

Evaluación de calidad de los procesos de atención de salud bucal empleando el método basado en la semiótica de los enunciados

<evaluacion de calidad><salud bucal>

Aldo Squassi, Hugo Mercer y Noemí Bordoni
squassi@ciudad.com.ar
mercerh@who.int
nbordoni@rec.uba.ar

1. INTRODUCCIÓN

Un abordaje útil para analizar la calidad de la atención de los servicios de salud es la dimensión socio-emocional centrada en las representaciones sociales que tienen las personas involucradas en ese proceso. Se basa en la interacción social entre los integrantes del equipo de salud y los/as usuarios/as tomando como datos a las conceptualizaciones y valoraciones de ambos grupos.

En varias experiencias se han enfatizado los componentes psico-sociales de la atención **(1-2)** (Wyszenwianski y Donabedian, 1981; Davis, 1995). No obstante, dentro del campo de la evaluación de calidad son pocas las experiencias que incorporan esta dimensión. Históricamente se ha dado prioridad a las evaluaciones normativas basadas en protocolos técnicos o administrativos, hecho que ha sido analizado por diferentes autores **(1; 3)** (Wyszenwianski y Donabedian, 1981; Menéndez, 1990).

La introducción en el campo de la salud del concepto de calidad total **(4)** (Deming, 1990) implicó algunos cambios en el pensamiento de los evaluadores, ya que introdujo la noción de que la calidad de la atención no solamente depende de la excelencia técnica sino también de la satisfacción de los clientes internos (es decir: el equipo de salud) y externos (es decir los usuarios de los servicios de salud). Passos Nogueira, en 1994 **(5)** otorga este concepto como un nuevo paradigma en la evaluación de la atención de salud. Arnetz **(6)** en 1999 estudió la percepción de la profesión médica acerca de los cambios organizacionales o recortes financieros en términos de calidad de la atención, confirmando que la opinión del equipo puede ser usada como un indicador adicional de calidad de los cuidados. Asimismo demostraron que para aumentar la calidad de cuidados el equipo profesional debe involucrarse en la gestión cotidiana incluyendo en la información actualizada de misión y metas organizacionales.

Diversos autores han cuestionado aspectos metodológicos de las encuestas formuladas a los usuarios argumentando que en ocasiones son formuladas a la salida del consultorio (*exit interviews*) y esto sesga las respuestas a favor de la satisfacción por temor a posibles represalias y que el empleo de preguntas cerradas y dirigidas que no permiten identificar las ambigüedades ni las contradicciones propias de los sistemas valorativos.

Iriart y colaboradores **(7)** han informado que la mayor parte de las encuestas reportan niveles de satisfacción superiores al 70%, independientemente de la

calidad del servicio prestado. Lovgren y colaboradores, en 1998 **(8)** investigaron el nivel de satisfacción de 5158 pacientes y 2824 integrantes del personal de salud, en un Centro de 1er. nivel de atención de Suecia durante un día específico. El estudio reveló diferencias de opinión entre los grupos de adultos mayores y los jóvenes o de edad media. La menor satisfacción se asoció a las oportunidades de expresar críticas y de recibir información que los ayudara fuera de la institución.

Timpka, en 2000 con el propósito de aumentar la comprensión de la oferta de servicios de 1er. nivel basados en equipos de salud aplicó escalas de satisfacción y estimuló entrevistas de control. Encontró que el equipo de salud fue vulnerable a las discrepancias entre las políticas de atención y los recursos disponibles, concluyendo que las discrepancias conceptuales eran una importante causa de desbalance en la interacción entre pacientes y equipo de salud **(9)**.

Van der Waal y colaboradores en 1996, analizaron las diferencias de opinión entre especialistas médicos y pacientes con enfermedades crónicas sobre preferencias de aspectos de la atención vinculados con la calidad, encontrando diferencias significativas entre las opiniones de ambos grupos especialmente sobre el alto valor otorgado a la “continuidad de cuidados” por parte de los pacientes **(10)**. Haddad y colaboradores en el año 2000 **(11)** presentaron una escala para medir las percepciones acerca de la calidad de la atención en los pacientes luego de una visita al médico en las unidades de atención de 1er nivel en la región de Montreal (Canadá).

