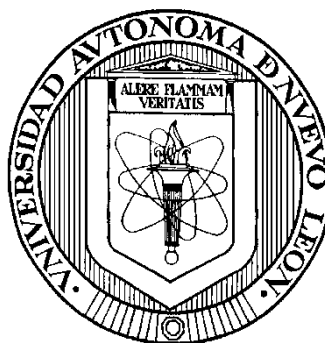


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

PROGRAMA INTERFACULTADES



**CALIDAD DE LA ATENCIÓN, UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DENTALES,
SALUD Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL PERSONAL OPERATIVO DEL
CENTRO UNIVERSITARIO DE SALUD (CUS)**

Por

CD. NANCY RUBY VILLALOBOS SALINAS

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

Agosto, 2026

APROBACIÓN DE LA TESIS:

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN, UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DENTALES, SALUD
Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL PERSONAL OPERATIVO DEL CENTRO
UNIVERSITARIO DE SALUD (CUS)**

POR

CD. NANCY RUBY VILLALOBOS SALINAS

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

DRA. MED. GEORGINA MAYELA NUÑEZ ROCHA

Directora de Tesis

DR. MED. GUILLERMO JACOBO BACA

Co-director de Tesis

DRA. MARÍA NATIVIDAD ÁVILA ORTIZ

Miembro del comité de tesis

DRA. C. BLANCA EDELIA GONZÁLEZ MÁRTINEZ

Subdirectora de Investigación, Innovación y Posgrado

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN, UTILIZACIÓN DE SERVICIOS
DENTALES, SALUD Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL
PERSONAL OPERATIVO DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE
SALUD (CUS)**

Este trabajo fue realizado en los **Módulos dentales del Centro Universitario de Salud (CUS)**, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en la ciudad de Monterrey Nuevo León, bajo la Dirección de la Dra. Med. Georgina Mayela Núñez Rocha y la Co-dirección del Dr. Med. Guillermo Jacobo Baca.

Dra. Med. Georgina Mayela Núñez Rocha
Directora

Dr. Med. Guillermo Jacobo Baca
Co-Director

AGRADECIMIENTOS

A mi papá, por creer en mí, apoyarme siempre y acompañarme en cada paso y por todo lo que has hecho por mí.

A mi hermano, por recordarme siempre cuánto me admiras y por hacerme sentir capaz de lograr todo lo que me propongo.

A la Dra. Georgina, por su guía y por compartir generosamente su conocimiento conmigo. En una de nuestras pláticas, me compartió una frase que llevaré presente siempre: *“En esta época de cambios radicales, los que aprenden son los que heredan el futuro, los que creen que lo saben todo, están equiparados con un mundo que ya no existe”* Gracias por su apoyo y motivación para seguir creciendo.

Al Dr. Jacobo, por el apoyo brindado durante la investigación, así como por el respaldo y la confianza depositada en mí para mi desarrollo profesional.

A la Dra. Ana Elisa, por compartir su conocimiento y sus valiosos consejos.

A mis amigos:

Dayan, por la cercanía que mantuvimos al compartir esta etapa de posgrado; por creer siempre en mí, por confiar en mí durante tu propio proceso y alegrarte genuinamente de cada uno de mis logros. Sé que siempre podremos buscarnos.

Gaby, por motivarme en los momentos de estrés y por brindarme siempre palabras de ánimo cuando las necesitaba; por recordarme siempre todo lo que podía lograr. Tu cariño hizo una gran diferencia.

Gollo, por caminar conmigo durante todos estos años, tu presencia me ayudó a disfrutar el camino. Me confirmas que el aprendizaje se multiplica cuando se comparte; siempre fuimos tú y yo.

Oliver, por motivarme e impulsarme a aceptar nuevas oportunidades profesionales y por la confianza que siempre depositaste en mí. Gracias por celebrar conmigo cada logro.

Victor, por estar siempre pendiente de mí, por tu apoyo incondicional y acompañarme en los momentos difíciles e importantes. Gracias por creer en mí.

Y mención especial a la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), al Programa Interfacultades de la Maestría en Ciencias en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nuevo León y al Centro Universitario de Salud (CUS) por el apoyo brindado durante el desarrollo de esta investigación.

Asimismo, agradezco a los usuarios y personal operativo del Centro Universitario de Salud (CUS), por su valiosa participación y colaboración en este estudio.

DEDICATORIA

A mi mamá,

Por ser mi guía y mi mayor inspiración en cada etapa de mi vida, por apoyarme siempre en todo lo que he querido ser y en cada sueño que me he propuesto alcanzar.

Soy tan afortunada por tener una relación increíble contigo, estamos siempre cerca, por tu amor incondicional, tu confianza y ejemplo de vida. Te agradezco por ser la mujer que eres, inteligente, fuerte y admirable; en ti siempre encontré el reflejo de la mujer profesional que algún día quise llegar a ser. Me ayudaste e inspiraste a crecer, a esforzarme y a nunca rendirme.

Siempre te veo mamá, en cada paso que doy y en cada logro que alcanzo, este trabajo también es tuyo.

Te amo.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	iv
DEDICATORIA	vi
LISTA DE ABREVIATURAS	x
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE FIGURAS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
CAPÍTULO 1	1
1. ANTECEDENTES	1
1.1 Introducción	1
1.2 Marco teórico	6
1.2.1 Calidad de la atención en salud: el modelo teórico de Avedis Donabedian	8
1.3 Marco conceptual	11
1.3.1 Calidad de la atención en población general	11
1.3.2 Calidad de la atención odontológica	15
1.3.3 Carga de trabajo	20
1.3.4 Indicadores de carga de trabajo en odontología	21
1.3.5 Carga de trabajo para odontólogos	21
1.3.6 Carga de trabajo para auxiliares dentales	22
1.3.7 Carga de trabajo para pasantes en servicio social	22
1.3.8 Carga de trabajo para personal administrativo	23
1.3.9 Satisfacción del personal de salud en la percepción de los usuarios	24
1.4 Utilización de servicios de salud	24
1.4.1 Utilización de servicios odontológicos	28
1.5 Salud general	34
1.5.1 Salud general en personal operativo	37
1.6 Bienestar psicológico	38
1.6.1 Bienestar psicológico en personal operativo	41
1.7 Estudios relacionados	45
	vii

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	55
3.JUSTIFICACIÓN	57
CAPÍTULO 2	58
HIPÓTESIS	58
CAPÍTULO 3	59
OBJETIVOS	59
3.1 Objetivo General	59
3.2 Objetivos específicos	59
CAPÍTULO 4	60
MATERIAL Y MÉTODOS	60
4.1 Diseño del estudio	60
4.2 Universo de estudio:	60
4.3 Población de estudio:	60
4.4 Criterios de selección:	60
4.4.1 Criterios de inclusión:	60
4.4.2 Criterios de exclusión:	60
4.4.3 Criterios de eliminación:	60
4.5 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	61
4.6 TÉCNICA MUESTRAL	61
4.7 VARIABLES	63
4.7.1 Cuadro de operacionalización de variables	64
4.8 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	69
4.9 PROCEDIMIENTOS	71
4.9.1 Flujograma de procedimientos para la recolección de datos	73
4.10 PLAN DE ANÁLISIS	74
4.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS	75
CAPÍTULO 5	77
RESULTADOS	77
5.1 Perfil sociodemográfico de la población de estudio	77
5.2 Percepción de calidad de la atención	79
5.3 Utilización de los servicios dentales	80
5.4 Barreras de acceso al servicio dental	81

5.5 Salud general del personal operativo	82
5.6 Bienestar psicológico del personal operativo	83
5.7 Asociación entre percepción de salud y bienestar psicológico del personal operativo	84
5.8 Asociación entre barreras de acceso y calidad de la atención percibida	85
CAPÍTULO 6	86
DISCUSIÓN	86
CAPÍTULO 7	95
CONCLUSIONES	95
CAPÍTULO 8	97
REFERENCIAS	97
Anexo A. Cuestionario de calidad de la atención odontológica	108
Anexo B. Cuestionario de Salud General (GHQ-12)	115
Anexo C. Cuestionario BIEPS-A (Bienestar Psicológico Subjetivo – Adultos)	118
Anexo D. Carta de consentimiento informado	121
Anexo E. Dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León.	122

