Vargas 2014).

Varias investigaciones se han dado a la tarea de la revisión rigurosa de dicha escala (Carman, 1990; McAlexander, et al., 1994; De Moranville et. al., 2003). Otros autores sólo han aplicado la escala en sus investigaciones (Fischer, et. al., 1997; Ueltschy, et. al., 2007), y algunos otros han utilizado escalas combinadas: SERVQUAL-SERVPERF, (Paul III, 2003). El Servqual también lo han utilizado analizando diversos temas y uno de ellos corresponden a las expectativas del cliente.

Al analizar las expectativas de los pacientes se observa que éstos, primero, demandan gran información del tratamiento y de la enfermedad por parte del dentista (karydis, et.al., 2001), existiendo grandes brechas entre las expectativas del paciente y la que el profesional cree que debe recibir el paciente. Es decir, los Gaps del servicio dental se reportan como faltos de seguridad, poca empatía, meticulosidad e higiene (esterilización). Además, los pacientes consideran que es importante que el dentista este calificado y que este actualizado en su conocimientos, aunque los pacientes no tengan noción de este último aspecto, que coincide con el estudiado por investigaciones en el área sanitaria (Bendapudi, et. al., 2006)

En segundo lugar, existe diferencia entre las expectativas del paciente y la calidad del servicio cuando asiste a un odontólogo generalista y al especialista, por ejemplo, para un paciente que asiste a un consultorio dental de un especialista es más crucial que este sea de calidad, competente profesionalmente, valorándose la personalidad y actitud del dentista, la reputación, disponibilidad de urgencias y precio. También la imagen es el componente más crucial en la formación de expectativa de una clínica dental

y ésta es a su vez crucial para que el cliente perciba buena calidad (Barder, 2009).

Otro interesante punto de vista apunta a que la percepción de la calidad de la clínica dental puede diferir debido al precio y a la experiencia, fundamentalmente porque estos factores influyen en las expectativas del paciente y por tanto en la evaluación del servicio recibido. Palihawadana y Barnes, 2004, encontraron que los pacientes de clínicas privadas de más edad estaban más experimentados en recibir servicios y que estas clínicas habían recibido mejor evaluación. Igualmente asocian el precio a las expectativas del cliente y en la evaluación de la calidad. Concluye que las investigaciones sobre la calidad del servicio están muchas más enfocados a los resultados de la medición del servicio, como se generan las expectativas del cliente para evaluar la calidad del servicio. Contrariamente, para Gonzáles, et al; 2007, el precio no es tan importante para la formación de expectativas en el sector.

También existe el acuerdo de algunos autores acerca de la importancia que tiene para la evaluación de la calidad del servicio la dimensión del SERVQUAL: responsabilidad, así como la importancia de la mejora de las prácticas que incluyen las acciones que engloban estas dimensiones (ayuda al paciente, pronto servicio etc.), sin embargo, se manifiestan preocupaciones por el estudio de dimensiones como la empatía, seguridad y rehabilitación (Baldwin, et, al; 2003).

Igualmente se destaca la influencia del sexo del dentista como un estereotipo en la evaluación de la percepción de la calidad de la clínica dental, e incluso, que esta percepción mejora en la dimensión de seguridad empatía y responsabilidad cuando se trata de una mujer dentista.

Del mismo modo que como los demás servicios se repite el interés por investigar entre percepción en calidad de servicio y satisfacción, concluyéndose que no siempre mejorar algunas dimensiones de la calidad

mejorara la satisfacción del paciente. No siempre es así con otros aspectos que si influyen en la satisfacción, como ofrecer el servicio como se ha prometido, inspirar confianza en el paciente. Así como también se amplían estos estudios comparando los contextos culturales en varios países (Barder, 2009).

Además, se recalca la dificultad de la evaluación de la calidad del servicio cuando asiste a un servicio dental especializado de otro generalista. A pesar que el modelo SERVQUAL es el más utilizado se han integrado otros modelos de evaluación de la calidad del servicio que integran dimensiones como alivio del dolor, tiempo de espera, control del dolor, requerimientos de la cita y pago juntos a otras metodologías utilizados (Barroso, Cepeda y Roldán, 2010)

Estos planteamientos o posturas teóricas han llevado a una carrera de modelización y búsqueda de la medición de la calidad percibida a partir de las investigaciones de Parasuraman, Zeithmal y Berry (1994) que sostienen el SERVQUAL con cinco dimensiones o Gaps (elementos tangibles fiabilidad, responsabilidad, seguridad y empatía. Estas dimensiones conceptualizadas como:

Fiabilidad.- Es la garantía de que los procesos de atención se realizarán sin fallos y el riesgo es mínimo, constituyéndose en un factor esencial para la competitividad en la prestación de servicios en salud. La fiabilidad también se percibe a través de la forma o capacidad que se muestra para resolver problemas o reparar daños cuando se advierten e identifican problemas. Estos elementos permiten valorar la forma en que se buscan soluciones a los problemas de salud, disminuyendo la posibilidad de errores o riesgos o cuando se hace uso de las tecnologías y la capacidad de los profesionales para intervenir en el diagnóstico y tratamiento del usuario.

Responsabilidad.- Se refiere al conocimiento y la cortesía de los empleados y su habilidad para inspirar buena fe y confianza. También se entiende como

la disponibilidad para ayudar a los usuarios al proveer el servicio con prontitud. Es un valor moral que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar valorar las consecuencias de sus actos, con la disposición de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido. Tiene dos vertientes: individual y colectiva: En lo individual es la capacidad que tiene una persona de conocer y aceptar las consecuencias de sus actos libres y conscientes. Colectivamente es la capacidad de influir en lo posible en las decisiones de una colectividad, al mismo tiempo que respondemos de las decisiones que se toman como grupo social en donde estamos incluidos.

Seguridad.- Calidad de seguro, certeza (conocimiento seguro y claro de algo). Es una cualidad, habilidad y aptitud del conocimiento de las personas para brindar la información acerca del servicio que se ofrece de una manera fácil, sencilla y precisa. Del mismo modo es la capacidad de transmitir confianza a las personas para que ellas nos puedan indicar sus necesidades, para así poder brindar la ayuda que requiera.

Empatía.- Es la habilidad cognitiva propia de un individuo de tomar la perspectiva del otro o de entender algunas de sus estructuras de mundo, sin adoptar necesariamente esta misma perspectiva. La empatía permite entender a los demás, poniéndonos en su lugar para poder entender su forma de pensar, así como comprender y experimentar su punto de vista mejorando las relaciones interpersonales que permiten la buena comunicación, generando sentimientos de simpatía, comprensión y ternura.

Para que esta habilidad pueda desarrollarse de la mejor manera se deben tomar en consideración algunas capacidades del comportamiento tales como: la calidad de interrelación, el desarrollo moral, buena comunicación y el altruismo (generosidad). También debemos tener las respuestas emocionales, el bienestar que orientamos hacia las otras personas y algunos sentimientos empáticos (simpatía, compasión y ternura).

Pero la empatía cumple también las funciones de motivación e información ya que va dirigida a aliviar la necesidad de otra persona, permitiendo obtener información, acercarse la manera en la cual se debe valorar el bienestar de los demás. Podemos decir, que una persona es empática cuando saber escuchar con atención a los demás pero mejor aún sabe cuándo debe hablar y está dispuesto a discutir los problemas para así encontrar una solución a ellos. Así que ser empático es simplemente ser capaces de entender emocionalmente a las personas, lo cual es la clave del éxito en las relaciones interpersonales.

Por consiguiente la empatía es un valor propio del ser humano que le permite ponerse en el lugar de otras personas, de ese modo poder entender los problemas que lo aquejan y así ayudarlo de una manera más eficiente.

Los elementos tangibles.- Son los elementos de la realidad relacionados con la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación. Son los aspectos físicos que el usuario percibe en el proceso de atención. Se incluye en esta percepción cuestiones tales como limpieza y modernidad que son evaluadas en los elementos, personas, infraestructura. La apariencia de las instalaciones físicas, del equipo, personal y materiales de comunicación, todos ellos transmiten representaciones físicas o imágenes del servicio, que los usuarios utilizan en particular, para evaluar la calidad.

Por su parte Gronroos (1988) además de estas cinco dimensiones explica e ilustra experiencias derivadas del marketing tradicional. La calidad percibida se obtiene cuando la calidad experimentada satisface las expectativas del cliente estos es la calidad esperada. Si las expectativas son pocas realistas la calidad total percibidas serán bajas, aun cuando la calidad experimentada, medida objetiva, sea buena. Por ello, sostiene que la calidad percibida está influenciada por dos componentes: calidad técnica y calidad funcional además sostiene que la imagen corporativa de la clínica, consultorio o empresa prestadora de servicio odontológica es la forma en que los

pacientes perciben la calidad técnica y funcional de los servicios que presta y en última instancia esta imagen afectará a la percepción global del servicio.

Por eso señala que la calidad total percibida no está solo determinada por el nivel de las dimensiones de la calidad técnica y funcional, sino más bien, por las diferencias que existen entre la calidad esperada y la calidad experimentada (Barroso, Cepeda y Roldán, 2010).

La Fidelización del Paciente

Conceptualmente es identificada la fidelización del paciente como lealtad en concepto ubicado en el área del marketing en la prestación de servicios de salud. Este concepto ha suscitado gran interés como estrategia para mantener a los mejores clientes. Los estudios al respecto comenzaron buscando un objetivo económico (gasto por repetición), y por otro lado se centraron en investigar la actitud preferente del cliente (paciente) por alguna institución específica. Básicamente la intención era diferenciar comportamientos consecuentes con una atención que proporcionara, mejores resultados económicos (Caruana y Ewing, 2010; Frisoua y Yildizb, 2011).

Sin embargo, el concepto mismo de lealtad o tipos, perspectivas, fases enfoques, dimensiones, componentes entre otros términos utilizados en que algunos llaman compromiso, retención del cliente, fidelidad y fidelización. Hace énfasis en el beneficio de las relaciones duraderas con los clientes (pacientes), atribuyéndose de esta manera el nacimiento del Marketing Relacional en el área de la fidelización del cliente (paciente) (Hansen, Deitz y Morgan, 2010).

Oliver (1999) define a la fidelización desde el área de la satisfacción del cliente (paciente), planteando que la satisfacción es un paso previo a la lealtad por su parte Dick & Basu (1994) sugieren que la actitud hacia un tipo de atención en particular es la base principal para la fidelización a partir de

los cuales surgen los conocidos programas de fidelización (Uncles, et al; 2003).

La fidelización o lealtad han sido propuestas a lo largo de estos últimos años bajo tres componentes básicos actitudinal, comportamental y más adelante como una combinación de factores que, muchas veces son las mezclas de los enfoques actitudinal, comportamental a la vez afectados por elementos moderadores como los sociales y situacionales (Carbajal 2015).

El componente actitudinal esta diferenciado por dos aspectos principales el aspecto cognitivo y el aspecto social. En lo cognitivo la fidelidad o lealtad es un estado o actitud que se refleja luego de un proceso de evaluación. Muchos de los trabajos en esta área (Ceruana y Ewing 2010; Frisoua y Yildizb, 2011; González y Martos, 2012) postulan a que la conducta del individuo es función de variables subjetiva (interna) y que la conducta del individuo solo es la interpretación o codificación que hace el sujeto de estímulos. En general es lo que en realidad subyace a la conducta, por eso, es importante recalcar que muchos de estos trabajos más que ver la fidelización o lealtad como una conducta, la ven como un estado o como un interpretación que hace el individuo de factores que la influyen (experiencias previas, pasadas su interpretación de la información, la publicidad), procesos mentales, el conocimiento y reconocimientos de los productos, entre otros. A ésta postura se le conoce como la función psicológica de la fidelización o lealtad.

Para Oliver (1999) la fidelización o lealtad cognitiva es la primera fase de la fidelización, mientras que la afectiva es la segunda, puesto que se desarrolla un vínculo o aptitud hacia una atención determinada. En esta lógica la fidelización o lealtad conativa es la tercera fase que se caracteriza por la intensión o compromiso para la atención y la acción es la última ya que se manifiesta durante la acción de la atención en sí misma.