Pittman **(12)** introdujo un método capaz de aclarar los problemas de interacción social entre proveedores de salud y los usuarios como estrategia para mejorar la calidad de cuidados en los centros de 1er nivel de atención, encontrando que esta metodología permitía la identificación de aspectos subjetivos vinculados con la interacción social y con implicancias prácticas para el equipo de salud, los administradores, los decisores políticos, los educadores y los pacientes. Esta metodología se considera complementaria de las evaluaciones normativas y de satisfacción tradicionales.

El presente estudio plantea el abordaje de la calidad de la atención desde una perspectiva social **(13-14)**), aplicando modelos explicativos (ME). La hipótesis de trabajo expresa que: “la menor o mayor distancia existente entre los modelos explicativos de profesionales y pacientes es un indicador de la menor o mayor eficacia de la consulta”. En este marco se considera que las diferencias entre las ideas y las valoraciones, es decir las **divergencias o desencuentros**, son indicios de problemas en la calidad de la atención. Asimismo, y de acuerdo con Pittman **(12)** se considera que las **coincidencias o encuentros** pueden generar situaciones en las que ciertos atributos positivos o negativos para el cuidado de la salud bucal pudieran resultar fortalecidos.

A partir de allí, se identificó en un grupo determinado, el conjunto de ideas socialmente vigentes (mundos valorativos) en torno a los modelos explicativos

de la enfermedad analizada y los esquemas consecuentes para la valoración de la atención y del proceso de construcción de esas valoraciones.

2. METODOLOGIA

La investigación se desarrolló en dos Servicios de Odontología insertos en dos unidades sanitarias de un Municipio ubicado en la 1° corona del Área Metropolitana del Gran Buenos Aires, en un barrio de bajo nivel socioeconómico, instituciones que brindan servicios de atención de salud bucal gratuitos a niños sin cobertura. Por constituir un estudio exploratorio, fue acordado mantener el anonimato de los centros de salud, de los profesionales y auxiliares participantes en el estudio.

Los pasos técnicos de la metodología empleada fueron:

1. Selección de la patología trazadora.

El proceso “caries-tratamiento de caries” como enfermedad trazadora. Esta enfermedad fue seleccionada para delimitar el universo, pero se la considera trazadora en un sentido no estricto, ya que sirve para visibilizar problemas que pueden estar presentes en la atención de otros problemas de salud. A la vez, puede ser empleada como tal por las siguientes razones: **(a)** impacto funcional definido, **(b)** diagnóstico fácil, **(c)** altas tasas de prevalencia, **(d)** historia natural de la enfermedad sensible a la utilización y eficacia de la atención odontológica, **(e)** protocolos de atención disponibles, **(f)** comprensión de los factores de atención de salud bucal que influyen sobre la enfermedad, **(g)** su control requiere cambios en los estilos de vida (dieta e higiene bucal) lo que implica que el equipo de salud debe analizar la vida cotidiana de la familia y estimular su participación en la adopción de conductas saludables **(15-16)**. Esto implica que la existencia de divergencias o coincidencias entre los actores podría dificultar o facilitar la instalación de estrategias tendientes a mejorar, directa o indirectamente, la calidad de la atención.

2. Preparación de las encuestas:

- Se diseñaron guías semiestructuradas a aplicar en las entrevistas para captar las lógicas de los discursos, libres de la influencia de los investigadores pero dirigidas hacia los temas pertinentes con la investigación. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, para permitir su confirmabilidad.. **(Cuadros 1 y 2)**

Cuadro 1: Guía para la entrevista con los padres/madres

1. *¿Cuándo descubrió que su hijo tenía caries?*
2. *¿Cuándo concurrió por primera vez con su hijo al consultorio del dentólogo?*
3. *¿Por qué piensa que el niño se enfermó?*
4. *¿Cómo expresó el niño la enfermedad?*
5. *¿Cuáles fueron las indicaciones que le dio el odontólogo para cuidar a su hijo?*
6. *¿Qué cuidados, controles o estrategias familiares se usan?*
7. *¿Cómo fue su experiencia con el servicio de atención de su hijo?*
8. *¿Cuál fue el resultado alcanzado por la atención odontológica de su hijo?*
9. *¿Cómo es la relación suya con el odontólogo en el momento de la atención odontológica de su hijo?*
10. *¿Cómo es la relación suya con el odontólogo antes y después del momento de la atención odontológica de su hijo?*
11. *¿Cómo es la relación de su hijo con el odontólogo en el momento de su atención?*
12. *¿Cómo es la relación de su hijo con el odontólogo antes y después del momento de su atención?*
13. *¿Cómo definiría una atención ideal?*