LISTA DE ABREVIATURAS

AGNU	Asamblea General de las Naciones Unidas
BIEPS-A	Escala de Bienestar Psicológico Subjetivo en Adultos
CAP	Consultas Atendidas por Pasante
CUS	Centro Universitario de Salud
DD. HH	Derechos Humanos
DESC	Derechos económicos, sociales y culturales
DPS	Derecho a la Protección de la Salud
DS	Derecho a la Salud
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EQ-5D	Calidad de Vida EuroQol de 5 Dimensiones
FDI	Federación Dental Internacional
GHQ-12	Cuestionario de Salud General de 12 ítems
IAA	Índice de Atención Administrativa
ICD	Índice de Consultas por Dentista
NHP	Nottingham Health Profile
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PROMIS	Sistema de Información de Medición de Resultados Comunicados por el Paciente
PWB	Escala de Bienestar Psicológico de Ryff
RPA	Relación de Procedimientos por Auxiliar
SSA	Secretaría de Salud
SWLS	Escala de Satisfacción con la Vida
UANL	Universidad Autónoma de Nuevo León
WISN	Workload Indicators of Staffing Need

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
Tabla 1. Modelos teóricos relacionados con la calidad de la atención	6
Tabla 2. Instrumentos para evaluación.	35
Tabla 3. Instrumentos para medición de bienestar psicológico.	39
Tabla 4. Cuadro de operacionalización de variables.	64
Tabla 5. Consistencia interna de los instrumentos de medición.	70
Tabla 6. Características sociodemográficas de los usuarios del Centro Universitario de Salud	77
Tabla 7. Características sociodemográficas del personal operativo del Centro Universitario de Salud	78
Tabla 8. Distribución de los niveles de percepción de calidad de la atención recibida en usuarios del Centro Universitario de Salud	80
Tabla 9. Clasificación de los tipos de barreras de acceso al servicio dental en usuarios del Centro Universitario de Salud	82
Tabla 10. Nivel de salud general del personal operativo del Centro Universitario de Salud, evaluado mediante el GHQ-12	83
Tabla 11. Nivel de bienestar psicológico del personal operativo del Centro Universitario de Salud, evaluado mediante la escala BIEPS-A	84
Tabla 12. Asociación entre la percepción de salud general y el bienestar psicológico del personal operativo del Centro Universitario de Salud	84
Tabla 13. Asociación entre tipo de barrera de acceso y la calidad de la atención percibida en usuarios del Centro Universitario de Salud	85

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
Figura 1. Elaboración Torres 2015, a partir del modelo de Donabedian.	9
Figura 2. Ejes para la medición del bienestar, Kahneman. Diener y Schwartz, 2003.	43
Figura 3. Mapa de variables.	63
Figura 4. Distribución de la percepción de calidad de la atención recibida (n=374).	80
Figura 5. Interrupción del tratamiento odontológico en usuarios del Centro Universitario de Salud (n=374)	81
Figura 6. Distribución de barreras de acceso al servicio dental en usuarios del Centro Universitario de Salud (n=374).	82

RESUMEN

CD. Nancy Ruby Villalobos Salinas
Universidad Autónoma de Nuevo León
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Programa Interfacultades

Título del estudio: Calidad de la atención, utilización de servicios dentales, salud y bienestar psicológico del personal operativo del Centro Universitario de Salud (CUS)

Introducción: En México, más del 90% de la población presenta caries dental y cerca del 60% no acude regularmente a servicios odontológicos por barreras de acceso. La calidad de la atención en salud es esencial para mejorar la utilización de servicios y la satisfacción de usuarios. Asimismo, el bienestar psicológico y salud del personal operativo influye su desempeño laboral y en la experiencia del paciente, impactando en la calidad percibida.

Objetivo: Analizar la calidad de la atención, utilización de servicios dentales, salud y bienestar psicológico del personal operativo del Centro Universitario de Salud.

Materiales y métodos: Estudio transversal realizado entre junio y octubre 2025 en n=374 usuarios mayores de edad que acudieron a módulos dentales universitarios, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, y un censo n=99 del personal operativo. Se obtuvo consentimiento informado. A usuarios se aplicaron cuestionarios de calidad de atención, utilización de servicios y barreras de acceso al servicio; al personal operativo se aplicaron los instrumentos GHQ-12 y BIEPS-A. Se realizó estadística descriptiva y prueba de chi cuadrada en SPSS v25.

Resultados: La edad promedio de los usuarios fue de 44.36 ± 13.96 , con 53.2% mujeres. En personal operativo, edad promedio fue de 29.36 ± 10.90 , predominando pasantes en servicio social (57.6%) y mujeres (70.7%). La calidad de atención fue aceptable en 98.4% de los usuarios, y la principal barrera de acceso fue la económica (44.9%). En personal operativo predominó la percepción de mala salud general (96.0%), aunque el bienestar psicológico fue alto (99.0%). No se observó asociación entre la percepción de salud general y el bienestar psicológico $X^2=0.043$; $p=0.837$.

Conclusiones: La calidad de atención fue percibida como aceptable y la barrera económica limita el acceso. En el personal operativo no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la percepción de salud general y bienestar psicológico, lo que evidencia la necesidad de fortalecer estrategias organizacionales en beneficio de usuarios y personal.

PALABRAS CLAVE: Calidad de la atención, acceso a servicios de salud, utilización de servicios, salud general, bienestar psicológico.

FIRMA DE LA DIRECTORA DE TESIS: _____

ABSTRACT

CD. Nancy Ruby Villalobos Salinas
Autonomous University of Nuevo León
Master's Degree in Public Health Sciences
Interfaculty Program

Title of the Study: Quality of care, utilization of dental services, health, and psychological well-being of the operational staff of the University Health Center

Introduction: In Mexico, more than 90% of the population presents dental caries, and nearly 60% do not regularly attend dental services due to access barriers. Quality of healthcare is essential to improve service utilization and user satisfaction. Likewise, the psychological well-being and health of operational staff influence their job performance and the patient experience, impacting perceived quality of care.

Objective: To analyze the quality of care, utilization of dental services, health, and psychological well-being of the operational staff of the University Health Center.

Materials and methods: A cross-sectional study conducted between June and October 2025 in n=374 adult users who attended university dental clinics, using non-probabilistic convenience sampling, and a census of n=99 operational staff. Informed consent was obtained. Users were administered questionnaires on quality of care, service utilization, and barriers to access; operational staff were assessed using the GHQ-12 and BIEPS-A instruments. Descriptive statistics and chi-square tests were performed using SPSS v25.

Results: The mean age of users was 44.36 ± 13.96 , with 53.2% women. Among operational staff, the mean age was 29.36 ± 10.90 , predominantly social service interns (57.6%) and women (70.7%). Quality of care was rated as acceptable by 98.4% of users, and the main access barrier was economic (44.9%). Among operational staff, poor general health perception predominated (96.0%), although psychological well-being was high (99.0%). No association was observed between general health perception and psychological well-being ($X^2=0.043$; $p=0.837$).

Conclusions: Quality of care was perceived as acceptable, and economic barriers limit access to services. Among operational staff, no statistically significant association was found between general health perception and psychological well-being, highlighting the need to strengthen organizational strategies for the benefit of both users and staff.

Keywords: Quality of care, access to health services, service utilization, general health, psychological well-being.

THESIS DIRECTOR'S SIGNATURE: _____

CAPÍTULO 1

1. ANTECEDENTES

1.1 Introducción

La calidad de la atención en los servicios de salud es un componente fundamental para garantizar no solo la satisfacción de los usuarios, sino también el bienestar integral de los mismos. A nivel internacional, la calidad ha sido reconocida como uno de los pilares esenciales de los sistemas sanitarios, al considerarse un elemento indispensable para garantizar el derecho a la protección de la salud y la seguridad del paciente. La calidad implica la provisión de servicios clínicamente efectivos, seguros, oportunos, equitativos y centrados en la persona (Organización Mundial de la Salud, 2018). Desde esta perspectiva, evaluar la calidad no solo responde a criterios técnicos, sino también éticos y sociales.

En el ámbito de la odontología, la calidad en la atención no solo se mide por la eficacia de los tratamientos realizados, sino también por la accesibilidad, la oportunidad de servicio, la calidez en el trato y la capacidad de los profesionales para responder a las necesidades reales de los pacientes. La salud bucal constituye un componente esencial de la salud general; sin embargo, continúa siendo un problema de salud pública relevante. A nivel mundial, las enfermedades bucodentales, como la caries y la enfermedad periodontal, se encuentran entre las afecciones crónicas más prevalentes (OMS, 2022). En México, se estima que más del 90% de la población presenta caries dental en algún momento de su vida y una proporción considerable (60%) no acude regularmente a consulta odontológica debido a barreras económicas, organizacionales o psicológicas (Secretaría de Salud, 2022).