Siguiendo estas posturas teóricas Hansen, Deitz y Morgan (2010). en estudio basado en programas de fidelización postulan que a pesar de que existe un comportamiento leal (repetición) existe una interpretación de la información y un proceso psicológico. Sugiere un modelo de cambio de aptitud como sinónimo de fidelización o lealtad a la atención recibida. Lo interesante del estudio es lo que contempla sobre que los pacientes que tienen un comportamiento de consumidores (fieles racionales y promiscuo) y que pasan por un proceso en sentido inverso a una “disonancia cognitiva” esto es cuando un paciente presenta un estado de ansiedad que es originado por recibir un producto o servicio por debajo de sus expectativas, y por otro lado, el paciente padece un bloqueo, estado del individuo bajo cierta presión, en el que no se ve todas las alternativas de atención. Estas actitudes llevarían a las personas a actuar a favor de los programas de fidelización revaluando sus opciones en el mercado favoreciendo así al programa de fidelización.

Respecto a los aspectos sociales que influyen la aptitud hacia la fidelización o lealtad se caracteriza por la evaluación del proceso de elección de una atención en particular o como vuelve a utilizar el servicio y como éste proceso está influenciado en la sociedad en la que se desenvuelve. Dick & Basu (1994) afirman que además de la actitud relativa el patrón de repetición puede ser influenciado por: normas sociales que influyen el comportamiento del consumidor. McAlexander, Kaldenburg, Koenig (1994), clasifican la fidelización como una subcultura de consumo jerárquica y social que incluye un conjunto de valores y creencia compartida, rituales jergas y símbolos. Esta postura establece 4 categorías: estructura, cultura, transformación de sí mismo y marketing o subcultura de consumo. Es decir, la principal motivación para convertirse en fiel o leal es ser parte de un grupo, y la principal motivación del grupo es complacer a los individuos. Se distinguen por que el paciente consumidor encuentra una equivalencia natural entre el servicio que recibe y el ambiente social.

El componente comportamental de la fidelización o lealtad se refiere a la forma como se reconoce la fidelización bajo las medidas principales pero no únicas, como repetición de la atención o retorno, aumento de coberturas y metas en el mercado o cuota del mercado. La lealtad de comportamiento es medida por el número de requerimientos de atención como un patrón de compras que es el resultado de la satisfacción del paciente por el servicio recibido. Este comportamiento puede estar caracterizado por una débil actitud de compromiso hacia el servicio recibido (Steyn, Pitt, Strasheim, Boshoff y Abratt, 2010).

La combinación del componente actitudinales y comportamentales profundiza la medición de los componentes midiéndose la fidelización o lealtad como una actitud y un comportamiento a la vez. Uncles, et al; (2003), al combinar los componentes actitudinales y comportamentales, afirma que la lealtad es moderada por circunstancias individuales (presupuesto y necesidad de atención ante una próxima oportunidad de disponibilidad), característica individuales (deseo de variedad, hábitos, necesidad de conformarse, la tolerancia al riesgo) y finalmente situación de atenderse realmente (disponibilidad de productos, promociones compra por razones particulares, regalos etc.).

Resumiendo los principales indicadores de la fidelización o lealtad del paciente son: satisfacción, confianza, recomendación, reducción de costes de cambio, reducción de búsqueda de alternativas, compromiso, resistencia a la persuasión a la competencia y signos visibles en los consumidores (ropa o elementos que lo identifiquen con el lugar donde se atendió) (Mimouni y Volle, 2010).

Por otro lado, en el campo de la salud bucodental existe un incremento de profesionales jóvenes y mayormente de sexo femenino y la tendencia es ampliar la oferta de clínicas dentales, específicamente franquicias dentales y redes de clínicas de las aseguradoras. El paciente está expuesta a más planes de financiación y más opciones de contratación de un seguro dental

que le permiten asistir al menos las primeras consultas, aunque sea solo el inicio. Pero sigue existiendo el paciente que prefiere los precios, más no la calidad del servicio y viceversa, mientras que la población demanda, más tratamientos estéticos de ortodoncia y está más interesado en la salud bucodental que antes (Ra y Medha, 2013).

Aquí juega un papel importante el profesional odontólogo o estomatólogo, tiene que conocer al paciente como un cliente que recibe un servicio y no solo desde un punto de vista médico. El odontólogo o estomatólogo suele estar formado en esta perspectiva, sin embargo, algunos ven un aspecto mercantilista y poco ético de su profesión. Muchos de ellos suelen reconocer el vacío en su formación empresarial, y, las debilidades que enfrentan con la competencia, que no es sólo otro dentista, sino otro empresario (no dentista) quien gestiona exitosamente el servicio al cliente en los nuevos modelos de clínicas (Kumar, Pozza, y Ganesh, 2013; Carbajal 2015).

La participación del inversionista en esta área exige la presencia de dentistas especializados que se encarguen de curar la enfermedad y ayudarla a prevenir. Todo esto en beneficio de la salud y la libre competencia de mercado (Kumar, Pozza, y Ganesh, 2013; Carbajal 2015).

1.4 Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre la Calidad de la atención odontológica con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017?

1.5 Justificación

Teóricamente el estudio desarrolla el corpus teórico del área temática de la calidad y la fidelización del paciente dentro de los criterios del marketing relacional en salud, que observa al paciente como un consumidor de servicios de salud bucodental en un mercado donde las grandes cadenas de servicios de salud plantean el uso de estrategias agresivas de fidelización o lealtad con un tipo de atención en particular. De allí su relevancia y

pertinencia investigativa en una zona socioeconómica que rodea una de las grandes urbes de nuestro país como es el Distrito de Laredo.

En términos prácticos el estudio determinará la relación entre la calidad de la atención odontológica con la fidelización del paciente en el Distrito de Laredo, 2017. El objeto es contar con una plataforma de planeamiento estratégico que visualice acciones futuras basadas en las diferencias de las percepciones de los pacientes sobre la calidad de la atención y los comportamientos de adquisición de servicios bucodentales.

Metodológicamente el estudio describirá las relaciones entre la calidad de la atención con las dimensiones de la fidelización de pacientes para explicar las correlaciones entre ellas. Ello permitirá abrir nuevos campos de investigación descriptivas correlacionales basadas en la necesidad de un mayor alcance en los procesos investigativos en el mercado de la prestación de servicios de salud bucodental.

1.6 Hipótesis

Existe relación significativa entre la calidad de la atención odontológica con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo General

Determinar la relación entre la calidad de la atención odontológica con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.

1.7.2 Objetivos Específicos

- Determinar la relación entre la fiabilidad inherente a la calidad de la atención odontológica, con la fidelización del paciente.

- Determinar la relación entre la responsabilidad inherente a la calidad de la atención odontológica, con la fidelización del paciente.

- Determinar la relación entre la seguridad inherente a la calidad de la atención odontológica, con la fidelización del paciente.
- Determinar la relación entre la empatía inherente a la calidad de la atención odontológica, con la fidelización del paciente.
- Determinar la relación entre la tangibilidad inherente a la calidad de la atención odontológica, con la fidelización del paciente.

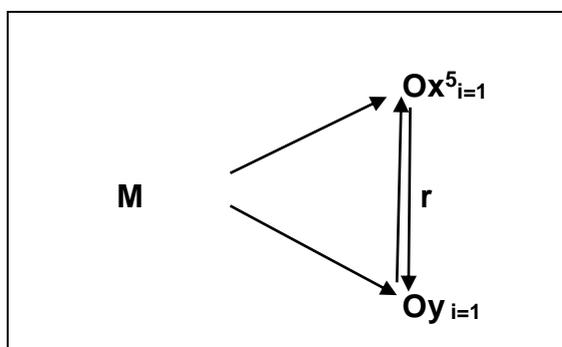
II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo de Estudio

Descriptivo correlacional, no experimental (Hernández, Fernández y Baptista, 2012). Este tipo de estudio permitió describir relaciones y correlaciones entre las dimensiones de la calidad de la atención con la fidelización del paciente odontológico del Distrito de Laredo, 2017, cuantificando la frecuencia y estableciendo valoración estadística a las relaciones y correlaciones. El objeto fue describir cómo son y cómo se manifestaron estas relaciones y correlaciones dentro del problema en estudio. En este proceso no se manipularon las variables, solo se determinaron fenómenos o hechos pasados.

2.2 Diseño de la Investigación

Descriptivo correlacional de carácter transversal. Se refiere al estudio de la percepción de los usuarios en cuanto a la relación entre las dimensiones de la calidad de la atención con la fidelización de pacientes odontológicos en el Distrito de Laredo, 2017, en un solo momento.



Dónde:

M: Represento la muestra considerada para el estudio

X: Represento la variable: Calidad de la Atención

Y: Represento la variable: Fidelización de pacientes

Oy: Represento a la medición general de la variable Fidelización de pacientes (Una sola medición de la variable $i=1$)

O: Represento las observaciones a efectuar a las variables

Ox⁵: Represento a la medición por cada dimensión de la variable (i=1) calidad de la atención: fiabilidad, responsabilidad, empatía, seguridad y tangibilidad.

r: Represento la relación y correlación entre las variables

2.3 Variables, Operacionalización

2.3.1 Identificación de Variables

Variable I: Fidelización de pacientes

Variable II: Calidad de la atención

2.3.2 Operacionalización de Variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
Calidad de la atención	Forma como percibe el usuario si la organización cumple con la entrega del servicio de salud ofertado. (Minsa, 2011)	Resultados de la aplicación de encuesta (SERVQUAL de Parasunaman 1988) con 22 ítems distribuidos en 5 dimensiones (Fiabilidad, Responsabilidad, seguridad, empatía y tangibilidad)	Tangibilidad	- Equipamiento y tecnología - Instalaciones - Apariencia - Materiales	Intervalo Malo (4-12 pts) Regular (13-20 pts) Buena (20 -28 pts)
			Fiabilidad	- Cumplimiento - Interés - Efectividad - Tiempo - Error	Intervalo Malo (5-15 pts) Regular (16-25 pts) Buena (26 -35 pts)
			Seguridad	- Programación - Servicio ágil - Disposición a la ayuda - Disponibilidad	Intervalo Malo (4-12 pts) Regular (13-20 pts) Buena (20 -28 pts)
			Responsabilidad	- Confianza en - Seguridad tratamiento - Amabilidad - Conocimientos	Intervalo Malo (4-12 pts) Regular (13-20 pts) Buena (20 -28 pts)
			Empatía	- Atención individual - Horarios - Atención personal - Interés - Atención a necesidades	Intervalo Malo (5-15 pts) Regular (16-25 pts) Buena (26 -35 pts)
Fidelización de pacientes	Lealtad que hace énfasis en el beneficio de las relaciones duraderas con los clientes (pacientes) (Dick & Basu, 2015)	Resultados de la aplicación de la Escala unidimensional de Fidelización del paciente (Vargas, 2015)	Fidelización o lealtad del paciente con su establecimiento de salud o consultorio	- Retorno - Recomendación - Valoración de amistad - No pérdida de tiempo - No adaptarse a otros - Satisfacción	Intervalo Baja (5-15 pts) Media (16-25 pts) Alta (26 -35 pts)

2.4 Población, muestra y muestreo

2.4.1 Población:

Lo constituyeron 12,800 personas mayores de 18 años de edad de ambos sexos que atendieron su salud bucodental durante el último año en los

servicios odontológicos del MINSA, EsSalud y Clínicas o Consultorios privados.

2.4.2 Muestra:

Lo constituyen 240 personas mayores de 18 años de edad de ambos sexos que atendieron su salud bucodental durante el último año en los servicios odontológicos del MINSA, EsSalud y Clínicas o Consultorios privados. Esta muestra está distribuida por interés en la siguiente estructura:

- Pacientes MINSA 80: 16 de sexo femenino y 14 sexo masculino
- Pacientes EsSalud 80: 16 de sexo femenino y 14 sexo masculino
- Pacientes de clínicas o consultorios privados 80: 7 de sexo femenino y 6 sexo masculino

2.4.3 Muestreo

Se practicó un muestro no probabilístico, estratégico por interés según los siguientes criterios de selección.