Cuadro 2: Guía para la entrevista con el equipo de salud

1. *Describa razones breves por las que eligió estudiar odontología.*
2. *Defina la función del odontólogo en un centro de 1er. nivel de atención.*
3. *¿Cuáles son los logros y límites de su profesión y de su práctica?*
4. *¿Se siente satisfecho por su trabajo?*
5. *¿Cuál es el perfil de la gente que atiende?*
6. *¿Hay diferencia entre grupos?*
7. *Caracterice al paciente ideal.*
8. *¿Cuáles son las razones por las cuales la gente se enferma, en particular de caries dental?*
9. *Describa la relación odontólogo-paciente: su función, sus límites y sus alcances.*
10. *¿Qué estrategias personales propondría para aumentar la eficacia de la consulta, respecto de la enfermedad trazadora?*
11. *Describa la imagen de un servicio ideal.*

3. Identificación de los padres/madres participantes:

- Se incorporaron 36 personas adultas entre 21 y 52 años de edad, residentes en el barrio aledaño a los centros de salud, con niños que hubieran sido atendidos por lo menos dos veces en los servicios de odontología. **(Cuadro 3)**
- El método de incorporación en la muestra se hizo a partir de los primeros entrevistados y se amplió de acuerdo con el criterio de “snowball” hasta alcanzar niveles de saturación teórica **(17)**. En un centro se produjo en la entrevista 20 y en el otro en la entrevista 16.
- Las entrevistas fueron individuales y realizadas en el centro de salud o en el barrio

Cuadro 3: Distribución por género y edad de los padres/madres entrevistados

Género	Edad de los padres entrevistados		
	21-30 años	31-40 años	41-52 años
Hombres	2	2	3
Mujeres	14	12	3
Total	16	14	6

4. Identificación de los miembros del equipo de salud:

Se incorporaron 12 miembros sobre quienes se aplicó una encuesta individual semiestructurada: 7 eran odontólogos que cumplían funciones de odontopediatras.; 4 enfermeras (dos con funciones administrativas) y 1 asistente dental, que constituían el 60 % del total del equipo. Todos fueron entrevistados en sus lugares y horarios de trabajo.

5. Recolección de la información :

Los “datos” fueron los textos resultantes de las entrevistas realizadas a padres y madres de pacientes niños y a miembros del equipo de salud. Fueron identificados 468 textos respondidos por los padres/madres de los niños atendidos y por el equipo de salud y 132 textos provenientes del equipo de salud.

Los textos fueron procesados y analizados de acuerdo con los criterios de la metodología de semiótica de los enunciados (SEM) **(18)**. El análisis aborda todo lo explícitamente dicho por los informantes y lo ordena como si fuera una enciclopedia de definiciones socialmente vigentes en un lugar y momento determinado **(19)**

6. Análisis de los resultados:

El proceso analítico incluyó los siguientes pasos:

- a) Construcción de textos: incluyendo **(a)** segmentación del discurso, **(b)** normalización de los textos, **(c)** reconocimiento y pre-codificación de contexto.

El corpus obtenido fue de 1080 textos provenientes de las respuestas de padres/ madres y 396 textos provenientes de las respuestas del equipo de salud. (**Cuadro 4**)

Cuadro 4: Cantidad de segmentos de textos obtenidos por grupo encuestado	
Grupo	Cantidad de segmentos de textos
Padres /madres	1080 segmentos de textos
Equipo de salud	396 segmentos de textos
Totales	1476 segmentos de textos

b) Identificación de categorías conceptuales:

Se identificaron tres categorías conceptuales:

- Interacción de los padres/ madres con el servicio de odontología
- El modelo explicativo de la enfermedad
- Valoraciones en torno a la salud

c) Construcción de redes secuenciales, atendiendo al carácter de dependencia de los contenidos textuales. Se realizó mediante la transcripción de los datos (fragmentos de textos) en cinco hojas analíticas correspondientes a ejes de análisis:

- actores
- atributos registrado en cada categoría
- acciones desarrolladas
- motivos/ fines/ razones
- tiempo/ espacio (contexto)

d) Construcción de redes contrastativas .