En Nuevo León y particularmente en el ámbito de la educación superior, las instituciones universitarias que cuentan con servicios de atención en salud desempeñan una función estratégica al integrar la prestación asistencial con la

formación académica de futuros profesionales. En este modelo, la dinámica asistencial se encuentra estrechamente vinculada con procesos organizacionales. Por ello, evaluar la calidad de los servicios en entornos universitarios adquiere una relevancia particular, ya que impacta tanto en la experiencia del usuario como en la formación profesional y en las condiciones laborales del personal operativo.

En este contexto, la Universidad Autónoma de Nuevo León, a través del Centro Universitario de Salud (CUS), ofrece servicios odontológicos dirigidos a la comunidad en general. Los módulos dentales del CUS no sólo cumplen una función asistencial, sino que también constituyen un espacio de práctica y desarrollo profesional. Analizar la calidad de la atención en este escenario permite identificar áreas de mejora, fortalecer la confianza institucional y contribuir a la optimización de procesos asistenciales.

En conjunto, la evidencia revisada muestra que la calidad de la atención odontológica constituye un fenómeno multidimensional en el que intervienen factores estructurales, organizacionales e interpersonales. Estos elementos influyen directamente en la percepción de los usuarios, la utilización de los servicios y la continuidad de la atención, por lo que su evaluación resulta fundamental para la mejora continua de los servicios de salud.

Asimismo, la salud y el bienestar psicológico del personal operativo en los módulos dentales constituye un aspecto esencial que impacta directamente en la calidad de la atención brindada. Investigaciones previas han demostrado que el estrés laboral, estado emocional y psicológico de los profesionales de la salud influye significativamente en su desempeño, en la relación con los pacientes y en la calidad percibida del servicio proporcionado (Maslach & Leiter, 2016). Desde el modelo clásico de calidad en salud propuesto por Donabedian (1988), se reconoce que los resultados en la atención dependen no solo de los procesos clínicos, sino también de la estructura organizacional y del entorno en el que se

desarrollan los servicios (Ponce, 2024). En entornos universitarios, donde convergen funciones asistenciales, académicas y administrativas, resulta particularmente relevante analizar cómo las condiciones laborales pueden influir tanto en la experiencia del usuario como en el desempeño profesional.

La evidencia científica sugiere que el bienestar psicológico del personal de salud y la calidad de la atención no deben analizarse de manera independiente, ya que ambos aspectos se encuentran estrechamente relacionados. Un adecuado entorno laboral favorece el desempeño profesional, fortalece a interacción con los usuarios y contribuye a una atención más segura, eficiente y centrada en la persona.

La evidencia disponible sugiere que la calidad de la atención no depende exclusivamente de aspectos estructurales y organizacionales, sino también de factores relacionados con el personal que presta los servicios. En este sentido, el bienestar psicológico constituye un componente relevante ya que puede influir en la comunicación, la empatía, la toma de decisiones clínicas y la interacción con los usuarios. Por ello, el análisis conjunto de la atención y el bienestar psicológico permite comprender de manera más integral los procesos que intervienen en la prestación de los servicios odontológicos, particularmente en contextos universitarios donde convergen funciones asistenciales y formativas.

Por ello, evaluar de manera integral la calidad de la atención odontológica, la utilización de los servicios dentales y las condiciones de salud y bienestar psicológico del personal operativo permite adoptar una visión sistemática del fenómeno, reconociendo la interrelación entre la satisfacción del personal operativo y usuarios.

Aunque la literatura científica ha documentado ampliamente la calidad de la atención odontológica, la utilización de los servicios dentales y el bienestar psicológico del personal de salud de manera independiente, la evidencia que

analiza estas variables de forma conjunta continúa siendo limitada, especialmente en el contexto universitario mexicano. No se identificaron estudios nacionales que evaluaran simultáneamente la calidad percibida de la atención odontológica, la utilización de servicios y el bienestar psicológico del personal operativo en instituciones universitarias.

En conjunto, la literatura revisada muestra que la calidad percibida de la atención odontológica es el resultado de la interacción entre factores estructurales, organizacionales y personales. La utilización de los servicios se encuentra condicionada por determinantes económicos, geográficos y organizacionales, mientras que las condiciones laborales y el bienestar psicológico del personal pueden influir tanto en la experiencia del usuario como en la continuidad de la atención. Estos hallazgos evidencian la necesidad de abordar estos fenómenos desde una perspectiva integral en el ámbito de la salud pública.

En síntesis, publicaciones actuales han documentado de manera independiente aspectos relacionados con la calidad de la atención odontológica, la utilización de los servicios de salud y el bienestar psicológico del personal sanitario. Sin embargo, persisten vacíos de conocimiento respecto al análisis conjunto de estas variables en contextos universitarios, particularmente en instituciones donde el personal operativo desempeña simultáneamente funciones formativas y asistenciales. En consecuencia, aún existe evidencia limitada que permita comprender la interacción entre estos factores y su impacto en la prestación de los servicios odontológicos. La presente investigación busca contribuir a este vacío mediante un análisis integral desarrollado en el Centro Universitario de Salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Durante la revisión de la literatura se observó una limitada evidencia nacional que analizara de manera conjunta la calidad de la atención odontológica, la utilización de los servicios y el bienestar psicológico del personal operativo en contextos universitarios. Esta ausencia de investigaciones integrales resalta la pertinencia y originalidad del presente estudio, al aportar evidencia desde una

perspectiva de salud pública en un escenario poco explorado en México.

El propósito del presente trabajo es generar evidencia que permita comprender de manera integral la calidad de la atención odontológica brindada en los módulos dentales del Centro Universitario de Salud (CUS) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), considerando tanto la percepción y utilización de los servicios por parte de los usuarios como las condiciones de salud y bienestar psicológico del personal operativo. A través de este análisis, se busca aportar información que contribuya al fortalecimiento institucional, a la mejora continua de los servicios y al diseño de estrategias orientadas a optimizar tanto la experiencia del paciente como el entorno laboral del personal de salud.

1.2 Marco teórico

En la literatura sobre calidad en salud existen diversos modelos teórico-conceptuales que permiten analizar los servicios sanitarios desde distintas perspectivas. Entre los más reconocidos se encuentran el modelo de calidad de la atención propuesto por Avedis Donabedian y el Modelo de Creencias de Salud desarrollado por Irwin M. Rosenstock, (Donabedian, 1988; San Pedro & Roales-Nieto, 2003).

Como se observa en la Tabla 1, el modelo Donabedian se orienta a evaluar la calidad de la atención a través de las dimensiones de estructura, proceso y resultado, el Modelo de Creencias de Salud se enfoca en las percepciones individuales que influyen en las conductas relacionadas con la salud.

Modelos teórico-conceptuales en salud: Donabedian y Rosenstock

Tabla 1. Modelos teóricos relacionados con la calidad de la atención

Aspecto	Modelo de Donabedian	Modelo de Calidad de la OMS	Modelo de Calidad Total en Salud (TQM)
Propósito	Evaluar la calidad de la atención médica mediante el análisis de la estructura, el proceso y los resultados de los servicios de salud.	Evaluar la calidad de los sistemas de salud mediante dimensiones que garantizan una atención efectiva, segura y equitativa.	Promover la mejora continua de la calidad en las organizaciones de salud mediante la participación de todo el personal y el enfoque en el paciente.
Componentes principales	Estructura: Recursos físicos, humanos y organizativos disponibles. Proceso: Actividades y procedimientos	Eficacia: Logro de resultados de salud deseados. Seguridad: Minimización de riesgos y daños al paciente. Accesibilidad: Facilidad para obtener	Enfoque en el paciente: La atención se orienta a satisfacer las necesidades del usuario. Mejora continua: Evaluación constante de los procesos para optimizar la calidad.

	realizados durante la atención. Resultado: Efectos de la atención en la salud y satisfacción del paciente.	servicios de salud. Aceptabilidad: Satisfacción del paciente con la atención recibida. Eficiencia: Uso óptimo de los recursos. Equidad: Igualdad en el acceso a la atención.	Participación del personal: Todos los miembros de la organización contribuyen a la calidad. Toma de decisiones basada en datos: Uso de información para mejorar los servicios.
Aplicación	Utilizado para evaluar y mejorar la calidad de la atención en servicios de salud mediante el análisis de sus componentes estructurales, procesos y resultados.	Aplicado para evaluar el desempeño de los sistemas de salud y orientar políticas y estrategias para mejorar la calidad de la atención.	Se utiliza en instituciones de salud para implementar programas de gestión de calidad orientados a la mejora continua de los servicios.
Enfoque	Evaluación objetiva de la calidad mediante indicadores de estructura, proceso y resultados.	Evaluación integral de la calidad considerando efectividad, seguridad, acceso, eficiencia y equidad.	Gestión organizacional enfocada en la mejora continua y la satisfacción del paciente.
Origen	Propuesto por Avedis Donabedian en 1966 como marco conceptual para evaluar la calidad de la atención médica.	Desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para fortalecer la calidad de los sistemas de salud.	Basado en los principios de Gestión de Calidad Total (Total Quality Management) aplicados al sector salud desde finales del siglo XX.