2.4.4 Unidad de Análisis

Personas mayores de 18 años de edad de ambos sexos que atendieron su salud bucodental durante el último año en los servicios odontológicos del MINSA, EsSalud y Clínicas o Consultorios privados.

2.4.5 Criterios de inclusión

- Personas con residencia formal por más de dos años en el Distrito de Laredo
- Personas mayores de 18 años de edad de ambos sexos que desearon participar voluntariamente del estudio.
- Personas que se atendieron en su salud bucodental en establecimientos de salud del distrito de Laredo durante el último año.
- No presentar problemas psicológicos al momento de la encuesta

2.4.6 Criterios de exclusión

- Estar incapacitada(o) para responder el cuestionario del estudio al momento del estudio.
- Personas que no se atendieron en su salud bucal en establecimientos o servicios de salud bucodental del distrito de Laredo.

2.5 Técnica e instrumentos de recolección de datos

2.5.1 Técnica de recolección de datos

Encuesta.

- Escala Unidimensional de Fidelización del Paciente de Vargas, 2015. Diseñada y validada para hacer una medición general de la fidelización del paciente odontológico a través de 7 ítems.

Procedimiento:

- Una vez aprobado el proyecto de investigación por la Escuela de Pos Grado de la UCV se organizará la recolección de datos tomado como referencia una estructura de manzaneo de Laredo Centro. En cada manzana se asignará un número por cada vivienda y se procederá a rifar 3 viviendas por manzana.
- Ubicadas las viviendas por manzana se procederá al abordaje de la población objetivo en sus viviendas, uno por vivienda. Si en las viviendas seleccionadas no hubiera población objetivo se continuara con la vivienda contigua hasta lograr el cupo para dicha manzana.
- El abordaje será persona a persona y se explicará primariamente los objetivos y fines de la investigación solicitando colaboración voluntaria y la firma la ficha de consentimiento informado.
- De ser aceptado la participación voluntaria se procederá a aplicar la encuesta de la investigación con un tiempo promedio de 10 minutos.

2.5.2 Instrumento

Cuestionario

- Escala multidimensional SERVQUAL elaborada por Parasunaman, Zeithaml y Berry, 1988, diseñada para medir la calidad de la atención al paciente. Esta Escala mide directamente la calidad de atención en 5 diferentes dimensiones: Fiabilidad con 5 ítems; Responsabilidad con 4 ítems; Seguridad con 4 ítems; empatía con 5 ítems y tangibilidad con 4 ítems.

2.5.3 Validación y confiabilidad del instrumento.

- Ficha técnica de validación y confiabilidad de la Escala Unidimensional de Fidelización del Paciente Odontológico de Vargas (2015), adaptada para el presente estudio por las autoras (Costa, Murga y Lora, 2017) para su aplicación a población abierta.

Tabla 1 Ficha técnica de validación y confiabilidad de la Escala Unidimensional de Fidelización del Paciente Odontológico de Vargas (2015)

Nombre	Escala de Fidelización del Paciente de Odontológico
Autor	Ana María Vargas Pérez (España 2015): Adaptación de: Costa, Murga y Lora, (2017)
Año	2015/2017.
Aplicación	Distrito La Esperanza
Versión	Primera
Sujetos de aplicación	18 pacientes de ambos sexos atendidos en el último año en su salud bucodental en establecimientos del MINSA (6), EsSalud (6) y (6) de clínicas o consultorios privados del distrito La Esperanza, Provincia de Trujillo-La Libertad, Perú.
Tipo de administración	Individual y colectiva
Duración	10 minutos
Normas de puntuación	Escala de Likert de 1 al 7 Muy de en desacuerdo a Muy de acuerdo
Estructura	Esta Escala unidimensional: 7 ítems
Medición	En positivo y haciendo uso de la escala Likert de 1 a 7: 1 totalmente en desacuerdo a 7 totalmente de acuerdo.
Validación	Validación interna:

	<p>Se fundamenta en los postulados de Jacoby & Kyner (1973) sobre la Lealtad: La lealtad no es aleatoria, es una respuesta comportamental, es expresada en el tiempo, expresa la existencia de una unidad de compra cuando hay dos o más marcas alternativas. Es una función psicológica. Estos postulados fueron desarrollados en investigaciones del marketing generando modelos de fidelización del cliente. Los estudios posteriores de Jackson (1985) propone tres modelos de comportamientos basados en el Marketing relacional (Modelos de relación corta, duraderos y modelos intermedios). A estos estudios se sumaron (entre el más significativo) el estudio de Dick y Basu (1994) que insertaron el concepto de actitud relativa al constructo de fidelización siguiendo la línea del Marketing Relacional alcanzando el mayor apoyo conocido por la comunidad científica a nivel mundial.</p> <p>Validación externa Esta dado por los estudios empíricos de Uncles & Laurent, 1997; 2003; Oliver, 1999; Bennett & Rundle-Thiele, 2002; Reinares & Ponzoa, 2004, en España; Alonso & Grander, 2004; Nath, 2005; Vargas, 2015, Mejía (2014) en Colombia; Kumar, Pozaa y Ganesh (2013), etc.</p>
Confianza	Fidelización del Paciente de Odontológico a Nivel General: Alfa de Cronbach en elementos estandarizados 0,866; Estadísticos de escala: media 42,22 sobre 7 elementos; Intervalos de confianza al 95% con un mínimo de 0,744 a 0,942 y un valor bruto de F de 7,473 con una Alta Significancia (0,000)
Conclusiones	Se demuestra la solidez de la estructura teórica y la consistencia y validez del constructo a nivel estadístico, recomendándose su aplicación en poblaciones similares.

Tabla 2: Ficha Técnica de validación y confiabilidad de la Escala Multidimensional SERVQUAL elaborada por Parasunaman, Zeithaml y Berry, 1988.

Nombre	Adaptación de la Escala Multidimensional SERVQUAL a la atención odontológica.
Autor	Costa y Murga, 2017/ adaptación de servqual de Parasunaman, Zeithaml y Berry (1988).
Año	2015/2017.
Aplicación	Distrito La Esperanza
Versión	Primera
Sujetos de aplicación	18 pacientes de ambos sexos atendidos en el último año en su salud bucodental en establecimientos del MINSA (6), EsSalud (6) y (6) de clínicas o consultorios privados del distrito La Esperanza, Provincia de Trujillo-La Libertad, Perú.
Tipo de administración	Individual y colectiva
Duración	10 minutos
Estructura	Esta Escala multidimensional de 22 ítems distribuidos en 5 dimensiones: Tangibilidad, con 4 ítems; Fiabilidad con 5 ítems; Seguridad, con 4 ítems; Garantía o responsabilidad, con 4 ítems y; Empatía, con 5 ítems.
Medición	En positivo y haciendo uso de la escala Likert de 1 a 7: 1 totalmente en desacuerdo a 7 totalmente de acuerdo.
Validación	<p>Validez interna</p> <p>Esta dado por el desarrollo de teoría relacionada con Escala SERVQUAL para medir calidad de servicio, bajo el auspicio del Marketing Science Institute</p> <p>Se valoran los trabajos de Zeithaml, Valarie A.: Calidad total en la gestión de servicios: cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. USA 1983 y de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) SERVQUAL: A Multiple- Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing.</p> <p>Validez de contenido a través de la inclusión de 22 ítems en función de 5 dimensiones de la calidad de servicio: Fiabilidad con 5 ítems, responsabilidad con 4 ítems, seguridad con 4 ítems, empatía con 5 ítems y tangibilidad con 4 ítems. Todos ello puesto en estudios de validación a nivel internacional. En nuestro país fue adaptado por el MINSA (2011) y se constituye en la</p>

	prueba base para la medición de la calidad de servicios en salud.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Confiabilidad a nivel general: Alfa de Cronbach en elementos estandarizados 0,978; Estadísticos de escala: media 131,94 sobre 22 elementos; Intervalos de confianza al 95% con un mínimo de 0,958 a 0,990 y un valor bruto de F de 43,440 con una Alta Significancia (0,000) - Confiabilidad de dimensión Fiabilidad: Alfa de Cronbach en elementos estandarizados 0,958; Estadísticos de escala: media 30,89 sobre 5 elementos; Intervalos de confianza al 95% con un mínimo de 0,909 a 0,981 y un valor bruto de F de 21,776 con una Alta Significancia (0,000) - Confiabilidad de dimensión Responsabilidad: Alfa de Cronbach en elementos estandarizados 0,885; Estadísticos de escala: media 23,78 sobre 4 elementos; Intervalos de confianza al 95% con un mínimo de 0,940 a 0,988 y un valor bruto de F de 8,740 con una Alta Significancia (0,000) - Confiabilidad de dimensión Seguridad: Alfa de Cronbach en elementos estandarizados 0,960; Estadísticos de escala: media 23,67 sobre 4 elementos; Intervalos de confianza al 95% con un mínimo de 0,765 a 0,952 y un valor bruto de F de 24,974 con una Alta Significancia (0,000) - Confiabilidad de dimensión Empatía: Alfa de Cronbach en elementos estandarizados 0,952; Estadísticos de escala: media 29,22 sobre 5 elementos; Intervalos de confianza al 95% con un mínimo de 0,905 a 0,980 y un valor bruto de F de 20,842 con una Alta Significancia (0,000) - Confiabilidad de dimensión Tangibilidad: Alfa de Cronbach en elementos estandarizados 0,972; Estadísticos de escala: media 23,78 sobre 4 elementos; Intervalos de confianza al 95% con un mínimo de 0,940 a 0,988 y un valor bruto de F de 34,023 con una Alta Significancia (0,000)
Conclusiones	Se demuestra la solidez de la estructura teórica y la consistencia y validez del constructo a nivel estadístico, recomendándose su aplicación en poblaciones similares.

2.6 Métodos de Análisis de Datos

- Se establecieron categorías para cada indicador de las variables en estudio. Consistió en colocar códigos numéricos mutuamente excluyentes en cada categoría. Las categorías de los códigos no se superponen.
- No se utilizaron caracteres especiales o espacios en blanco.
- Una vez establecidas las categorías de códigos se ingresaron los datos directamente a la computadora, utilizando como ayuda el programa estadístico SPSS /PC+V22.0
- Los datos se presentarán en tablas de doble entrada con frecuencia simple y ponderada.
- EL análisis estadístico girará en torno al coeficiente de correlación de Spearman debido a que la prueba de normalidad del Kolmogorov-Smirnov para el uso del Pearson's R, resultó que ninguna de las variables y dimensiones en estudio presento un comportamiento normal y no superaron el valor crítico de $p > 0,05$ (Ver Anexo 7 y 8).
- La significancia de los resultados está dado ($p < 0,05$). Dado que la tabla de correlación sería muy extensa solo se consigna el coeficiente específico para cada tabla correspondiente a un objetivo específico.

2.7 Aspectos Éticos

Cumpliendo los principios básicos de la Declaración de Helsinki, el presente trabajo de investigación contempló los principios éticos del Reporte Belmont de respeto a las personas, que trata de la protección a la autonomía de las personas, y de beneficencia, en la que se intenta acrecentar los beneficios y disminuir los daños posibles de una intervención. Todos los datos recolectados son estrictamente confidenciales y anónimos, y sólo el personal investigador tiene acceso a ellos.

Además contempla la Pauta 1 del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (Ginebra; 2002); que menciona que los investigadores deben asegurar que los estudios propuestos en seres humanos estén de acuerdo con principios científicos

generalmente aceptados y se basen en un conocimiento adecuado de la literatura científica pertinente.

También se consideró la Pauta 4 y 5 de CIOMS en el desarrollo de la investigación, mediante el Consentimiento Informado, el investigador proporcionará información, explicando verbalmente o en otra forma de comunicación, para que el individuo entienda de manera explícita el fin y los objetivos de su participación en la investigación y que es libre de negarse a participar o de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanción o pérdida de los beneficios a que tendría derecho. Se le expresará claramente los riesgos y las garantías de seguridad que se brindan a los participantes.