Se identificaron las relaciones y contrastes entre segmentos de textos en cada hoja analítica y entre hojas analíticas, identificando en ambos casos las divergencias y convergencias positivas y negativas.

3. RESULTADOS

Los resultados se analizaron ordenando los textos según los cinco ejes de análisis con el propósito de caracterizar tres categorías teóricas que permitieran indagar en la evaluación de calidad de los servicios de salud bucal:

- **Interacción entre padres/madres/ niños y equipo de salud**, a partir de las respuestas vinculadas con:
 - a. Acceso al servicio de salud bucal
 - b. Percepciones y valoraciones del contacto entre padres /madres e hijos y personal de salud
- **Modelo explicativo de la enfermedad trazadora**, a partir de las respuestas otorgadas por ambos grupos de actores a los siguientes aspectos:
 - c. Causas de la enfermedad
 - d. Síntomas de la enfermedad

- e. Situación de diagnóstico
- f. Consecuencias de la enfermedad (materiales, sociales, emocionales, dolorosas)
- g. Factores preventivos
- h. Factores curativos
- **Juicios valorativos existentes acerca de la salud.** Estos datos emergen de las preguntas vinculadas con:
 - i. Apoyo familiar y social
 - j. Motivos para cuidarse o no

Los 1476 segmentos de textos extraídos de las encuestas realizadas a los dos grupos de actores permitieron reconocer:

1. Divergencias entre miembros del equipo de salud
2. Divergencias entre los padres/madres de los niños usuarios
3. Divergencias entre los miembros del equipo de salud y los padres/madres de los niños usuarios
4. Convergencias positivas entre miembros del equipo de salud y los padres/madres de los niños usuarios
5. Convergencias negativas entre miembros del equipo de salud y los padres/madres de los niños usuarios

Los resultados obtenidos respecto de la distribución de frecuencia de divergencias y coincidencias positivas y negativas figuran en el **cuadro 5**. En este cuadro se sumaria la frecuencia de aparición de los contrastes encontrados al plantear como metodología para la evaluación de la calidad de los servicios a la semiótica de los enunciados mediante el uso de tablas analíticas.

CUADRO 5: FRECUENCIA DE APARICIÓN DE LOS CONTRASTES ENCONTRADOS

CATEGORIA	PREGUNTAS ORIENTADORAS (NO EXCLUYENTES)		ATRIBUTO	DIVERGENCIA	CONVERGENCIA		CANTIDAD DE TEXTOS ANALIZADO
	PADRES	EQUIPO DE SALUD			POSITIVA	NEGATIVA	
Interacción de los usuarios con los servicios de salud / reflexión sobre la propia práctica	5	4	Acceso/ No acceso Percepciones/ Valoraciones	50%	22%	28%	713
	7	5					
	9	6					
	10	7					
	11	9					
12	11						
Modelo explicativo de la	1	8	Causas Síntomas	55%	18%	27%	404
	3	10					
	4						

enfermedad	8		Diagnóstico/ Prevención/ Tratamiento				
Valoraciones en torno a la salud	2 6 13	1 2 3	Apoyo/ Motivos para cuidarse/ Dificultades para cuidarse	62%	18%	20%	359

4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Interacción entre padres/madres, hijos y equipo de salud

- **Acceso al servicio de salud bucal.**

Pese a las similitudes entre equipo de salud y padres/madres acerca de los motivos de concurrencia al servicio de salud bucal de los centros de salud, se observó una divergencia a partir de las valoraciones de un grupo de profesionales acerca de los padres/madres y niños. **(Cuadro 6)**

Los motivos por los que los padres/madres deciden no concurrir al centro de salud difieren radicalmente entre lo expresado por el equipo de salud y los padres/ madres de los niños. Los textos extraídos de las respuestas del equipo de salud dan explicaciones a partir de rasgos negativos de los usuarios, mientras que no identifican el maltrato ni los tiempos de espera como barreras para el acceso al servicio. También se registraron frases comprensivas relacionadas generalmente con el miedo a concurrir.

Se registraron divergencias entre actores internos y externos cuando los padres/ madres mencionan la dificultad de llevar a sus hijos dentro de los horarios de atención.