Fuente: Elaboración propia

Para el presente estudio se seleccionó el modelo de Donabedian, ya que su enfoque se ajusta de manera directa a los objetivos de la investigación, centrados en el análisis de la calidad de la atención a partir de los indicadores de estructura, proceso y resultado.

1.2.1 Calidad de la atención en salud: el modelo teórico de Avedis Donabedian

El Dr. Avedis Donabedian (1919 - 2000) fue un médico académico estadounidense de origen armenio, reconocido por sus contribuciones fundamentales al campo de la evaluación de la calidad en los servicios de salud. Es ampliamente conocido por desarrollar un modelo teórico que permite conceptualizar y medir la calidad de la atención médica. Su enfoque se basa en tres componentes clave: Calidad técnica, calidad interpersonal y amenidades, las cuales se explicarán a detalle en la metodología de este método.

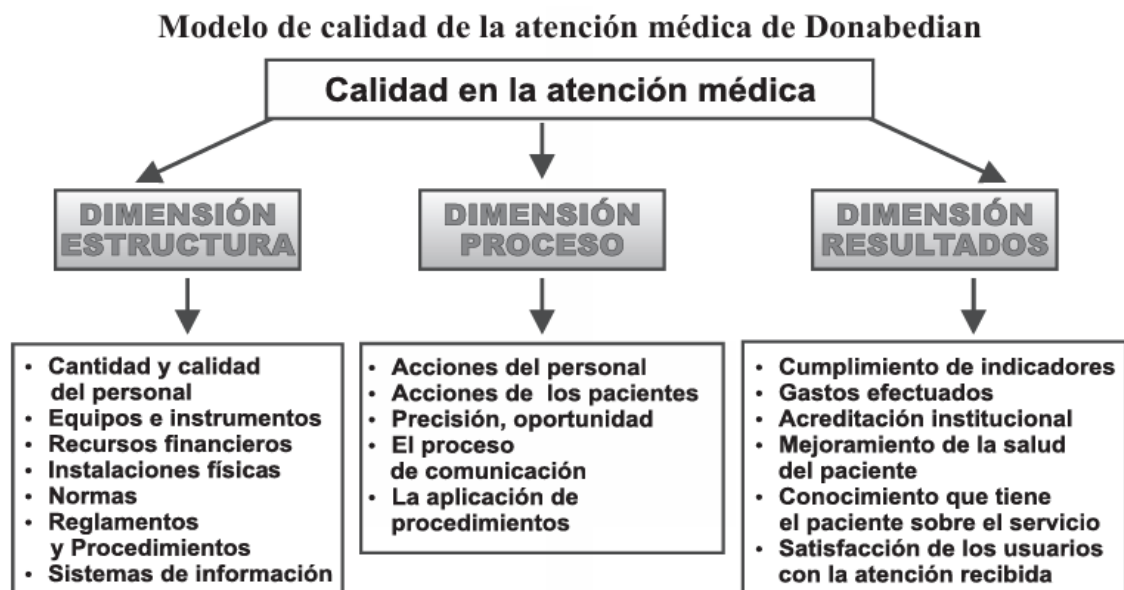
Donabedian también abordó el cómo la cantidad de servicios, el costo y la oportunidad influyen en la calidad de la atención y enfatiza que una atención oportuna y adecuada, tanto en cantidad como en costo, es crucial para lograr una atención de calidad. Su obra ha sido un pilar para la implementación de estándares de calidad en la atención médica y su evolución lo que ha influido en políticas y prácticas de salud a nivel global (Donabedian, 1988).

En este modelo teórico, la estructura hace referencia a las características físicas, organizativas y demás aspectos del sistema asistencial y su entorno; el proceso abarca las acciones llevadas a cabo para atender a los pacientes y el resultado se refiere a los logros obtenidos, generalmente expresados en términos de mejora en la salud, aunque también puede incluir cambios en la actitud, conocimientos y comportamientos orientados a una mejor salud futura (Sánchez-Torres, 2017).

Donabedian define calidad de la atención en términos de resultados medidos como “las mejoras esperadas en el estado de salud”. Esta calidad puede evaluarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La atención interpersonal mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes (Fundación Avedis Donabedian, 2019).

Metodología del Dr. Avedis Donabedian

El Dr. Avedis Donabedian, al desarrollar su metodología para evaluar la calidad en los servicios de salud, se consolidó como una figura destacada a nivel mundial. En México, Julio Frenk y Enrique Ruelas Barajas fueron responsables de introducir y adaptar este enfoque en el sistema de salud. Julio Frenk (1984)



expresa de manera clara y objetiva que “el compromiso por elevar los niveles de salud de la población es inseparable del aseguramiento de la calidad “y resalta así la relevancia de esta evaluación y su impacto en la salud de la población en los ámbitos político social, económico y en la administración pública (Figura 1).

Figura 1. Elaboración Torres 2015, a partir del modelo de Donabedian.

Avedis Donabedian (1988) define la calidad de la atención médica como la capacidad de obtener los mayores beneficios posibles de la atención sanitaria, minimizando los riesgos para el paciente. Estos beneficios, a su vez, dependen de lo que es alcanzable según los recursos disponibles para brindar atención y los valores sociales predominantes.

Desde esa perspectiva, los valores sociales de cada individuo, moldeados por su experiencia y desarrollo en ámbitos familiares, socioculturales, personales, espirituales, materiales, éticos y morales, influyen en la percepción y la variabilidad de los resultados al evaluar la calidad de la atención médica (Paz Betanco, 2018).

Donabedian identifica tres dimensiones esenciales en la calidad de la atención médica: estructura, proceso y resultado, además de las siguientes dimensiones.

Dimensión técnica: Implica la aplicación adecuada de los principios científicos de la medicina, el uso de tecnologías y el desarrollo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para mejorar la salud del paciente, reduciendo los riesgos.

Dimensión interpersonal: Evidencia una comunicación efectiva y el respeto a los principios éticos de la medicina. Se destaca la importancia de incorporar en el círculo de los programas de estudio en escuelas y facultades en áreas de la salud, asignaturas destinadas a la enseñanza de herramientas de comunicación, lo cual está estrechamente relacionado con la interacción entre profesional de salud y el paciente, abarcando aspectos fundamentales como la comunicación el respeto y la empatía.

Amenidades: Incluye brindar las comodidades adecuadas al paciente y sus familiares, el entorno físico de la atención médica, como la comodidad y las condiciones de las instalaciones (Tamayo et al., 2006).

Las tres dimensiones para evaluar los servicios de salud permiten obtener una visión integral de los factores que influyen en la calidad del servicio, destacando especialmente la importancia del aspecto humanístico en la atención. Esta información resulta fundamental, ya que facilita la identificación del nivel de satisfacción del paciente y, en consecuencia, su posible fidelización con la organización, así como su adherencia al tratamiento (Donabedian, 1992; Becerra-Canales & Condori-Becerra, 2020).

Existen diversas metodologías para evaluar la percepción de la calidad, pero es fundamental destacar que, independientemente del enfoque utilizado, los instrumentos de medición deben ser diseñados y ajustados a los procesos específicos de cada servicio. Posteriormente, es necesario validarlos para garantizar su consistencia y fiabilidad estadística.