Para garantizar la originalidad del presente trabajo se utilizó como herramienta el programa Turnitin que controla los potenciales contenidos no originales mediante una comparación de los documentos enviados a varias bases de datos, utilizando un algoritmo propietario, mostrando las coincidencias de texto con otros documentos, así como un enlace al documento original.

III RESULTADOS

Tabla 3 Relación entre la calidad de la atención odontológica a nivel general con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A NIVEL	FIDELIZACIÓN DEL PACIENTE						Total	
	BAJA		MEDIA		ALTA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
BUENA	2	0,8	5	2,1	114	47,5	121	50,4
REGULAR	1	0,4	20	8,3	88	36,7	109	45,4
MALO	2	0,8	3	1,3	5	2,1	10	4
Total	5	2,1	28	11,7	207	86,3	240	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Coeficiente de correlación de Spearman	,264	,062	4,217	,000 ^c
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

La Tabla N° 4 nos muestra una mayor proporción pacientes odontológicos del distrito de Laredo que perciben la calidad de la atención como Buena (50,4%) y la fidelización del paciente se categoriza en un nivel Alto (86,3%). Ambas variables se relacionan muy significativamente ($p < 0,001$). Se puede deducir que los resultados no se deben al azar sino a la relación entre ambas variables con 0,000 posibilidades de equivocarnos. El mayor peso de la relación positiva recae en la razón cruzada entre un nivel de fidelización Alto con una Buena calidad de la atención odontológica (47,5%).

Tabla 4: Relación entre la fiabilidad inherente a la calidad de la atención odontológica con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.

FIABILIDAD	FIDELIZACIÓN DEL PACIENTE						Total	
	BAJA		MEDIA		ALTA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
BUENA	2	0,8	5	2,1	100	41,7	107	44,6
REGULAR	1	0,4	16	6,7	99	41,3	116	48,3
MALO	2	0,8	7	2,9	8	3,3	17	7,1
Total	5	2,1	28	11,7	207	86,3	240	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Coefficiente de correlación Spearman	,253	,066	4,029	,000 ^c
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

La Tabla N° 5 nos muestra que una mayor proporción de pacientes odontológicos del distrito de Laredo perciben la fiabilidad inherente a la calidad de la atención como Regular (48,3%) y la fidelización del paciente se categoriza en un nivel Alto (86,3%). Ambas variables se relacionan muy significativamente ($p < 0,001$). Se puede deducir que los resultados no se deben al azar sino a la relación entre ambas variables con 0,000 posibilidades de equivocarnos. El mayor peso de la relación positiva recae en la razón cruzada entre un nivel de fidelización Alto con una Buena Fiabilidad inherente a la calidad de la atención odontológica (41,7%)

Tabla 5: Relación entre la capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la calidad de la atención odontológica con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.

RESPONSABILIDAD	FIDELIZACIÓN DEL PACIENTE						Total	
	BAJA		MEDIA		ALTA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
BUENA	2	0,8	8	3,3	130	54,2	140	58,3
REGULAR	1	0,4	18	7,5	73	30,4	92	38,3
MALO	2	0,8	2	0,8	4	1,7	8	3,3
Total	5	2,1	28	11,7	207	86,3	240	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Coeficiente de correlación Spearman	,246	,066	3,923	,000 ^c
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

La Tabla Nº 6 nos muestra que una mayor proporción de pacientes odontológicos del distrito de Laredo perciben la responsabilidad inherente a la calidad de la atención como Buena (58,3%) y la fidelización del paciente se categoriza en un nivel Alto (86,3%). Ambas variables se relacionan muy significativamente ($p < 0,001$). Se puede deducir que los resultados no se deben al azar sino a la relación entre ambas variables con 0,000 posibilidades de equivocarnos. El mayor peso de la relación positiva recae en la razón cruzada entre un nivel de Fidelización Alto con una Buena responsabilidad inherente a la calidad de la atención odontológica (41,7%)

Tabla 6: Relación entre la seguridad inherente a la calidad de la atención Odontológica con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.

SEGURIDAD	FIDELIZACIÓN DEL PACIENTE						Total	
	BAJA		MEDIA		ALTA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
BUENA	2	0,8	4	1,7	119	49,6	125	52,1
REGULAR	1	0,4	22	9,2	82	34,2	105	43,8
MALO	2	0,8	2	0,8	6	2,5	10	4,2
Total	5	2,1	28	11,7	207	86,3	240	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Coeficiente de correlación Spearman	,284	,059	4,462	,000 ^c
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

La Tabla Nº 7 nos muestra que una mayor proporción de pacientes odontológicos del distrito de Laredo perciben la seguridad inherente a la calidad de la atención como Buena (52,1%) y la fidelización del paciente se categoriza en un nivel Alto (86,3%). Ambas variables se relacionan muy significativamente ($p < 0,001$). Se puede deducir que los resultados no se deben al azar sino a la relación entre ambas variables con 0,000 posibilidades de equivocarnos. El mayor peso de la relación positiva recae en la razón cruzada entre un nivel de Fidelización Alto con una Buena seguridad inherente a la calidad de la atención odontológica (49,6%).

Tabla 7: Relación entre la empatía inherente a la calidad de la atención odontológica con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.

EMPATIA	FIDELIZACIÓN DEL PACIENTE						Total	
	BAJA		MEDIA		ALTA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
BUENA	2	0,8	12	5,0	144	60,0	158	65,8
REGULAR	1	0,4	14	5,8	61	25,4	76	31,7
MALO	2	0,8	2	0,8	2	0,8	16	2,5
Total	5	2,1	28	11,7	207	86,3	240	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Coeficiente de correlación Spearman	,220	,071	3,484	,001 ^c
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

La Tabla N° 8, nos muestra que una mayor proporción de pacientes odontológicos del distrito de Laredo perciben la empatía inherente a la calidad de la atención como Buena (65,8%) y la fidelización del paciente se categoriza en un nivel Alto (86,3%). Ambas variables se relacionan muy significativamente ($p < 0,05$). Se puede deducir que los resultados no se deben al azar sino a la relación entre ambas variables con 0,001 posibilidades de equivocarnos. El mayor peso de la relación positiva recae en la razón cruzada entre un nivel de Fidelización Alto con una Buena empatía inherente a la calidad de la atención odontológica (60,0%).

Tabla 8: Relación entre la tangibilidad inherente a la calidad de la atención odontológica con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.

TANGIBILIDAD	FIDELIZACIÓN DEL PACIENTE						Total	
	BAJA		MEDIA		ALTA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
BUENA	1	0,4	7	2,9	105	43,8	113	47,1
REGULAR	1	0,4	13	5,4	85	35,4	99	41,3
MALO	3	1,3	8	3,3	17	7,1	28	11,7
Total	5	2,1	28	11,7	207	86,3	240	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Coeficiente de correlación Spearman	,244	,066	3,874	,000 ^c
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

La Tabla N° 9 nos muestra que la Tangibilidad inherente a la calidad de la atención odontológica es percibida mayoritariamente como Buena (47,1%) y la fidelización del paciente se categoriza en un nivel Alto (86,3%). Ambas variables se relacionan muy significativamente ($p < 0,001$). Se puede deducir que los resultados no se deben al azar sino a la relación entre ambas variables con 0,001 posibilidades de equivocarnos. El mayor peso de la relación positiva recae en la razón cruzada entre un nivel de Fidelización Alto con una Buena Tangibilidad inherente a la calidad de la atención odontológica (43,8%)

IV. DISCUSIÓN

En cuanto a la calidad de los servicios odontológicos, tanto a nivel general como específicos (en todas sus dimensiones), los resultados del estudio se pueden considerar similares a los reportados por Mercado K (Ecuador, 2016) para quien la calidad del servicio en general y en los relativo a sus dimensiones de fiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía y tangibilidad es Regular en un promedio de 40% y el 60% es Buena. Se pueden considerar mejores a los reportados por Rodríguez M. (Perú, 2012) que encontró un nivel de calidad percibida a nivel general y en sus dimensiones como Regular (71,4% en promedio).

En lo relativo a la fidelización los resultados pueden considerarse similares a los reportados por Vargas A. (España, 2015) para quien la alta fidelización (>70%) del paciente odontológico es atribuible a la intervención de un programa informativo de fidelización del paciente “Disease Information”. También muestra similitud en cuanto a la relación entre la calidad del servicio con la fidelización del cliente ($p < 0,05$) con la fidelización del paciente (Vargas, 2015). Por último los resultados son similares a los reportados por Carbajal E (España, 2015), en cuanto a la relación entre la calidad del servicio y la fidelización del cliente; la satisfacción del servicio lo identifica con calidad del servicio y encuentra relación significativa entre ambas variables ($p < 0,05$)

Las explicaciones son muy variadas, discutibles, muchas veces controversiales y otras tantas concurrentes con cuatro aspectos centrales de la relación entre la calidad de la atención odontológica y la fidelización del usuario o paciente. En primer lugar está la importancia de que desde la perspectiva del usuario se le brinda la relación entre calidad del servicio con fidelización del usuario odontológico. Esta percepción constituye uno de los campos más importantes de la medicina odontológica a nivel medico social, no tanto por la precisión de los resultado, sino, por la complejidad de los factores que concurren a ellos. Cada elemento de la relación que pueda uno considerar en el marco de la percepción de esta relación se refiere a

aspectos completamente subjetivos y complejos, extremadamente difíciles de precisar basados en una sola opinión o campo teórico en que es abordado.

Muchos autores (Flora, 2007; Hincapié, 2004; Araya, 2011; entre otros) en la medida en que buscaban que concordar algunos criterios, reclamaban trabajar sobre los posibles sesgos en las mediciones de la calidad de la atención y de la fidelización, su argumento central es que los usuarios están divididos (obligatoriamente) en el mercado médico odontológico en todo el mundo (en el caso de Perú: asegurados MINSA, asegurados EsSalud, asegurados Institutos Armados, y quienes no tienen ningún seguro y acuden a consultas privadas) y que solo recurren a la consulta privada cuando no encuentran solución real a sus problemas de salud bucodental.

Si nos basamos en dicha lógica del pensamiento diremos que es no tan sólo la preocupación ya que el usuario asegurado no tiene alternativas de donde escoger para diferenciar o evaluar su percepción en un proceso comparado de calificación de su fidelización o de evaluar la percepción de la calidad de la atención en esos mismos términos. Por eso, la idea es más que aceptable. De allí que investigaciones como la nuestra se tienen que agenciar de pericias investigativas que permiten disminuir claramente estos sesgos y obtener datos más sólidos u objetivos. En el caso nuestro, en el presente estudio este sesgo investigativo, metodológico, se trabajó incluyendo una población diversa en una misma proporción que nos permitió ir más allá de dichas preocupaciones

El segundo aspecto a tratar en la explicación de la relación entre la fidelización del usuario y la calidad de la atención odontológica y sus dimensiones de fiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía y tangibilidad es una aproximación diferencial nos diga claramente cómo valora la percepción del usuario desde una estructura institucional cerrada (MINSA, ESSALUD y Clínicas Privadas) que miden la calidad de la atención o la fidelización de los pacientes desde distintos puntos de vista.

Este aspecto de los resultados es muy importante en el campo odontológico puesto que la tendencia actual en investigaciones encontradas como de (Flora, 2007; Gonzáles, 2005; entre otros) concluyeron que las formas en que entendemos la calidad como la fidelización del usuario hacen que cualquier resultado fuera de sus estructuras sean considerados resultados discriminantes y negativos, sobre todo cuando éstos provienen de los servicios odontológicos de la clínicas o consultas particulares o privadas. Podemos estar de acuerdo o no con esta premisa, pero, no creemos que sea la única forma de ver las cosas desde una perspectiva de apertura de nuevos mercados en que los propios usuarios de las instituciones cerradas como MINSA, EsSalud etc., son atraídos a las consultas privadas o instituciones particulares que les brindan mayor calidad y calidez, así como, un trato más humano al no dejar que la atención a sus problemas de salud sean tratados inoportunamente y de mala forma.