Cuadro 6:

Discurso del equipo de salud respecto del acceso de los usuarios al servicio

-
- Algunos padres llevan a sus hijos demasiado, sin que tengan problemas de salud bucal
 - Algunos padres/madres traen a los niños en el horario que les conviene, lo que constituye una falta de respeto al profesional
 - Ciertos tipo de demandas son banales
 - Traen a los niños cuando no hay solución
 - Concurreren para encubrir el hecho de que no hacen nada.
 - Vienen porque tienen necesidad de ser escuchados

- **La visión del equipo de salud respecto de la demanda**

La conceptualización que hace el equipo de salud del buen trato como una herramienta para lograr el cumplimiento de un tratamiento contrasta con la valoración que hacen los padres/madres de los niños usuarios. Una de las estrategias mencionadas para imponer autoridad fue el hablar en forma "cortante", situación que fue motivo de crítica por parte de las madres.

Otras divergencias registradas fueron:

- □ respecto de la actitud de la severidad por parte del profesional, la que determina respuestas contradictorias: algunos padres/madres aceptan el reto, mientras que otros no retornan por haberse sentido maltratados ellos o sus hijos.
- □ entre lo expresado por algunos padres quienes se visualizaron a sí mismos como amigos de los profesionales; mientras que éstos manifiestan la imposibilidad de que exista amistad con los pacientes, debido a que esto dificulta la posibilidad de asumir un papel que requiere cierto grado de autoridad.
- □ **Valoración de los elementos de la comunicación**

Al analizar los componentes de la comunicación (es decir el funcionamiento como emisor y receptor) se identifican divergencias destacables:

- En el equipo de salud el concepto de "escuchar a los padres" y "hacerse el bueno" es usado indistintamente y es considerado un medio para conseguir adhesión. Las expectativas de los/as padres/madres divergían de este criterio considerado prioritario por el equipo de salud.
- En el equipo de salud se consideró que no era necesario preguntar y que no valía la pena aconsejar, existiendo escepticismo respecto de la adhesión de los padres a la indicación profesional. En cambio, las madres valoran la pregunta y el consejo profesional.
- En el equipo de salud se consideró de utilidad limitada la profundización en el interrogatorio ya que no fue concebida como una forma de aproximarse a la perspectiva del problema que tienen los padres/madres. Por el contrario, ambas figuras parentales valoran la idea que el odontólogo conozca y crea su versión.

- **Análisis de las funciones del odontólogo**

Existe consenso entre padres y equipo de salud acerca de las funciones y/o actividades esperadas durante la consulta odontológica: "revisar; arreglar dientes; sacar muelas; controlar".

Existe divergencia respecto de la valoración del acto de diagnóstico. El examen clínico para el diagnóstico es representado por el equipo de salud como una acción que se debe hacer, pero sin embargo, no hay referencias a la práctica en sí. Para los padres/ madres, revisar es una actividad que denota o no competencia profesional, ya sea porque sabe hacerlo "con cuidado" o porque lo asocian como preocupación por parte del profesional.

En el equipo de salud se concibe a la derivación como un hecho normal, mientras que para las madres es juzgada como una “falta de interés hacia sus hijos”. No apareció en las respuestas de las madres el criterio valorativo del prestigio del especialista al que se deriva. En cambio, los padres manifestaron valoración acerca de la participación del especialista.

En general las opiniones restantes estuvieron claramente vinculadas al modelo de práctica dominante en la profesión cuando se compararon con los atributos de calidad normalizados por este grupo de investigación **(20)**

Reacciones de los usuarios

- Existe convergencia de opiniones entre el equipo de salud y las madres adjudicando una exigencia mayor cuando se trata de la atención de salud bucal de sus hijos.

Ambos grupos coincidieron en reconocer el enojo de los padres por los tiempos de espera para ser atendidos. Un tercer punto de convergencia resultó la valoración hecha respecto del maltrato. Los gritos y la falta de agradecimiento son rechazadas.

4.2. Modelo explicativo de la enfermedad

Este tema estuvo directamente vinculado con:

- el peso de la opinión del profesional
- el grado de seguridad demostrado al dar información sobre la etiología y el tratamiento de la enfermedad.