1.3 Marco conceptual

1.3.1 Calidad de la atención en población general

Donabedian (1984) define calidad de la atención en términos de resultados, medidos como las mejorías esperadas en el estado de salud. Ésta puede evaluarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes como se ha mencionado: la técnica y la interpersonal. La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ellos sus riesgos. La atención interpersonal mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes (Paz Betanco, 2018; Moncada et al., 2021).

La calidad es fundamental en cualquier acción o actividad, y se manifiesta en todas las áreas del desarrollo tanto individual como social, y la salud es una de ellas. A pesar de los avances, conocimientos y esfuerzos de la sociedad, la falta de calidad o la garantía de ésta, sigue siendo una constante, lo que representa un desafío para la sociedad en general, especialmente para aquellos países cuyos niveles de desarrollo no han alcanzado los estándares deseados y

sostenibles, lo que impacta negativamente en su progreso sanitario y social (SSA, 2023).

Según diversos estudios de Grönroos (1984), se identificó que la calidad técnica y la calidad funcional son elementos clave para valorar la efectividad de los servicios proporcionados por las organizaciones. En el contexto de la salud, para evaluar la calidad del servicio, es crucial la participación de los administradores y profesionales del sector salud en la valoración de la calidad técnica, mientras que los pacientes, como usuarios del servicio, juegan un papel fundamental en la evaluación de la calidad funcional (Donabedian, 1988; De Jesús Vértiz-Ramírez et al., 2024).

La definición más completa y sencilla de calidad fue planteada por W. Edward Deming, considerado el padre del movimiento de gestión de calidad total quién definió la calidad como: "Hacer lo correcto de la manera correcta y de inmediato". Según esta perspectiva, la calidad total de un servicio no se alcanza únicamente a través de controles aplicados para medirla, sino que debe incorporarse al servicio como un valor agregado. En esencia, la calidad no se controla se produce (Deming, 1986).

La calidad es un concepto amplio y multidimensional. Los expertos en la materia suelen identificar diversas dimensiones de la calidad, cuya relevancia varía dependiendo del contexto en el que se aplican los esfuerzos para garantizarla. Estas actividades pueden abordar una o varias dimensiones, tales como la competencia profesional, el acceso a los servicios, la eficacia, la satisfacción del usuario, la aceptabilidad de los servicios, la eficiencia, la continuidad, la seguridad o las comodidades ofrecidas (Núñez & Luis, 2008).

Existen diversos factores que los pacientes consideran al evaluar la calidad de la atención en las clínicas odontológicas. Entre ellos, destaca su atención desde la experiencia en la sala de espera, incluyendo la comodidad de la silla, hasta el tiempo que transcurre desde que soliciten el servicio hasta que finalmente lo reciben (Huamán Avendaño, 2018). La prestación de servicios debe

enfocarse en cumplir con los estándares establecidos y en satisfacer las expectativas y preferencias de los usuarios (Flores & Cámara, 2002).

En cuanto a la calidad de la atención, existen tres enfoques que van de lo más simple a lo más complejo e inclusivo: primero, una perspectiva esencialmente técnica, conocida como absolutista, donde predomina el componente técnico; segundo, una visión individualista, que pone énfasis en las condiciones sociales, económicas y culturales de cada persona atendida; y finalmente una perspectiva social, que evalúa como la calidad de la atención, vista como un bien público, se distribuye de manera desigual entre la población (Donabedian, A., 1966; Paz Betanco, 2018). La visión sobre la salud resalta la importancia de entender e intervenir en las problemáticas relacionadas con el proceso de salud y enfermedad, reconociendo la creciente complejidad del cuidado y la reestructuración de las prácticas (Vega et al., 2025).

Satisfacción de usuarios

Los tiempos de espera en las salas de los servicios de salud, enfrentan hoy en día numerosos desafíos en el ámbito de la atención sanitaria, tales como el incremento de personas con afecciones crónicas múltiples, el envejecimiento de la población y los tiempos largos de espera. Este fenómeno de la salud pública, conocido como congestionamiento o hacinamiento, se define “como la situación en la que las necesidades de los pacientes superan la capacidad del servicio y del hospital para brindar atención en los plazos establecidos”. Este problema impacta negativamente la percepción de la calidad de atención por parte de los pacientes como en el desempeño del personal sanitario, afectando la cultura de la seguridad al generar una mayor tasa de errores y aumento del ausentismo (Grande-Ratti et al., 2022, Yáñez-Contreras & Quinteros-Cáceres, 2025).

La satisfacción del usuario es un indicador esencial de la calidad del servicio, evaluado a partir de la diferencia entre lo que se espera y lo que se percibe en los servicios recibidos. Por ello, es recomendable que los planes

incluyan mejoras en áreas como infraestructura, recursos humanos, equipamiento y sistemas informáticos, con el objetivo de reducir los tiempos de espera y aumentar la satisfacción del usuario (Becerra-Canales et al., 2020).

La accesibilidad influye en la satisfacción del usuario: cuanto más fácil es acceder a un servicio, mayor es la percepción positiva del mismo. Las diferencias geográficas afectan la calidad del servicio, las áreas urbanas presentan mayor satisfacción, y las zonas rurales siempre tienen índices más bajos. Las desigualdades socioeconómicas impactan la percepción del servicio, así como la falta de cobertura en seguros de salud y el alto costo de los tratamientos son factores que reducen la satisfacción de los pacientes (Chung & Chan, 2021).

La satisfacción del paciente-usuario debe ser un objetivo fundamental para quienes gestionan los servicios sanitarios, además de ser un indicador clave de la calidad de las intervenciones realizadas. Esta satisfacción se logra cuando las expectativas del paciente coinciden con la calidad percibida. El método más común para medirla, son las encuestas de opinión, las cuales ayudan a identificar posibles aspectos de insatisfacción y desconformidades (Becerra-Canales & Condori-Becerra, 2020; Palmieri, 2020).

Cuando se cuestiona a los pacientes sobre la calidad de atención en las clínicas odontológicas, ellos valoran diversos aspectos. Entre los más destacados se centran en su experiencia desde el momento en que se sientan en la sala de espera, hasta el tiempo que transcurre en la atención del servicio y el momento en que finalmente lo reciben (Huamán Avendaño, 2018; Yáñez-Contreras & Quinteros-Cáceres, 2025).

La opinión de los pacientes es fundamental, ya que su participación se convierte en una herramienta clave para mejorar la calidad de atención que reciben, lo que a su vez los posiciona como beneficiarios directos de dichos avances. Por otro lado, las entidades que prestan los servicios lograrán mayores éxitos en sus objetivos en la medida en que sean capaces de comprender y atender las necesidades y perspectivas de sus usuarios (Palmieri, 2020).

La mayoría de los errores de diagnóstico se atribuyen a exámenes que son incompletos, realizados de manera precipitada o insuficientes, lo que provoca atenciones médicas inadecuadas, insatisfacción en los pacientes y elevados costos sanitarios. Ante esta situación, se han implementado diversas estrategias para mejorar la identificación y el análisis de estos errores, entre las que se incluyen campañas destinadas a fomentar una cultura de seguridad en los hospitales, la instauración de políticas de informes obligatorios y la promoción de reportes anónimos, todo ello con el objetivo de evitar la culpa habitación individual (Yáñez-Contreras & Quinteros-Cáceres, 2025). En consecuencia, este asunto se ha convertido en una prioridad en la agenda de gestión, centrada en la prevención de riesgos laborales, la protección de la salud y la seguridad tanto de los trabajadores como los usuarios de los servicios (Grande-Ratti et al., 2022).

1.3.2 Calidad de la atención odontológica

Los problemas bucodentales representan un desafío de salud pública que implica la calidad de vida de las personas, abarcando diversos factores. No sólo se incluyen aspectos biológicos como las disfunciones articulares, sino también elementos sociales, relacionados con creencias, ideas, valores y percepciones de las personas según los grupos sociales a los que pertenecen. Estos problemas reflejan realidades vinculadas al contexto social, así como a las condiciones socioeconómicas y culturales de la sociedad (Canseco Prado & Jarillo Soto, 2018; Yáñez-Contreras & Quinteros-Cáceres, 2025).

La calidad de la atención odontológica es un elemento esencial en la prestación de servicios de salud, especialmente en contextos donde la equidad y el acceso representan desafíos importantes (Paz Betanco, 2018). La evaluación constante de la calidad en la atención odontológica se ha reconocido como una estrategia fundamental para mejorar los resultados en salud y aumentar la satisfacción de los pacientes (SSA, 2021) y juega un papel fundamental en el desarrollo y la prevención dentro del proceso de salud-enfermedad. Su propósito

principal es ofrecer un servicio enfocado a la satisfacción del paciente y en la restauración oportuna e integral de su salud (Huamán Avendaño, 2018).