El tercer aspecto que concurre a explicar la relación entre la calidad de la atención odontológica con la fidelización del usuario se basa fundamentalmente en las condiciones de la salud de la población que presenta desajustes en la satisfacción de la demanda respecto a los servicios que la sociedad en su conjunto ofrece. En otras palabras, la percepción de la calidad de los servicios y la fidelización del usuarios se basa en criterios valorativos orientados a hacia la verificación y la intención de equilibrar un estatus a nivel subjetivo, lo que requiere para muchos una permanente evaluación del estado de aceptación o rechazo social en prestación de servicios de la salud buco dental. De hecho todos los intentos de mejoramiento en este campo se efectúa a nivel de macro gestión, ajustes de costes y eficiencias, basados en las pautas e libre mercado, en donde rara vez es considerado el sentir del usuario respecto de sus necesidad expectativas y aprensiones “como usuarios” que aportan para la existencia de un servicio.

Visualizar este aspecto en la explicación de la relación entre la calidad de la atención odontológica con la fidelización del usuario nos permite estar claro

en cuanto al concepto de calidad y el significado de la fidelización misma del usuario puesto que es la heterogeneidad de los servicios lo que hacen que los intangibles se conviertan en conceptos insertados de la valoración de la calidad de los servicios como de la fidelización del usuario.

Esto es lo que define la fiabilidad, seguridad y otros aspectos de la calidad, de ahí que podíamos explicar también los resultados por la valoración de las respuestas motivacionales que generan sus propias percepciones. Es decir, lo que motiva a definir o establecer un criterio de valor para los aspectos tangibles de la calidad por ejemplo, pueden establecer diferencias en los comportamientos futuros. Allí está el capital intelectual de las personas o el nivel de conocimiento de las personas sobre la importancia de lo que le rodea en el marco de la atención odontológica.

Muchas veces no se necesita generar un valor de los activos físicos tecnológicos y de las estructuras de los procesos, pero si, es importante en la generación del valor todo lo que uno puede acumular en razón de su necesidad de atención. A medida que la organización de los procesos o el flujo de los mismos puedan ser más aceptados por el usuario, el valor de lo tangible e intangible se va transformando en un eslabón de la fidelización del cliente y de evaluación objetiva de la calidad de la atención o prestación de servicios. De esta manera las instituciones deben centrar su atención no solo en su capital organizacional, sino también, en la organización del uso adecuado y oportuno de la tecnología, infraestructura y del uso de sus técnicas específica para la atención odontológica. Acá hay una transacción de un producto o servicio que al tener lugar en un contexto absoluto se desarrolla como generador de fidelización después de la atención propiamente dicha.

Esta área se trabaja mucha veces en forma independiente ya que sugiere que la relación entre la institución prestadora de servicio odontológica con sus usuarios suelen ser distintas en el trato mismo con el usuario, empleados y socios estratégicos, restándole importancia al valor que esta relación tiene

en la percepción del usuario. Hay que tomar en cuenta que las exigencias para mejorar la calidad de prestación de servicio odontológica han evolucionado de tal forma que los usuarios ya están solicitando una atención acorde al desarrollo científico tecnológico. Y, esto es ya una característica del mundo globalizado que se fortalece con un trato empático de las relaciones humanas, lo que lleva a una mayor comunicación y dedicación.

La paradoja es que una vez gestionadas las mejoras de los aspectos tangibles o intangibles, no necesariamente puede cambiar la percepción de calidad del usuario, todo depende de lo que se establezca para que esos aspectos tangibles o intangibles constituyan el marco de referencia de la atención o prestación de servicios, por eso no es fácil condicionar propósitos institucionales extrayéndose del análisis valorativo de la percepción misma del usuario.

Ahora, teniendo en cuenta que en los procesos odontológicos la relación entre la calidad de atención y la fidelización estarían marcados por lo que logran los operadores de la salud en cuanto a satisfacción o insatisfacción del usuario, en caso de lograr una buena empatía, por ejemplo, entre profesional y usuario, existiría un retorno inminente, del usuario para solicitar nueva atención, por el contrario, en caso de presentar insatisfacción el usuario o paciente no solo se perdería, sino que, lograría conseguir una decisión negativa que afecta directamente la imagen reputación y los ingresos de la institución.

Al respecto, Araya (2011), refiere que la satisfacción en la calidad del servicio es un buen predictor del cumplimiento y adhesión a la consulta o proveedor de servicio, siendo un instrumento útil para evaluar los consultorios y modelos de comunicación, sus posibles tomas de decisiones y por último la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar los servicios. Para esto es vital la relación del cliente a largo plazo, de ello depende el accionar futuro de las instituciones y los puntos centrales de éstas estrategias sería el brindar confianza, respeto, seguridad, empatía,

etc., y en caso de que exista la necesidad de presentar una queja de parte del usuario, este pueda acudir a dejarla y que no se genere malestar de tal manera que por ello deje de ser un usuario en el servicio.

Chacón 2013 menciona la importancia de esta estrategia y señala que no podemos subestimarla. De hecho, algunos estudios han demostrado que las instituciones pueden aumentar sus utilidades en casi 100% al conservar sólo un poco más del 5% de los clientes o usuarios que sus competidores retienen. Esta gran diferencia se debe a que el costo para atraer nuevos usuarios es mucho más alto que los costos para conservarlos. Por su parte Mejía 2014 señala que las instituciones que tiene usuarios leales por mucho tiempo superan financieramente sus competidores que presenta una rotación de usuarios más elevados

V. CONCLUSIONES

1. La fiabilidad inherente a la calidad de la atención odontológica se relaciona significativamente ($p < 0,05$) con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.
2. La responsabilidad inherente a la calidad de la atención odontológica se relaciona significativamente ($p < 0,05$) con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.
3. La seguridad inherente a la calidad de la atención odontológica se relaciona significativamente ($p < 0,05$) con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.
4. La empatía inherente a la calidad de la atención odontológica se relaciona significativamente ($p < 0,05$) con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.
5. La tangibilidad inherente a la calidad de la atención odontológica se relaciona significativamente ($p < 0,05$) con la fidelización del paciente en el distrito de Laredo, 2017.

VI. RECOMENDACIONES

1. Promover programas de fidelización reprogramables de acuerdo a los cambios de las necesidades de atención del usuario odontológico en el distrito de Laredo, el objetivo sería atraer pacientes de las instituciones del estado (MINSA, EsSalud y Fuerzas Policiales, etc.) y brindarles atención oportuna, de calidad con trato humano.
2. Gestionar visitas de auditoría de manera general en las entidades públicas (Essalud y Minsa) y privadas (consultorios y clínicas odontológicas) dónde se evalúe la calidad de atención y se identifique las deficiencias.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso R, & Grander E. (2004). Comportamiento del consumidor. 5º ed. Madrid: ESIC Editorial.
- Araya C. (2011). Calidad percibida en la atención odontológica a una población urbana usuaria de un centro de salud familiar: Una valoración empírica de los elementos intangibles de los servicios de salud. Talcahuano. Chile. Chile: Universidad de Córdoba/Universidad de Concepción.
- Avalos J. (2015). Aplicación de un Plan de Marketing y su incidencia en el incremento de las ventas de servicios de la Clínica Odontológica DENTHOS del Distrito de Trujillo años 2015. Perú: UNT.
- Baldwin A, Amrik S. (2003). Factores de calidad del servicio y resultados en el cuidado dental. Diario Gestión de la calidad del servicio. - 2003. - 3: Vol. 13. pp. 207-216.
- Barder D. (2009). Desafíos en la evaluación de la calidad de la atención dental [Journal] // Journal American Dental Association. - 2009. - Vol. 140. - pp. 1456-1464.
- Barroso, C., Cepeda, G. y Roldán, J.L. (2010). Aplicación de la máxima verosimilitud y PLS en diferentes tamaños de muestra: Estudios sobre el modelo SERVQUAL y el modelo de comportamiento del empleado. Berlín, Alemania: Springer-Verlag.
- Bendapudi N, et al. (2006). Patients' Perspectives on Ideal Physician Behaviors. Mayo Clinic Proceedings. 2006. - 3 : Vol. 81. - pp. 338-344.
- Bennett R & Rundle- Thiele, S. (2002). Una comparación de enfoques de medición de lealtad actitudinal. Joprurnal of Brand Management, 9(3), pp. 1993-209.
- Carman M. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions. Journal of Retailing. - January de 1990. - 1 : Vol. 66.
- Caruana, A. y Ewing, M.T. (2010) .Como la reputación corporativa, la calidad y el valor influyen en la lealtad en línea. Journal of Business Research; 63 (9/10), 1103 - 1110.

- Carvajal E (2015). Fidelidad del consumidor en la distribución detallista. España: UCM.
- Chaclón, C. O. (2013). La atención al cliente y el servicio postventa. Ediciones Díaz de Santos
- Christiani J, Rocha M, Valcesia M (2015). Seguridad del paciente en la práctica odontológica. Argentina: UNNE.
- Davis D et al. (2013) ¿La investigación de marketing y sus métodos sufren de miopía?. Journal of Business Reseach, Volumen 66, pp 1245-1250.
- De Moranville W. & Bienstock C. (2003). Question order effects in measuring service quality. International Journal of Research in Marketing. - 2003. - 3 : Vol. 20. - pp. 217-231.
- Dick, A & Basu K. (1994). La lealtad del cliente: hacia un marco conceptual integrado. Rev. Jorunal of the Academy of Marketing Sciencie, 22 (2). Pp. 99-113.
- Dorotic M, Bijmolt T, Verhoef P. (2011). Programas de Lealtad: Conocimiento actual e instrucciones de investigación. International Journal of Management Reviews; 14 (3), 217 - 237.
- Fisher E, Gainer B, Bristor J. (1997). The sex of service provider: Does it influence perceptions of service quality? Journal of Retailing. - 1997. - 3 : Vol. 73. - pp. 361-382.
- Flora, E. (2007). Satisfacción de los usuarios con los servicios de estomatología en el IMSS. Med. Inst. Mex. Seguro Soc., 149-155.
- Frisoua, J. y Yildizb, H. (2011). El aprendizaje del consumidor como determinante de la eficacia de un programa de fidelización de múltiples socios: Una perspectiva conductista ya largo plazo. Revista de Retail y Servicios al Consumidor; 18 (1), 81 - 91.
- González-Benito, O. y Martos-Partal, M. (2012). Papel del posicionamiento minorista y categoría de producto en la relación entre el consumo de la marca de la tienda y la lealtad de la tienda. Journal of Retailing; 88 (2), 236 - 249.

- González L. et al. (2007). Libro Blanco de la Profesión: Odontólogos y Estomatólogos de la Comunidad de Madrid [Book]. - Madrid: Universidad Rey Juan Carlos, 2007. - p. 289.
- González, M., (2005). Satisfacción del paciente con la atención de Enfermería. Perú: Enfermería Clínica
- Guerra J. (2015). Calidad de atención según la percepción del paciente entre 25 y 45 años, en la clínica integral de octavos semestres de la Facultad De Odontología De La Universidad Central Del Ecuador. Período Febrero-Julio 2015.
- Grönroos Ch. (1988). Service Quality: The Six Criteria of Good Perceived Service Quality [Journal] // Review of Bussiness. - 1988. - Vol. 9. 13 - 320-440.
- Hansen, J.D., Deitz, G.D. y Morgan, R.M. (2010). Taxonomía de los miembros del programa de fidelización basados en el servicio. Diario de Servicios de Marketing; 24, 271 - 282.
- Hernández R, Fernández C y Baptista P. (2012) Metodología de la investigación. México: Mc Grw Hill. Interamericana.
- Hincapié R. (2004) Satisfacción de los usuarios frente a la calidad de la atención en el programa de Odontología Integral del Adolescente. Ecuador: UNVE.
- Jackson, B. (1985). Desarrollar relaciones con los clientes por última vez. Harward Bussines Review, Nov-Dec (120-128).
- Jacoby J & Kyner D. (1973). Lealtad de marca vs. comportamiento de compra repetido. Journal of Marketing Research, X(Feb), pp. 1-9.
- Johnston, M.W. y Marshall, G.W. (2013). Venta contemporánea: Construyendo relaciones, creando valor. Nueva York: Edición de Routledge. Cuarto. Edición; 2013.
- Kaldenberg D, et al., (1997). Identificar las fortalezas y debilidades de la calidad del servicio Usando SERVQUAL: un estudio de servicios dentales. Journal 1997. 2: Vol. 15.- pp. 69-86.
- Karydis A, et al. (2001). Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. International Journal for Quality in Health Care. - 2001. - 5 : Vol. 13. - pp. 409-416.