Se registraron convergencia entre madres y equipo de salud al destacar ambos la importancia otorgada por ellas respecto de la opinión profesional. Cabe señalar que esta dependencia puede ser considerada un facilitador para el cumplimiento de ciertos tratamientos, pero no impactó sobre la seguridad que adquirirían las mujeres acerca de sus propios conocimientos. Este hecho se asoció, en ocasiones, con modestia o subestimación de si mismas en el momento de formular opiniones propias mientras que en otras permitió suponer que la adhesión a las indicaciones no era considerada relevante.

Existen convergencias en:

- el reconocimiento de la seguridad expresada por los padres y su potencial importancia como un facilitador de los planes de tratamiento y al mismo tiempo sobre el cuestionamiento al saber profesional expresado por los padres.
- entre lo expresado por los padres/madres y por el equipo de salud en reconocer que la situación económica es un obstáculo para realizar el tratamiento odontológico de sus hijos, ya sea por el costo como por la imposibilidad de cumplir con el tratamiento crónico que la atención de la salud bucal representa.
- Entre lo expresado por las madres y el equipo de salud, quienes coinciden en afirmar que la mujer no tiene “control” sobre sus acciones

ya que su papel de ama de casa le impide priorizar los problemas de salud. Este encuentro de las opiniones refuerza la problemática del género y las medidas preventivas propias y de sus hijos si esta coincidencia negativa no es reconocida para encarar su solución.

Existe divergencia en algunos casos ya que el equipo de salud explica el no cumplimiento del tratamiento en el bajo nivel escolar de los padres o madres. Esta situación nunca fue expresada por los padres/madres.

Se registraron convergencia negativa respecto de:

- la utilización de grupos educativos destinados a padres/ madres, ya que no fue mencionado como alternativa válida o fue descartado por algunos integrantes del equipo de salud por considerar que los padres/madres no asistirían.
- una idea fatalista acerca de la enfermedad trazadora la que aparece tanto en los textos del equipo de salud como en los de los padres/madres. Este hecho expresa un problema que refuerza las actitudes de pasividad asumida por ambas partes en relación con la prevención de la enfermedad.

Existe un supuesto que las mujeres se interesan por la salud, hecho que condujo a que los programas de promoción y educación para la salud se sustenten especialmente en ellas. Si ambos hechos están vinculados, podría reflexionarse sobre dos explicaciones:

- a. no existe vinculación entre el impacto de estos programas y la seguridad del conocimiento aplicado por las mujeres;
- b. la existencia de un eventual “desempoderamiento” de las mujeres, volviéndose cada vez más dependientes de la palabra profesional, de tal manera que tienen desconfianza de su propio saber.

4.3. Valoraciones en torno a la salud bucal

Fueron considerados los siguientes aspectos vinculados con el mundo de los valores:

- La propia experiencia de los padres/madres de tener caries- En todos los casos existía una importante experiencia pasada de caries dental y fueron mencionadas reiteradamente las experiencias negativas de los padres.
- La experiencia respecto del autocuidado. Fue escasamente mencionado como de interés y en ningún caso se registró la existencia de un programa preventivo de salud bucal sistemático.
- Las sensaciones corporales que acompañan a la atención de salud bucal como “mito” o realidad.

4.4. Consideraciones generales y líneas de acción

Retamal Gonzalez y Monge Jodra (21) realizaron un estudio comparativo entre los pacientes de dos centros de salud. Compararon los resultados respecto de la calidad percibida evaluada mediante dos técnicas: (a) opinión expresada

libremente y **(b)** comparación de 21 atributos asociados con calidad. Encontraron congruencia entre los resultados cualitativos y cuantitativos y diferencias significativas entre ambos centros. Los resultados obtenidos con este trabajo permiten validar indicadores de calidad que surgieron al analizar el discurso de padres y madres en la presente investigación, tales como el tiempo de espera y la disponibilidad profesional cuando fuera reclamada por los usuarios. En el presente estudio se introdujo una pregunta referida al “alta” del niño en el proceso de atención odontológica, considerando que la organización de la atención clínica adecuadamente protocolizada facilita el logro de un atributo de calidad (efectividad) innegociable al establecer los estándares. Las divergencias recogidas entre ambas figuras parentales al analizar los diferentes ejes intervinientes en los modelos de calidad parecen indicar la necesidad de investigar las variables existentes entre géneros. Este hecho fue recomendado por Pittman y Hartigan **(22)** al analizar la inequidad entre géneros como indicador de calidad y por Larson y colaboradores **(23)** al encontrar que las mujeres asignan una mayor importancia subjetiva a determinados aspectos de la atención de salud.