Por otra parte, la formación de recursos humanos en el ámbito de la atención odontológica es un proceso complejo. En el modelo latinoamericano, los estudiantes no sólo reciben una formación teórica, sino que también desarrollan competencias profesionales en las clínicas de enseñanza. En estas clínicas odontológicas de docencia y servicio, los estudiantes brindan atención a los pacientes conforme a sus habilidades académicas, bajo una estricta supervisión de los protocolos clínicos establecidos según la normativa vigente (Yáñez-Contreras & Quinteros-Cáceres, 2025). La atención al paciente abarca, además de la dimensión técnica, la dimensión funcional e interpersonal, dentro de la cual se incluye la seguridad del paciente, que implica una atención humana. Este enfoque también refleja la dimensión social que debe ser adquirida por el estudiante durante su formación escalonada, en la que se recuperan y aplican los valores y principios bioéticos, los cuales son fundamentales para una práctica de calidad (Silberman et al., 2014).

La atención de calidad que se brinda a los pacientes es un compromiso constante que las instituciones educativas deben garantizar. Esto implica que todos los aspectos involucrados en el proceso (académicos, clínicos, administrativos y éticos) deben trabajar para respaldar una atención de calidad que resuelva las necesidades individuales de cada paciente y de la sociedad, al mismo tiempo que favorezca el desarrollo de competencias profesionales en los estudiantes, conforme al perfil de egreso definido por la institución. Evaluar la calidad funcional del servicio, según la percepción del paciente, permite identificar tanto las fortalezas como las áreas de oportunidad a lo largo de todo el proceso de atención, evaluando no sólo al estudiante, sino también a todo el equipo de salud (López Ramírez et al., 2021).

La calidad en la prestación de servicios es un aspecto fundamental dentro del enfoque integral que toda administración debe gestionar. Su medición resulta clave para optimizar los procesos y alcanzar los objetivos de excelencia

propuestos. Las mejoras pueden implementarse de manera efectiva cuando se tiene claridad sobre las acciones a realizar, y el análisis de los datos obtenidos a partir de dicha mención se convierte en una herramienta valiosa para la toma de decisiones (Yáñez-Contreras & Quinteros-Cáceres, 2025).

La mayoría de los usuarios de servicios de salud, ya sean públicos o privados, presenta especial atención a los resultados obtenidos, evaluando además las habilidades, destrezas, actitudes, valores y la calidad de la comunicación del profesional a cargo de su caso (Huamán Avendaño, 2018).

Evaluar la calidad de la atención permite proporcionar retroalimentación a los servicios, programas y políticas de una institución pública, lo que contribuye a su mejora continua (Gilavand et al., 2019; Flores-Hernández et al., 2024).

La colaboración interprofesional se basa en el trabajo en equipo dentro del ámbito de la salud, acompañado de una reflexión sobre los roles profesionales, la resolución de problemas y la negociación de procesos fundamentales. Este enfoque toma en cuenta el conocimiento adquirido, las particularidades individuales y la diversidad de saberes y prácticas profesionales (Vargas Marcos & Gallego Pulgarín, 2005).

La observación sistemática y estructurada de las prácticas sociales permite entender de manera progresiva la rutina diaria de las personas estudiadas, proporcionando al acto interpretativo del investigador un contexto basado en el diálogo y la observación (Fajardo-Dolci et al., 2015).

Un modelo para la prestación de servicios de salud es el enfoque basado en el curso de la vida, que promueve la atención continua y de calidad a las personas desde edades tempranas, con el objetivo de lograr una mejor salud tanto en el presente, como en el futuro. Cada etapa de la vida puede presentar vulnerabilidades frente a ciertas condiciones de salud-enfermedad, por lo que un desempeño óptimo de los servicios de salud, con un enfoque integral y la continuidad en la atención, resulta fundamental. La medición de la calidad de la atención proporciona retroalimentación que mejora la prestación diaria de los

servicios, los programas y las políticas dirigidas a la mejora continua (Flores-Hernández et al., 2024).

Existen estudios que documentan deficiencias en la calidad de la atención, tales como la falta de capacitación del personal y condiciones laborales inadecuadas, factores que pueden afectar negativamente la calidad de los servicios y aumentar la percepción de insatisfacción. Las personas que reciben atención médica de primer nivel en México reflejan una creciente preferencia por estos servicios, los cuales se corrobora con hallazgos de estudios previos (Bautista-Arredondo et al., 2024; Gilavand et al., 2019).

Es necesario disponer de los recursos suficientes para garantizar el acceso oportuno a los servicios, la implementación de procesos técnicamente adecuados y la interacción continua entre el personal de salud y los usuarios. Esto último tiene como objetivo facilitar la toma de decisiones para atender las necesidades de salud de los pacientes (Flores-Hernández et al., 2024).

En los últimos años, la Organización Mundial de la Salud ha reforzado la importancia de integrar la salud bucal dentro de la cobertura universal en salud, señalando que la mayoría de las enfermedades bucodentales son prevenibles y tratables cuando existe acceso oportuno a servicios de calidad.

Sin embargo, millones de personas continúan enfrentando barreras que limitan la utilización de los servicios odontológicos, lo que incrementa la carga de enfermedad y las desigualdades en salud.

Estos planteamientos respaldan la necesidad de fortalecer estrategias orientadas a mejorar el acceso oportuno a la atención odontológica (Murakami et al., 2023; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2025).

Percepción de calidad de la atención odontológica por el usuario

Para comprender el concepto de percepción, es fundamental entender primero el significado de sensación. “La sensación se refiere a las experiencias inmediatas y básicas producida por estímulos simples e individuales”. También

se define como la respuesta que generan los órganos sensoriales ante un estímulo. Por otro lado, la percepción consiste en la interpretación de esas sensaciones, otorgándoles significado y organización. Este proceso implica no sólo la actividad de los órganos sensoriales, sino también la intervención del cerebro, encargándose de organizar, interpretar, analizar e integrar los estímulos recibidos (Núñez & Luis, 2008).

La evidencia reciente confirma que la utilización de los servicios odontológicos responde a la interacción de diversos determinantes individuales, sociales y estructurales. Entre los factores más frecuentes asociados se encuentran la edad, el sexo, el nivel educativo, el ingreso económico, el aseguramiento en salud, la ansiedad dental y las creencias relacionadas con la salud bucal. Estos determinantes condicionan tanto el acceso inicial como la continuidad de la atención, lo que pone de manifiesto la naturaleza multifactorial de la utilización de los servicios (Murakami et al., 2023; Zare et al., 2024).

En el contexto de los servicios de salud, la percepción se comprende como la valoración subjetiva que los usuarios hacen de la atención recibida, integrando aspectos emocionales, cognitivos y prácticos. En esta investigación, dicha percepción se evalúa a través de un instrumento estructurado diseñado en torno al modelo de calidad propuesto por Donabedian, que considera los componentes de estructura, proceso y resultado (Donabedian, 1988; De Jesús Vértiz-Ramírez et al., 2024).

Las dimensiones que se abordaran incluyen:

- Barreras de acceso percibidas (geográficas, organizacionales, económicas, etc.)
- Motivo y frecuencia de uso del servicio dental
- Calidad percibida en el trato del personal, instalaciones, tiempo de espera y resolución de problemas dentales

Los ítems serán respondidos mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, lo que permitirá captar con mayor sensibilidad las valoraciones de los usuarios. Esta estrategia se basa en evidencia reciente que señala la importancia de comprender la percepción como un fenómeno multidimensional que incide directamente en la adherencia al tratamiento, la satisfacción del paciente y el uso continuo de los servicios (Flores- Hernández et al, 2024; World Health Organization, 2022).

Diversas investigaciones recientes han señalado que las barreras de acceso no se limitan al aspecto económico. Factores como la disponibilidad de transporte, la distancia a las unidades de atención, los tiempos de espera, la organización de los servicios y la distribución del personal de salud también influyen de manera importante en la oportunidad de recibir atención odontológica. En consecuencia, la accesibilidad debe entenderse como un fenómeno multidimensional que requiere intervenciones integrales para disminuir la desigualdad en salud bucal (De Jesús Vértiz-Ramírez et al., 2024; Kim et al., 2024; FDI World Dental Federation, 2026).