- Kumar, V., Pozza, I.D. y Ganesh, J. (2013). Revisitando la relación de satisfacción-lealtad: generalizaciones empíricas y direcciones para futuras investigaciones. *Journal of Retailing*; 89, 246 - 262.
- Martínez J y Martínez L. (2010). Algunas percepciones sobre la conceptualización y medición de la calidad del servicio. España: *Rev. Journal 2010*, Vol. 19. - pp. 29-42.
- McAlexander H, Kaldenburg O & Koenig H. (1994). Medición de la calidad del servicio. *Rev. Journal of Health Care Marketing*. - 1994. - 3 : Vol. 14. - pp. 34-40
- Mejía, C. A. (2014). La propuesta de valor. Planning SA Medellín Colombia. www.planning.com.co.
- Mercado K (2016). Calidad de servicios que brinda el centro odontológico Odontomed a los pacientes. Ecuador: PUCE.
- Mimouni A y Volle P. (2010). Beneficios percibidos de los programas de lealtad: Desarrollo de la escala e implicaciones para las estrategias de relaciones. *Journal of Business Research*; 63, 32 - 37.
- Nath, S. (2005). Programas de lealtad: más allá de la lealtad conductual: hipótesis de los programas de lealtad. España: UPN/URJC.
- Oliver, R. (1999). Whence Consumer Loyalty?. *Journal of Marketing*, 63 (Special Issue), pp. 33-34.
- Organización Mundial De La Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría sobre la 55ª Asamblea Mundial De La Salud. Punto 13.9 del orden del día provisional 23 de marzo de 2002. Suiza: OMS
- Palihawadana D, Barnes B. (2004). La medición y gestión de la calidad del servicio en la atención odontológica. *Journal Health Services Management Research*. - 2004. 4: Vol. 17. - pp. 229-236.
- Parasunaman A, Zeithaml A, Berry L. (1988). SERVQUAL: Una escala de artículos múltiples para medir las percepciones de los consumidores sobre la calidad del servicio. *Journal of Retailing*. - 1988. - 1: Vol. 64. - págs. 12-40.

- Parasunaman A, Zeithaml A, Berry L. (1985) Un modelo conceptual de la calidad del servicio y sus implicaciones para la investigación futura. *Journal of Marketing*. - 1985. - Otoño: Vol. 49. - págs. 41-50.
- Parasunaman A., Zeithaml A. y Berry L. (1994). Reevaluación de las expectativas como un estándar de comparación en la medición de la calidad del servicio: implicaciones para futuras investigaciones. *Journal of Marketing*. - 1994. - 1: Vol. 58. - pp. 111-124.
- Paul III David P. ¿Cuál es el "mejor" enfoque para medir la calidad del servicio de los Periodontistas? [Diario]. - 2003b. - 4: Vol. 20. - pp. 457-468.
- Pinilla J, Petrova A. (2012). *El Mercado de Servicios Dentales en Cataluña: análisis de las nuevas formas de negocios con especial atención en las franquicias y seguros dentales*. España: Ed. Sala Emili Cuenca/ Barcelona: Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña.
- Ra, A.K. y Medha, S. (2013). De antecedentes de fidelidad de clientes: Una investigación empírica en el contexto del seguro de vida. *Revista de Competitividad*; 5,139-163.
- Reinares L, & Ponzoa C. (2004). *Marketing Relational. Un nuevo enfoque para seducción e fidelización del cliente*. 2º ed. Madrid: Prentice Hall Times.
- Rodríguez M. (2012). Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú: UNMSM.
- Steyn, P., Pitt, L., Strasheim, A., Boshoff, C. y Abratt, R. (2010). Un estudio intercultural de los beneficios percibidos de un sistema de fidelización de minoristas en Asia. *Journal of Retailing and Consumer Services*; 17, 355-373.
- Uncles M, Dowling G & Hammond K. (2003). Lealtad del cliente y programas de fidelización de clientes. *Rev. Journal of Consumer Marketing*, 20 (4. 294-316.
- Uncles M & Laurent G. (1997). Editorial internacional. *Journal of*, Volume e 14, pp.399-404.

- Ueltschy L, et al., (2007). Calidad y satisfacción del servicio: una comparación internacional de las percepciones de los servicios profesionales. Diario. 2007 6: Vol. 21 - págs. 410-423.
- Vargas A. (2015). Comportamiento del paciente de la clínica dental modelo basado en la percepción de la calidad del servicio y fidelización del paciente. España: ETSII.
- Vargas A, Solana P, Mercado C: 2014. Aportes de la calidad del servicio en clínicas dentales .España: UPN/URJC.
- Wilson, A., Zeithaml, V. A., Bitner, M.J. y Gremler, D.D. (2012). Servicios de Marketing: Integrar el enfoque del cliente en toda la empresa. McGraw Hill, Reino Unido.

VIII. ANEXO

ANEXO 1
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
ESCUELA DE POS GRADO

CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA Y SU RELACIÓN CON LA FIDELIZACIÓN DEL PACIENTE. LAREDO, 2017.

ENCUESTA

(Parasunaman et al., 1998; Vargas, 2015, adaptado por las autoras)

DATOS DE FILIACIÓN:

Sexo Edad Grado de instrucción

Lugar de atención odontológica en el último año:

- () Hospital MINSA () Hospital EsSalud
() Clínica Privada () Consultorio privado

Marcar por favor hasta qué punto crees que tu establecimiento de salud dental se ha descrito en los siguientes enunciados, considere

- (1) Totalmente en desacuerdo (2) Muy en desacuerdo (3) En desacuerdo
(4) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (5) De acuerdo (6) Bastante de acuerdo
(7) Totalmente de acuerdo

A	FIDELIZACIÓN DEL PACIENTE							
1	Si tengo que empezar un tratamiento nuevo yo querría volver a donde me atendí la última vez	1	2	3	4	5	6	7
2	Recomendaría el establecimiento donde me atendí a otras personas	1	2	3	4	5	6	7
3	Valoré positivamente la relación amistosa y cercana que mantengo con el odontólogo(a) y su el personal que me atendió	1	2	3	4	5	6	7
4	Cambiar de lugar de atención supondría una pérdida de tiempo	1	2	3	4	5	6	7
5	Cambiar de lugar de atención me supondría un esfuerzo adicional para trasladarme.	1	2	3	4	5	6	7
6	Cambiar de lugar de atención supondría un esfuerzo por adaptarme a un nuevo odontólogo(a)	1	2	3	4	5	6	7
7	Estoy satisfecho con la atención clínica y servicio que me brindan en el lugar donde me atiendo	1	2	3	4	5	6	7
B	CALIDAD DE LA ATENCIÓN							
B1	TANGIBILIDAD							
8	El establecimiento donde me atiendo tiene equipos modernos y tecnología actualizada	1	2	3	4	5	6	7
9	El establecimiento donde me atiendo tiene instalaciones físicas visualmente atractivas	1	2	3	4	5	6	7
10	El establecimiento donde me atiendo tiene empleados y dentistas de buena apariencia	1	2	3	4	5	6	7

11	Los materiales asociados con el servicio (como folletos, normas de servicio) son visualmente atractivos.	1	2	3	4	5	6	7
B2	FIABILIDAD							
12	Cuando el establecimiento donde me atiendo promete hacer algo en un plazo determinado lo cumple	1	2	3	4	5	6	7
13	Cuando una tiene un problema el establecimiento donde me atiendo muestra un interés sincero para resolverlo	1	2	3	4	5	6	7
14	El establecimiento donde me atiendo es efectivo desde la primera consulta	1	2	3	4	5	6	7
15	El tiempo para la atención es promedio de 30 a más minutos	1	2	3	4	5	6	7
16	El establecimiento donde me atiendo no comete errores al prestar sus servicios	1	2	3	4	5	6	7
B3	SEGURIDAD							
17	Los empleados y los dentistas te dicen exactamente cuándo te darán el servicio	1	2	3	4	5	6	7
18	Siempre me ofrecen un servicio ágil	1	2	3	4	5	6	7
19	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas están siempre dispuestos a ayudarte	1	2	3	4	5	6	7
20	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas nunca están muy ocupados para atenderte	1	2	3	4	5	6	7
B4	GARANTÍA O RESPONSABILIDAD							
21	El comportamiento de los empleados y dentistas del establecimiento donde me atiendo inspiran confianza a los pacientes	1	2	3	4	5	6	7
22	Te sientes seguro cuando vienes y te tratas	1	2	3	4	5	6	7
23	Los empleado y dentistas son habitualmente amables contigo	1	2	3	4	5	6	7
24	Los empleados y dentistas tienen conocimientos para responder a tus preguntas	1	2	3	4	5	6	7
B5	EMPATÍA							
25	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas siempre ofrecen atención individual.	1	2	3	4	5	6	7
26	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas siempre ofrecen horarios convenientes a todos sus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
27	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas siempre ofrecen atención personal	1	2	3	4	5	6	7
28	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas siempre ponen tus intereses por delante	1	2	3	4	5	6	7
29	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas siempre entienden tus necesidades	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 2

VALIDACIÓN GENERAL DE LA ADAPTACIÓN DE LA ESCALA UNIDIMENSIONAL DE FIDELIZACIÓN DEL PACIENTE DE ODONTOLÓGICO. (COSTA, MURGA Y LORA, 2017)

Estadísticas de elemento		Media	Desviación estándar	N
A	FIDELIZACIÓN DEL PACIENTE			
1	Si tengo que empezar un tratamiento nuevo yo querría volver a donde me atendí la última vez	1	2	3
2	Recomendaría el establecimiento donde me atendí a otras personas	1	2	3
3	Valoró positivamente la relación amistosa y cercana que mantengo con el odontólogo(a) y su el personal que me atendió	1	2	3
4	Cambiar de lugar de atención supondría una pérdida de tiempo	1	2	3
5	Cambiar de lugar de atención me supondría un esfuerzo adicional para trasladarme.	1	2	3
6	Cambiar de lugar de atención supondría un esfuerzo por adaptarme a un nuevo odontólogo(a)	1	2	3
7	Estoy satisfecho con la atención clínica y servicio que me brindan en el lugar donde me atiendo	1	2	3

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,866	,866	7

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	6,032	5,889	6,222	,333	1,057	,014	7
Varianzas de elemento	1,448	1,281	1,676	,395	1,309	,019	7
Covariables entre elementos	,696	,118	1,529	1,412	13,000	,295	7
Correlaciones entre elementos	,480	,082	,979	,897	11,958	,136	7

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	36,06	28,173	,692	,840
2	36,22	28,889	,673	,842
3	36,22	28,771	,683	,841
4	36,00	28,588	,755	,832
5	36,22	30,418	,574	,856
6	36,28	30,918	,549	,859
7	36,33	31,176	,546	,859

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
42,22	39,359	6,274	7

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,480 ^a	,294	,701	7,473	17	102	,000
Medidas promedio	,866 ^c	,744	,942	7,473	17	102	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 3

VALIDACIÓN GENERAL DE LA ADAPTACIÓN DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL DE
PARASUNAMAN, ZEITHAML Y BERRY (1988) A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.
(COSTA, MURGA Y LORA, 2017)