Ygge y Arnetz **(24)** plantearon la adaptación de un cuestionario de 63 ítems destinado a adultos, para medir la satisfacción de los padres respecto del cuidado pediátrico en un hospital universitario sueco. Existió mayor satisfacción con las actitudes del equipo profesional, el proceso de atención y el tratamiento médico y menos jerarquizados los aspectos relacionados con el ambiente de trabajo (hotelería) y la accesibilidad. En el presente estudio también resultaron indicadores de satisfacción de los/las padres/madres la accesibilidad, el discurso profesional y la capacidad para “escuchar” evidenciada por el equipo de salud.

Resulta también de interés profundizar acerca de la influencia que las diferencias etnoculturas pudieran ejercer sobre los cuidados de salud bucal ya que, según Di Caprio y colaboradores **(25)** en un estudio que incluyó grupos de diferentes orígenes étnoculturales, existieron diferencias en la atención de salud general que señalaban la necesidad de incrementar la capacitación de profesionales en educación para la salud, asegurar una buena comunicación entre los niños, la familia y los profesionales de la salud y de facilitar el acceso y provisión de cuidados de salud a los niños de diferentes culturas.

En este trabajo fue identificada la importancia otorgada por las madres respecto de la opinión profesional. Weisman y colaboradores **(26)** realizaron un estudio mediante análisis multivariado y encontraron resultados similares sugiriendo la necesidad aumentar la investigación y la optimización de la atención del 1er. nivel de resolución tecnológica a partir del análisis de género realizado sobre los datos de satisfacción de los usuarios y a partir de medidas de satisfacción de pacientes género-sensitivas.

Al analizar los textos que se incluyen en los diferentes ejes parece concluirse que el concepto de calidad no constituye un único punto en el cual se puede posicionar la “alta calidad”, sino más bien, una faceta constituida por una sucesión de puntos, cada uno de los cuales representa:

(a) las percepciones de calidad de una misma persona en los diferentes contactos con el/los profesional/les,

(b) las diversas percepciones que las diferentes personas experimentan con el/los profesional /es ,

(c) las percepciones de calidad de un mismo profesional en los diferentes contactos con la/s persona/s,

(d) las diversas percepciones que los diferentes profesionales experimentan con la /s persona/as.

Esta interpretación dinámica del concepto de calidad le otorga un atributo de movilidad que obliga a establecer un sistema de evaluación de la calidad permanente y estratégicamente diseñado. Esta recomendación coincide por la manifestada por Koenig y colaboradores **(27)** en un estudio de metaanálisis. Compartir las valoraciones vertidas en los textos por parte del equipo de salud y de los padres/ madres de los niños podría constituir un recurso útil para estimular la reflexión sobre los derechos, sobre las divergencias, sobre las convergencias negativas y sobre las confrontaciones latentes conducente a una re-construcción positiva de la situación odontopediátrica en términos de calidad. No obstante, es recomendable que, además de los componentes subjetivos en la evaluación de calidad, se sistematice y monitoree la aplicación de protocolos en la atención clínica basados en la evidencia científica, críticamente evaluada y pertinentemente contextualizada.**(28)**.

5. CONCLUSIONES

- En estudios basados en la semiótica de los enunciados puede identificarse, en los actores críticos, la presencia de factores psicosociales que actúan como intervinientes en la adhesión o el abandono de la atención clínica odontopediátrica.
- Entre las divergencias entre los actores se registró una visión desvalorizadora del equipo de salud respecto de los padres/madres de los niños que genera asimetría en la relación.
- Fue identificada la existencia de núcleos rígidos vinculados con la presencia de “mitos” referidos al proceso “salud-enfermedad-atención” tales como la ausencia de la condición de evitable de la enfermedad trazadora (caries dental).
- Parece recomendable abordar la resolución de los pre-juicios mencionados a través de procesos de ruptura surgidos de la reflexión sobre la propia práctica ejercitada por los actores involucrados.
- Parece subyacer en las representaciones sociales de los actores algunos componentes relacionados con el género que resultaría importante analizar.
- Compartir las valoraciones vertidas en los textos por parte del equipo de salud y de los padres/ madres de los niños podría constituir un recurso útil para estimular la reflexión sobre los derechos, sobre las divergencias, sobre las convergencias negativas y sobre las

confrontaciones latentes conducente a una nueva construcción más positiva de la situación odontopediátrica en términos de calidad.