Así, la percepción de calidad no es abordada únicamente desde un enfoque técnico, sino también como una construcción experiencia del usuario, medible a través de variables específicas alineadas al contexto institucional. Esta integración permite garantizar la congruencia metodológica entre los objetivos del estudio, las variables consideradas y los instrumentos aplicados.

Factores del personal de salud que influyen en la percepción de calidad de la atención odontológica

1.3.3 Carga de trabajo

La carga de trabajo en el ámbito de salud se refiere a volúmenes de tareas, responsabilidades y demandas a las que está expuesto un trabajador durante su jornada laboral. En odontología, implica tanto la cantidad de pacientes atendidos como la complejidad de los procedimientos, el tiempo dedicado por consulta, el número de actividades clínicas y administrativas, así como la percepción

subjetiva del personal respecto al esfuerzo requerido. El análisis de carga de trabajo permite identificar desequilibrios entre la demanda de servicios y la disponibilidad del personal, lo que tiene implicaciones directas en la calidad de la atención, la eficiencia organizacional y el bienestar del equipo de salud bucal (OMS, 2023; Nash et al., 2008).

1.3.4 Indicadores de carga de trabajo en odontología

En el análisis de la calidad en la atención odontológica, los indicadores de carga de trabajo representan una herramienta clave para evaluar la eficiencia y el equilibrio del equipo. Estos indicadores permiten establecer estándares realistas de productividad, asignar recursos humanos de forma equitativa y garantizar una atención continua y oportuna (OMS, 2023).

1.3.5 Carga de trabajo para odontólogos

La carga de trabajo del odontólogo se mide comúnmente por el número de pacientes atendidos, los procedimientos clínicos realizados y el tiempo invertido en cada consulta. La Organización Mundial de la Salud (2023) promueve el método WISN (Workload Indicators of Staffing Need), que estima el número necesario de odontólogos a partir del volumen de actividades clínicas y estándares de tiempo. Por ejemplo, en Turquía, un estudio aplicó esta metodología en centros de salud bucal y encontró un índice global de 1.014, revelando desequilibrios en la asignación del personal: exceso en hospitales y déficit en áreas de alta demanda (Durur, Kutlu & Akbulut, 2024). Estos indicadores son fundamentales para analizar la eficiencia del recurso humano y su impacto en el acceso y calidad del servicio.

Se considera una carga alta cuando el número de pacientes por jornada supera la capacidad estándar establecida por los tiempos clínicos promedio, afectando la calidad de la atención y generando desgaste profesional (OMS, 2023).

1.3.6 Carga de trabajo para auxiliares dentales

Los auxiliares dentales son esenciales para el funcionamiento eficiente de una clínica, ya que asumen funciones como asistencia clínica, preparación de instrumental, toma de radiografías, labores de registro y esterilización. Un indicador clave es la razón odontólogo/auxiliar, que permite estimar cuántos auxiliares se requiere por cada profesional para mantener una atención fluida y segura. En Chile, por ejemplo, el Ministerio de Salud sugiere una proporción de 1.2 auxiliares por odontólogo en atención primaria (Cabello Ibacache et al., 2011). Este estándar se ha utilizado para modelar escenarios de cobertura de tratamientos preventivos y restaurativos, lo que permite proyectar no solo cantidad de recursos humanos necesarios, sino también su distribución funcional. La literatura destaca que una buena integración del personal auxiliar permite al odontólogo enfocarse en procedimientos complejos, incrementando la productividad global del equipo. Por tanto, el monitoreo de la carga de trabajo de auxiliares contribuye directamente a mejorar los tiempos de atención, reducir errores clínicos y fortalecer el enfoque multidisciplinario del cuidado bucal (Nash et al., 2008).

La carga se considera alta cuando un solo auxiliar asiste a múltiples odontólogos o debe asumir funciones adicionales sin apoyo suficiente, lo que retrasa procedimientos y compromete la eficiencia (Cabello Ibacache et al., 2011).

1.3.7 Carga de trabajo para pasantes en servicio social

En contextos con desigualdades geográficas o limitación de recursos, los pasantes en servicio social desempeñan un rol vital como proveedores primarios de atención bucal. En México, la secretaría de salud establece que los pasantes trabajan jornadas de 8 horas diarias, cubriendo poblaciones que oscilan entre 500 y 2500 habitantes, particularmente en zonas rurales (SSA, 2016). Su carga de trabajo incluye consultas generales, actividades preventivas, promoción de la salud y referencias a segundo nivel. Estos indicadores reflejan no sólo el volumen de actividades clínicas, sino también la complejidad de actuar como único

profesional en comunidades de difícil acceso. El análisis de la carga de trabajo de los pasantes permite evaluar si las condiciones del servicio social son adecuadas y si la cobertura efectiva se corresponde con la demanda real de la población (Organización Panamericana de la Salud, 1969).

En pasantes en servicio social, una carga alta se manifiesta cuando deben atender poblaciones superiores a 2500 personas, asumir todas las funciones clínicas y administrativas, o brindar atención en horarios extendidos sin refuerzos (SSA, 2016).

1.3.8 Carga de trabajo para personal administrativo

El personal administrativo cumple funciones críticas en la gestión del servicio odontológico, incluyendo la programación de citas, manejo de expedientes, control de asistencia, facturación y apoyo logístico. La eficiencia administrativa tiene un impacto directo en el flujo de pacientes y en la reducción de tiempos muertos dentro de la clínica. Indicadores como el número de pacientes agendados por día, el porcentaje de inasistencia reprogramadas y el tiempo promedio de atención en la recepción son utilizados para medir el desempeño administrativo. Además, se ha sugerido que la capacitación cruzada del personal administrativo en funciones clínicas básicas puede mejorar la eficiencia operativa en entornos con escasez de personal técnico. Esta estrategia ha sido incrementada en sistemas como el Indian Health Services en EE. UU., donde los recepcionistas han sido capacitados para apoyar en funciones básicas de asistencia odontológica. En conjunto, estos indicadores permiten valorar la calidad del servicio desde una perspectiva organizacional, reconociendo al equipo administrativo como un componente clave del proceso de atención.

Para el personal administrativo, la carga es considerada alta cuando debe gestionar un volumen excesivo de citas, controlar expedientes de varias unidades simultáneamente, hoy o asumir tareas clínicas complementarias información específica (Indian Health Service, 2007).

1.3.9 Satisfacción del personal de salud en la percepción de los usuarios

Evaluar la satisfacción del personal de salud en las instituciones médicas es fundamental para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a los usuarios. La satisfacción laboral en los trabajadores depende de factores intrínsecos, como el logro de objetivos y el sentido de responsabilidad, y de factores extrínsecos, tales como el salario, las relaciones laborales y las políticas institucionales. Diversos estudios han analizado la satisfacción laboral del personal de salud (Chiñas, 2015).

La relevancia de la educación sanitaria para los programas de protección, promoción o recuperación de la salud es innegable y se reconoce en los ámbitos académicos, científicos, institucionales y comunitarios (OMS, 2022). Es fundamental que las instituciones de salud implementen estrategias continuas para evaluar la satisfacción laboral, ya que esto puede mejorar tanto el bienestar del personal como la calidad del servicio que ofrecen a los pacientes (Chiñas, 2015).

1.4 Utilización de servicios de salud

La utilización de los servicios de salud se refiere al uso real de la atención médica por parte de la población, influenciado por factores como la disponibilidad de recursos, la accesibilidad física y financiera, la percepción de calidad y la existencia de barreras que pueden dificultar el acceso. Desde una perspectiva global, el acceso efectivo a los servicios de salud implica que los individuos puedan utilizar los servicios cuando lo necesitan, sin restricciones económicas, geográficas u organizacionales (Negi et al., 2025; OMS, 2024).

Acceso a servicios de salud

El acceso a los servicios de salud, que abarca desde las actividades de promoción y prevención, hasta acciones curativas, constituye la manifestación

concreta de los esquemas diseñados para financiar y proporcionar servicios. Además, este acceso refleja los factores que influyen en los resultados de salud de la población dentro de un contexto determinado (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2024).

Los Derechos Humanos (DD. HH) establecen principios universales de dignidad, igualdad y libertad, respaldados por tratados internacionales y normativas nacionales. Los estados deben garantizar su cumplimiento mediante medidas que aseguren su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, siendo la accesibilidad definida en cuatro dimensiones: no discriminación, acceso físico, económico e informativo.