	Estadísticas de elemento	Media	Desviación estándar	N
B1	TANGIBILIDAD			
8	El establecimiento donde me atiendo tiene equipos modernos y tecnología actualizada	5,83	1,098	18
9	El establecimiento donde me atiendo tiene instalaciones físicas visualmente atractivas	5,94	1,162	18
10	El establecimiento donde me atiendo tiene empleados y dentistas de buena apariencia	5,83	1,098	18
11	Los materiales asociados con el servicio (como folletos, normas de servicio) son visualmente atractivos.	6,17	1,200	18
B2	FIABILIDAD			
12	Cuando el establecimiento donde me atiendo promete hacer algo en un plazo determinado lo cumple	6,11	1,183	18
13	Cuando una tiene un problema el establecimiento donde me atiendo muestra un interés sincero para resolverlo	6,22	1,215	18
14	El establecimiento donde me atiendo es efectivo desde la primera consulta	6,06	,938	18
15	El tiempo para la atención es promedio de 30 a más minutos	6,06	,873	18
16	El establecimiento donde me atiendo no comete errores al prestar sus servicios	6,44	,984	18
B3	SEGURIDAD			
17	Los empleados y los dentistas te dicen exactamente cuándo te darán el servicio	6,17	,985	18
18	Siempre me ofrecen un servicio ágil	6,06	1,110	18
19	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas están siempre dispuestos a ayudarte	6,06	1,110	18
20	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas nunca están muy ocupados para atenderte	6,11	1,132	18
B4	GARANTÍA O RESPONSABILIDAD			
21	El comportamiento de los empleados y dentistas del establecimiento donde me atiendo inspiran confianza a los pacientes	6,33	1,029	18
22	Te sientes seguro cuando vienes y te tratas	5,67	1,029	18
23	Los empleado y dentistas son habitualmente amables contigo	6,06	1,110	18
24	Los empleados y dentistas tienen conocimientos para responder a tus preguntas	5,61	1,037	18
B5	EMPATÍA			
25	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas siempre ofrecen atención individual.	5,61	1,037	18
26	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas siempre ofrecen horarios convenientes a todos sus pacientes.	5,78	1,003	18
27	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas siempre ofrecen atención personal	6,11	,963	18
28	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas siempre ponen tus intereses por delante	5,78	,943	18
29	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas siempre entienden tus necesidades	5,94	,998	18

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,977	,978	22

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	5,997	5,611	6,444	,833	1,149	,050	22
Varianzas de elemento	1,124	,761	1,477	,716	1,940	,038	22
Covariables entre elementos	,740	,431	1,373	,941	3,182	,033	22
Correlaciones entre elementos	,664	,367	1,000	,633	2,721	,018	22

Estadísticas de total de elemento

ÍTEMS	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
8	126,11	333,634	,793	,976
9	126,00	332,235	,781	,976
10	126,11	333,634	,793	,976
11	125,78	329,007	,831	,976
12	125,83	326,382	,909	,975
13	125,72	328,330	,836	,976
14	125,89	336,340	,856	,976
15	125,89	338,105	,866	,976
16	125,50	337,794	,771	,976
17	125,78	334,771	,857	,976
18	125,89	332,928	,802	,976
19	125,89	332,928	,802	,976
20	125,83	332,265	,802	,976
21	125,61	335,781	,790	,976
22	126,28	339,977	,675	,977
23	125,89	337,516	,684	,977
24	126,33	335,412	,794	,976
25	126,33	335,412	,794	,976
26	126,17	334,500	,848	,976
27	125,83	336,853	,816	,976
28	126,17	338,500	,786	,976
29	126,00	335,294	,830	,976

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
131,94	366,644	19,148	22

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,659 ^a	,511	,816	43,440	17	357	,000
Medidas promedio	,977 ^c	,958	,990	43,440	17	357	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 4

VALIDACIÓN POR DIMENSIONES DE LA ADAPTACIÓN DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL
SERVQUAL DE PARASUNAMAN, ZEITHAML Y BERRY (1988) A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.

COSTA Y MURGA, 2017

ANEXO 4.1

Estadísticas de elemento		Media	Desviación estándar	N
B1	TANGIBILIDAD			
8	El establecimiento donde me atiendo tiene equipos modernos y tecnología actualizada	5,83	1,098	18
9	El establecimiento donde me atiendo tiene instalaciones físicas visualmente atractivas	5,94	1,162	18
10	El establecimiento donde me atiendo tiene empleados y dentistas de buena apariencia	5,83	1,098	18
11	Los materiales asociados con el servicio (como folletos, normas de servicio) son visualmente atractivos.	6,17	1,200	18

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,971	,972	4

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	5,944	5,833	6,167	,333	1,057	,025	4
Varianzas de elemento	1,301	1,206	1,441	,235	1,195	,013	4
Covariables entre elementos	1,160	1,088	1,245	,157	1,144	,004	4
Correlaciones entre elementos	,895	,825	1,000	,175	1,211	,004	4

Estadísticas de total de elemento

Elemento (Ítems)	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
8	17,94	10,997	,950	,955
9	17,83	10,618	,945	,956
10	17,94	10,997	,950	,955
11	17,61	10,840	,866	,969

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
23,78	19,124	4,373	4

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,892 ^a	,796	,953	34,023	17	51	,000
Medidas promedio	,971 ^c	,940	,988	34,023	17	51	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 4.2

Estadísticas de elemento		Media	Desviación estándar	N
B2	FIABILIDAD			
12	Cuando el establecimiento donde me atiendo promete hacer algo en un plazo determinado lo cumple	6,11	1,183	18
13	Cuando una tiene un problema el establecimiento donde me atiendo muestra un interés sincero para resolverlo	6,22	1,215	18
14	El establecimiento donde me atiendo es efectivo desde la primera consulta	6,06	,938	18
15	El tiempo para la atención es promedio de 30 a más minutos	6,06	,873	18
16	El establecimiento donde me atiendo no comete errores al prestar sus servicios	6,44	,984	18

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,954	,958	5

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	6,178	6,056	6,444	,389	1,064	,027	5
Varianzas de elemento	1,097	,761	1,477	,716	1,940	,103	5
Covariables entre elementos	,884	,562	1,327	,765	2,360	,047	5
Correlaciones entre elementos	,819	,610	,949	,339	1,557	,012	5

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
12	24,78	13,712	,919	,919	,936
13	24,67	13,294	,947	,908	,931
14	24,83	15,559	,909	,933	,939
15	24,83	16,029	,912	,853	,941
16	24,44	16,379	,731	,729	,956

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
30,89	23,163	4,813	5

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,806 ^a	,667	,910	21,776	17	68	,000
Medidas promedio	,954 ^c	,909	,981	21,776	17	68	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 4.3

Estadísticas de elemento		Media	Desviación estándar	N
B3	SEGURIDAD			
17	Los empleados y los dentistas te dicen exactamente cuándo te darán el servicio	6,17	,985	18
18	Siempre me ofrecen un servicio ágil	6,06	1,110	18
19	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas están siempre dispuestos a ayudarte	6,06	1,110	18
20	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas nunca están muy ocupados para atenderte	6,11	1,132	18

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,960	,960	4

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	6,097	6,056	6,167	,111	1,018	,003	4
Varianzas de elemento	1,179	,971	1,281	,310	1,320	,020	4
Covariables entre elementos	1,010	,814	1,229	,415	1,510	,025	4
Correlaciones entre elementos	,856	,744	,978	,234	1,314	,007	4

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
17	18,22	10,654	,811	,953
18	18,33	9,294	,933	,938
19	18,33	9,294	,933	,938
20	18,28	9,154	,935	,937

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
24,39	16,840	4,104	4

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,857 ^a	,737	,937	24,974	17	51	,000
Medidas promedio	,960 ^c	,918	,983	24,974	17	51	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 4.4

Estadísticas de elemento		Media	Desviación estándar	N
B4	GARANTÍA O RESPONSABILIDAD			
21	El comportamiento de los empleados y dentistas del establecimiento donde me atiendo inspiran confianza a los pacientes	6,33	1,029	18
22	Te sientes seguro cuando vienes y te tratas	5,67	1,029	18
23	Los empleado y dentistas son habitualmente amables contigo	6,06	1,110	18
24	Los empleados y dentistas tienen conocimientos para responder a tus preguntas	5,61	1,037	18

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,886	,885	4

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	5,917	5,611	6,333	,722	1,129	,116	4
Varianzas de elemento	1,106	1,059	1,232	,173	1,164	,007	4
Covariables entre elementos	,729	,549	,863	,314	1,571	,012	4
Correlaciones entre elementos	,658	,515	,755	,241	1,468	,006	4

Estadísticas de total de elemento

Elemento (ítems)	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
21	17,33	8,000	,707	,869
22	18,00	7,765	,759	,850
23	17,61	7,075	,825	,823
24	18,06	7,938	,713	,867

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
23,67	13,176	3,630	4

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,659 ^a	,449	,833	8,740	17	51	,000
Medidas promedio	,886 ^c	,765	,952	8,740	17	51	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 4.5

Estadísticas de elemento		Media	Desviación estándar	N
B5	EMPATÍA			
25	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas siempre ofrecen atención individual.	5,61	1,037	18
26	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas siempre ofrecen horarios convenientes a todos sus pacientes.	5,78	1,003	18
27	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas siempre ofrecen atención personal	6,11	,963	18
28	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas siempre ponen tus intereses por delante	5,78	,943	18
29	En el establecimiento donde me atiendo los empleados y dentistas siempre entienden tus necesidades	5,94	,998	18

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,952	,952	5

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	5,844	5,611	6,111	,500	1,089	,036	5
Varianzas de elemento	,979	,889	1,075	,186	1,210	,005	5
Covariables entre elementos	,782	,614	,967	,353	1,574	,011	5
Correlaciones entre elementos	,798	,635	,930	,295	1,465	,008	5

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
25	23,61	12,840	,891	,937
26	23,44	12,850	,929	,930
27	23,11	13,987	,780	,945
28	23,44	13,791	,836	,946
29	23,28	13,036	,902	,935

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
29,22	20,536	4,532	5

Coefficiente de correlación intraclass

	Correlación intraclass ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,799 ^a	,656	,906	20,842	17	68	,000
Medidas promedio	,952 ^c	,905	,980	20,842	17	68	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 5

BASE DE DATOS DE LA VALIDACIÓN DE LA ADAPTACIÓN DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL
SERVQUAL DE PARASUNAMAN, ZEITHAML Y BERRY (1988) FIDELIZACIÓN DEL PACIENTE
ODONTOLÓGICO
(COSTA, MURGA, LORA, 2017)

SERVQUAL DE PARASUNAMAN, ZEITHAML Y BERRY (1988) APLICADA A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.																		FIDELIZACIÓN DEL PACIENTE ODONTOLÓGICO										
TANGIBILIDAD				FIABILIDAD				SEGURIDAD				GARANTIA O RESPONSABILIDAD				EMPATÍA												
6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	5	5	5	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	6	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	6	6	6	6
6	6	6	6	6	6	6	6	7	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	2	2	2	2	5	5	5
6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	7	6	6	6	6	6	7	6	6	6	7	7	7	7
2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	6	6	6	6	2	2	2
6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6
7	6	7	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	6	5	5	5	6	7	5	6	7	6	6	7	6	7	6
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6	7	5	6	7	7	7	6	5	5	5	
6	7	6	7	7	7	7	6	6	6	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	6	6
6	6	6	7	6	7	6	6	7	6	5	5	5	7	5	7	5	5	5	6	6	5	7	7	7	7	6	6	6
5	5	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6
6	6	6	6	6	6	6	6	7	6	5	5	5	7	5	7	5	5	5	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7
6	6	6	6	7	7	6	6	7	7	6	6	7	7	5	6	6	6	6	6	7	7	6	6	6	7	7	7	7
6	7	6	7	6	7	6	7	7	7	7	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	7	7	7	7
7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	7	7	7	5	5	5	5	6	7	5	6	7	7	7	6	6	6
7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6
6	7	6	7	7	7	7	6	6	6	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	6	6	6	6
6	6	6	7	6	7	6	6	7	6	5	5	5	7	7	7	5	5	5	6	6	5	7	7	6	6	6	6	6

ANEXO 6

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PARA BASE DE DATOS SPSS

SPSS/PC. V.22

TITLE: "CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA Y SU RELACIÓN CON LA FIDELIZACIÓN DEL PACIENTE. LAREDO, 2017".

DATA LIST (posición que ocupan las variables)

/v1 1 V2 2 V3 3 V4 4 V5 5.