6. REFERENCIAS

1. Wyszewianski L; Donabedian A. Equity in the distribution of quality of care. *Medical care*. 1981, XIX(12) : 28-56
2. Davies G. Servicios alternativos de salud reproductiva y calidad de atención: una experiencia del Centro Flora Tristan. Actas de la Conferencia: Género y calidad de atención en salud reproductiva. Organización panamericana de la Salud/ organización Mundial de la Salud. San Salvador , 1995
3. Menéndez E: Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México. Alianza Editorial Mexicana.1990
4. Deming W.E. Qualidade. A Revolucao na Administracao. Rio de Janeiro. Marques Saravia. 1990
5. Passos Nogueira R Perspectivas da Qualidade em Saude. Rio de Janeiro. Qualitymark Editora 2000. 1994.
6. Arnetz BB: Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *Int J Qual Health Care* 1999, 11(4) 345-351.
7. Iriart C ; Merhy EE ; Waitzkin H: Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Soc Sci Med*. 2001 Apr;52(8):1243-53.
8. Lovgren G; Sandman PO; Engstrom B; Norberg A; Eriksson S: The view of caring among patients and personnel *Sand J Caring Sci* 1998, 12(1) :33-41
9. Timpka T: The patient and the primary care team: a small-scale critical theory. *J Adv Nurs* 2000 , 31(3) 558-564
10. Van der Waal MA; Casparie AF; Lako CJ: Quality of care: a comparison of preferences between medical specialists and patients with chronic diseases. *Soc Sci Med* . 1996, 42(5): 643-649
11. Haddad S; Potvin L; Roberge D; Pineault R; Remondin M: Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Farm pract* 2000, 17 (1) :21-29
12. Pittman, PM. Gender experiences in health care. *Int J Qual Health care* 1999 11(5): 397-405

13. Kleinman A: Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. London. London University, 1980.
14. Kleinman A: The illness narratives: suffering, healing and the human condition. New York basic Books. University of California Press, 1988.
15. Anderson RM: Patient empowerment and the traditional medical model. *Diabetes care* 1995, 18 (3) :412-415
16. Feste C: A practical look at patient empowerment. *Diabetes Care*. 1992, 15 (7): 922-925.
17. Huddleson P. Qualitative research for health programs. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1994
18. Magariños de Morentín JA: Los fundamentos lógicos de la semiótica y su práctica. Buenos Aires. Edicial, 1996
19. Guba E; Lincoln Y: Fourth generation evaluation. Newbury Park. Sage Pub., 1989.
20. Bordoni N ; Squassi A: Gestión del componente salud bucal en la atención de salud. Buenos Aires. PRECONC/PALTEX- OPS/OMS, 1998.
21. Retamal Gonzalez A; Monge Jorda V: Calidad percibida por dos poblaciones asignadas a dos centros de salud en la Provincia de Cuenca. *Res. Esp Salud Pública* 2000, 74 (3): 275-286.
22. Pittman P; Hartigan P.: Gender inequity: an issue for quality assessment researchers and managers. *Health Care Women Int* 1996, 17 (5): 469 - 486
23. Larsson BW; Larsson G; Starrin B: patients' views on quality of care: a comparison of men and women. *J Nurs Mang.* 1999,7 (3): 133-139
24. Ygge BM; Arnetz JE: Quality of paediatric care: application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care. *Int Qual health Care* 2001. feb 13(1) 33-43
25. Joseph-Di Caprio J; Garwick AW; Kohrman C; Blum RW: Culture and the care of children with chronic condition: their physicians' view. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999, 153 (10) 1030-1035
26. Weisman CS; Rich DE; Rogers J; Crawford KG et al: gender and patient satisfaction with primary care: tuning in to women in quality. *J Women Health Gend Based Med.* 2000, 8(6): 657-665
27. Koenig MA; Foo GH; Joshi K: Quality of care within the Indian family welfare programme: a review of recent evidence. *Stud Fam Plann* 2000, 31 (1):1-18
28. Bordoni N; Squassi A: Prevención y tratamiento de caries dental. *Protocolos clínicos Rev Asoc Arg Odont Niños.* 25(3):3-8