Variable Label (Nombres de las variables)

/Var 1 'Fidelización de paciente'

/Var 2 'Fiabilidad'

/Var 3 'Capacidad de respuesta o responsabilidad'

/Var 4 'seguridad'

/Var 5 'Empatia'

/Var 6 'Tangibilidad'

Value Labels (Valores de las variables)

/V1 1 'Baja' 2 'Media' 3 'Alta'

/V2 1 'Mala' 2 'Regular' 3 'Buena'

/V3 1 'Mala' 2 'Regular' 3 'Buena'

/V4 1 'Mala' 2 'Regular' 3 'Buena'

/V5 1 'Mala' 2 'Regular' 3 'Buena'

/V6 1 'Mala' 2 'Regular' 3 'Buena'

Begin Data. (Listado de los datos)

	V1	V2	V3	V4	V5	V6
1	2	1	1	1	2	1
2	3	1	1	1	1	1
3	3	2	2	2	2	2
4	3	2	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3
6	3	3	2	2	3	2
7	3	2	2	2	3	2
8	2	2	3	2	3	2
9	2	2	3	2	3	2
10	2	1	2	2	2	2
11	3	2	2	1	2	2
12	3	2	3	2	3	2
13	3	2	2	2	3	2
14	2	2	2	2	2	2
15	3	2	3	2	2	2
16	1	3	3	3	3	3

17	3	3	3	3	3	3
18	3	2	2	2	2	2
19	2	2	2	2	3	2
20	3	2	2	2	2	2
21	3	2	2	2	3	2
22	3	2	2	2	3	2
23	3	2	2	2	3	2
24	2	3	3	2	2	2
25	2	2	2	2	3	2
26	3	3	2	2	2	2
27	3	2	3	2	3	3
28	3	2	2	2	2	2
29	3	1	1	1	2	1
30	3	2	1	2	3	2
31	3	2	3	3	2	2
32	3	3	3	3	3	3
33	3	3	3	3	3	3
34	3	3	3	3	3	3
35	3	2	3	3	3	3
36	3	3	3	3	3	3
37	1	3	3	3	3	3
38	3	2	2	2	2	2
39	3	2	2	2	3	2
40	3	2	3	2	3	2
41	3	1	2	2	2	2
42	3	1	2	1	3	1
43	3	1	2	2	2	2
44	3	3	3	3	3	3
45	3	3	3	3	3	3
46	3	3	3	3	3	3
47	2	3	2	2	3	3
48	3	3	2	3	3	3
49	3	3	2	3	3	3
50	3	2	2	3	2	2
51	3	1	2	2	3	2
52	3	2	3	3	3	3
53	2	2	2	2	2	2
54	3	2	3	3	2	2
55	3	3	3	2	3	3
56	3	3	3	2	3	3
57	3	3	2	2	3	3
58	3	2	3	3	3	3
59	3	3	3	2	3	3
60	3	2	1	2	2	2
61	3	2	3	2	3	2
62	3	2	2	3	3	2
63	3	3	2	2	2	2
64	2	3	3	3	3	3
65	3	2	2	3	2	2

66	2	2	3	2	2	2
67	2	2	2	2	3	2
68	3	2	3	2	2	2
69	2	1	2	2	2	2
70	2	2	2	3	3	2
71	2	1	1	2	1	1
72	2	3	3	3	3	3
73	2	2	3	2	3	3
74	3	2	3	3	3	3
75	3	2	2	3	3	3
76	3	3	3	2	3	3
77	3	2	3	3	3	3
78	3	3	3	3	3	3
79	3	2	3	3	3	3
80	3	2	3	3	3	3
81	2	1	2	1	1	1
82	3	2	2	2	2	2
83	3	2	2	2	2	2
84	3	2	2	2	2	2
85	3	2	2	2	1	2
86	3	3	3	3	3	3
87	1	1	1	1	1	1
88	3	2	2	2	2	2
89	3	2	2	2	2	2
90	3	2	2	2	2	2
91	2	2	2	2	2	2
92	3	3	3	3	3	3
93	3	3	3	3	3	3
94	3	3	3	3	3	3
95	2	2	2	2	2	2
96	3	1	2	1	2	1
97	3	2	2	2	2	2
98	3	2	2	2	2	2
99	1	1	1	1	1	1
100	2	1	2	2	2	2
101	3	2	3	2	3	2
102	3	2	2	2	2	2
103	3	2	2	2	2	2
104	3	2	2	2	2	2
105	3	2	2	2	2	2
106	3	2	3	2	2	2
107	3	2	2	3	2	2
108	2	2	2	2	2	2
109	3	2	3	2	3	2
110	3	3	3	3	3	3
111	3	1	2	1	3	1
112	3	2	2	2	3	2
113	2	1	2	2	2	2
114	3	2	3	2	2	2

115	1	2	2	2	2	2
116	3	2	2	3	2	2
117	3	2	2	3	3	2
118	3	3	3	3	3	3
119	3	2	3	3	3	3
120	3	2	3	3	3	3
121	3	2	3	2	3	2
122	3	3	3	3	3	3
123	2	2	2	2	2	2
124	3	2	2	2	2	2
125	3	2	2	2	2	2
126	3	3	3	2	2	3
127	2	2	2	2	3	2
128	3	2	2	2	3	2
129	3	2	2	3	2	2
130	3	2	2	2	3	2
131	3	2	3	2	2	2
132	2	2	2	2	2	2
133	3	2	3	3	3	3
134	3	2	2	2	3	2
135	3	2	2	2	2	2
136	3	2	2	2	2	2
137	3	2	2	2	2	2
138	3	2	2	2	3	2
139	3	2	2	2	2	2
140	3	2	2	3	2	2
141	3	2	2	2	2	2
142	3	2	3	3	3	3
143	3	2	3	2	3	2
144	3	2	2	2	3	2
145	3	2	2	2	2	2
146	3	2	3	2	3	2
147	3	2	2	2	2	2
148	3	2	2	2	2	2
149	3	2	3	2	3	2
150	3	2	2	2	2	2
151	3	2	3	2	2	2
152	3	2	2	2	2	2
153	3	2	2	2	2	2
154	3	2	2	2	2	2
155	3	2	2	2	2	2
156	3	2	2	2	2	2
157	3	2	2	2	2	2
158	3	2	2	2	2	2
159	3	2	2	2	2	2
160	3	2	2	2	3	2
161	3	2	2	2	3	2
162	2	3	3	3	3	3
163	3	2	3	3	3	3

164	3	2	3	3	2	2
165	3	2	3	3	2	2
166	3	3	3	3	3	3
167	3	3	3	2	3	3
168	3	3	3	3	3	3
169	3	3	3	3	3	3
170	3	3	3	3	3	3
171	3	3	3	3	3	3
172	3	3	3	3	3	3
173	3	3	3	3	3	3
174	3	3	3	3	3	3
175	3	3	3	3	3	3
176	3	3	3	3	3	3
177	3	3	3	3	3	3
178	3	3	3	3	3	3
179	3	3	3	3	3	3
180	3	3	3	3	3	3
181	3	3	3	3	3	3
182	3	3	3	3	3	3
183	3	3	3	3	3	3
184	3	3	3	3	3	3
185	3	3	3	3	3	3
186	3	3	3	3	3	3
187	3	3	3	3	3	3
188	3	2	3	3	3	3
189	3	2	3	3	3	3
190	3	3	3	3	3	3
191	3	3	3	3	3	3
192	3	3	3	3	3	3
193	3	3	3	3	3	3
194	3	3	3	3	3	3
195	3	3	3	3	3	3
196	3	3	3	3	3	3
197	3	3	3	3	3	3
198	3	3	3	3	3	3
199	3	3	3	3	3	3
200	3	3	3	3	3	3
201	3	3	3	3	3	3
202	3	3	3	3	3	3
203	3	3	3	3	3	3
204	3	3	3	3	3	3
205	3	3	3	3	3	3
206	3	3	3	3	3	3
207	3	3	3	3	3	3
208	3	3	3	3	3	3
209	3	3	3	3	3	3
210	3	3	3	3	3	3
211	3	3	3	3	3	3
212	3	3	3	3	3	3

213	3	3	3	3	3	3
214	3	3	3	3	3	3
215	3	3	3	3	3	3
216	3	3	3	3	3	3
217	3	3	3	3	3	3
218	3	3	3	3	3	3
219	3	3	3	3	3	3
220	3	3	3	3	3	3
221	3	3	3	3	3	3
222	3	3	3	3	3	3
223	3	3	3	3	3	3
224	3	2	3	3	3	3
225	3	3	3	3	3	3
226	3	3	3	3	3	3
227	3	3	3	3	3	3
228	3	3	3	3	3	3
229	3	3	3	3	3	3
230	3	3	3	3	3	3
231	3	3	3	3	3	3
232	3	3	3	3	3	3
233	3	3	3	3	3	3
234	3	3	3	3	3	3
235	3	3	3	3	3	3
236	3	3	3	3	3	3
237	3	3	3	3	3	3
238	3	3	3	3	3	3
239	3	3	3	3	3	3
240	3	3	3	3	3	3

End Data. (Fin de datos)

ANEXO 7

Pruebas de normalidad según lugares de procedencia del paciente

VARIABLES/ DIMENSIONES	LUGAR DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
FIDELIZACIÓN DEL PACIENTE	HOSPITAL MINSA	,458	80	,000	,570	80	,000
	HOSPITAL EsSALUD	,502	80	,000	,438	80	,000
	CONSULTORIO	,532	80	,000	,089	80	,000
	PRIVADO						
TANGIBILIDAD	HOSPITAL MINSA	,235	80	,000	,800	80	,000
	HOSPITAL EsSALUD	,396	80	,000	,649	80	,000
	CONSULTORIO	,535	80	,000	,222	80	,000
	PRIVADO						
FIABILIDAD	HOSPITAL MINSA	,297	80	,000	,781	80	,000
	HOSPITAL EsSALUD	,411	80	,000	,598	80	,000
	CONSULTORIO	,533	80	,000	,317	80	,000
	PRIVADO						
SEGURIDAD	HOSPITAL MINSA	,321	80	,000	,744	80	,000
	HOSPITAL EsSALUD	,409	80	,000	,667	80	,000
	CONSULTORIO	,538	80	,000	,144	80	,000
	PRIVADO						
RESPONSABILIDAD	HOSPITAL MINSA	,312	80	,000	,745	80	,000
	HOSPITAL EsSALUD	,420	80	,000	,650	80	,000
	CONSULTORIO	,532	80	,000	,089	80	,000
	PRIVADO						
EMPATÍA	HOSPITAL MINSA	,414	80	,000	,641	80	,000
	HOSPITAL EsSALUD	,360	80	,000	,721	80	,000
	CONSULTORIO	,538	80	,000	,144	80	,000
	PRIVADO						
CALIDAD DE LA ATENCIÓN A NIVEL GENERAL	HOSPITAL MINSA	,308	80	,000	,745	80	,000
	HOSPITAL EsSALUD	,426	80	,000	,620	80	,000
	CONSULTORIO	,540	80	,000	,188	80	,000
	PRIVADO						

a. Corrección de significación de Lilliefors

ANEXO 8

Pruebas de normalidad general

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
FIDELIZACIÓN DEL PACIENTE	,510	240	,000	,417	240	,000
TANGIBILIDAD	,299	240	,000	,763	240	,000
FIABILIDAD	,291	240	,000	,749	240	,000
SEGURIDAD	,337	240	,000	,714	240	,000
RESPONSABILIDAD	,372	240	,000	,687	240	,000
EMPATÍA	,413	240	,000	,642	240	,000
CALIDAD DE LA ATENCIÓN A NIVEL GENERAL	,330	240	,000	,717	240	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

ANEXO 9

ASPECTO ADMINISTRATIVO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

Nº		2017												2017				
		Agosto				Setiembre				Octubre				Noviembre				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Planteamiento del problema, objetivos y justificación	■	■	■														
2	Construcción de marco teórico				■	■	■	■										
3	Formulación de hipótesis y marco metodológico							■	■									
4	Elaboración y prueba de instrumentos							■	■	■								
5	Recolección de datos							■	■	■	■	■						
6	Tratamiento de los datos										■	■						
7	Análisis de resultados y contrastación de hipótesis												■	■				
8	Formulación de conclusiones y recomendaciones													■	■			
9	Redacción del informe														■	■		
10	Presentación del informe															■		