El Derecho a la Salud (DS), parte de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), implica el acceso al más alto nivel de bienestar posible y considera tanto las condiciones de vida como la provisión de servicios de salud. En México, el Derecho a la Protección de la Salud (DPS) está reconocido en el artículo 4 de la constitución, obligando al estado a garantizar atención integral y gratuita a quienes no cuentan con seguridad social (Véritz-Ramírez et al., 2024).

En México, garantizar el derecho a la salud es uno de los objetivos principales del estado. El pleno ejercicio de este derecho exige la colaboración de diversos sectores y servicios a lo largo de la vida dada la naturaleza multidimensional de la salud. Sin embargo, es en situaciones de necesidad urgente cuando se evidencia ya con mayor claridad la capacidad del estado para responder de manera adecuada (Bautista, 2022).

Las representaciones sociales, derivadas de cómo se percibe, interpreta y otorga significado a la realidad social desde el sentido común moldean comportamientos que impactan directamente en la práctica y demanda de atención odontológica. Estas representaciones están fuertemente influenciadas por las condiciones socioeconómicas actuales del país, donde el incremento acelerado de la pobreza acentúa las desigualdades sociales. Esto se refleja en

una distribución económica polarizada, concentrando los ingresos más altos en un pequeño grupo de la población (Canseco Prado & Jarillo Soto, 2018).

El acceso al derecho a la salud en México ha estado vinculado al estatus laboral de la población. Quienes trabajan en sectores formales de la economía, aproximadamente el 40% de la población, disfrutan de los beneficios de seguridad social, que incluye acceso universal a servicios médicos gratuitos. Por otro lado, el 60% restante, compuesto por empleados y autoempleados del sector informal, depende de los servicios médicos públicos ofrecidos por la secretaría de salud y las entidades estatales. No obstante, estos servicios suelen ser limitados, lo que obliga a muchas personas a cubrir gastos de bolsillo para medicamentos, estudios de laboratorio y otros insumos necesarios (Bautista, 2022).

De acuerdo con Levesque y colaboradores, el acceso se define como la facilidad y oportunidad con la que las personas pueden acercarse y recibir servicios de atención médica adecuados cuando los perciben como necesarios, sin enfrentar dificultades excesivas en concordancia con el Derecho a la Protección de la Salud (DPS) en México. Este exceso es el resultado de la interacción entre diversos factores, incluyendo las características individuales, familiares, los entornos sociales y físicos, así como los sistemas de salud, las organizaciones y los proveedores de atención médica (De Jesús Vértiz-Ramírez et al., 2024).

Utilización de servicios de salud por la población

En términos generales, los servicios de salud son utilizados por personas de diferentes grupos etarios, niveles socioeconómicos y ubicaciones geográficas. Sin embargo, la frecuencia con la que estos servicios son utilizados varía dependiendo de diversos factores. La falta de equidad en el acceso es uno de los principales desafíos, ya que las barreras económicas, sociales y culturales pueden limitar la demanda de servicios. En este sentido, estudios han demostrado que las personas con menores ingresos o que residen en zonas

rurales suelen enfrentar mayores dificultades para acceder a la atención médica, lo que reduce la utilización de los servicios (Dho, 2018; Negi et al., 2025).

Otro factor relevante es la percepción del usuario sobre la calidad y efectividad de los servicios. Si los individuos consideran que la atención no es resolutive o que los tiempos de espera son demasiados largos, pueden optar por no acudir o buscar alternativas en el sector privado, incluso cuando tienen acceso a servicios públicos financiados. La utilización de servicios privados en poblaciones con protección financiera pública es un indicador de que persisten barreras en la atención, ya sea por falta de infraestructura, tiempos de espera inadecuados o una percepción de baja calidad en la atención recibida (Bautista-Arredondo et al., 2024; Negi et al. 2025).

La frecuencia con la que se utilizan los servicios de salud depende también de la disponibilidad de infraestructura y personal. La OMS ha enfatizado la necesidad de garantizar que los servicios sean accesibles en términos de ubicación, horarios de atención y oportunidad en la prestación del servicio. En este sentido, uno de los desafíos de los sistemas de salud es asegurar que los servicios estén disponibles cuando los usuarios los necesitan y que sean capaces de resolver sus problemas de salud de manera efectiva (Núñez Campos, 2022; OMS, 2024).

Por último, la utilización de servicios de salud está directamente relacionada con el nivel de protección financiera y con las barreras de acceso a los servicios de salud. En países donde existen esquemas de cobertura universal, se ha observado un aumento en la demanda de servicios. Sin embargo, el acceso financiero por sí solo no garantiza la utilización efectiva de los servicios si no se abordan otras barreras, como la distribución geográfica de los centros de atención, la disponibilidad de personal de salud y la calidad percibida de los servicios (Fajardo-Dolci et al., 2015; Núñez Campos, 2022).

1.4.1 Utilización de servicios odontológicos

La utilización de los servicios odontológicos se refiere al acceso y uso de la atención dental dentro de un período de tiempo determinado. Este concepto no sólo abarca la cantidad de personas que acuden a estos servicios, sino también la frecuencia con la que lo hacen y las razones por las cuales buscan atención. Es importante diferenciar entre la demanda de servicios odontológicos, que representa la intención de búsqueda de atención, y la utilización efectiva de los servicios, que ocurre cuando el paciente realmente accede y recibe tratamiento (Núñez Campos, 2022; OMS, 2022).

Diversos factores influyen en la utilización de los servicios dentales, incluyendo aspectos socioeconómicos, geográficos, culturales y la percepción de necesidad de atención. La investigación ha demostrado que la demanda de estos servicios no siempre se traduce en su uso real, debido a la existencia de barreras como los costos, la ubicación geográfica, la disponibilidad de citas y la percepción del dolor o la urgencia como principal motivo de consulta (Dho, 2018). En el caso específico de la atención dental, existen desigualdades en la utilización de los servicios a pesar de la disponibilidad de atención en instituciones públicas y privadas, las personas suelen acudir a los servicios de salud en diversas circunstancias como atención preventiva, sin embargo, en el caso de la salud bucal, diversos estudios muestran que la mayoría de las personas acuden al dentista sólo cuando presentan síntomas o problemas dentales (Sahab et al., 2022).

Algunos grupos acceden con mayor regularidad, mientras que otros se enfrentan barreras que dificultan su acceso. Factores como la edad, el género, y el nivel socioeconómico que está estrechamente relacionado con los ingresos y la cobertura de seguro médico y el nivel educativo, influyen significativamente en el uso de estos servicios (Flores & Cámara, 2002).

La educación es un factor clave que influye en la utilización de los servicios odontológicos. Las personas con niveles educativos más bajos tienden a tener un acceso más limitado a los tratamientos odontológicos, lo que confirma

hallazgos de investigaciones previas. Un conocimiento adecuado sobre salud bucal está asociado con actitudes positivas hacia el uso de servicios odontológicos, lo que resulta en una mayor utilización de estos servicios por parte de personas con niveles educativos más bajos (Hariyani et al., 2021).

En cuanto a la percepción de salud bucal, las personas que perciben su salud bucal como buena, suelen acudir con mayor frecuencia al dentista para controles preventivos y chequeos regulares. En contraste, quienes consideran que su salud oral es deficiente tienden a buscar atención sólo cuando enfrentan problemas o sienten dolor, influyen también los conocimientos y hábitos de higiene bucal, aquellos con mayor conciencia sobre la importancia del cuidado oral y que mantienen hábitos adecuados de higiene, como el uso regular de hilo dental y el cepillado frecuente, tienen una mayor probabilidad de acudir a los servicios odontológicos con un enfoque preventivo (Dho, 2018).

El estado de salud bucodental de una población puede estar vinculado a la disponibilidad y características de los servicios odontológicos ofrecidos. En el sistema privado de atención dental, el costo del servicio puede influir significativamente en su acceso, afectando la salud bucodental de las personas con menores recursos económicos. En estos grupos donde se registran los índices más altos de enfermedades bucodentales (Moncada et al., 2021).

Los servicios odontológicos pueden ser proporcionados en diferentes tipos de establecimientos:

Sector público: Clínicas y hospitales gubernamentales, que en algunos lugares ofrecen atención gratuita o subsidiada.

Sector privado: Clínicas y hospitales particulares donde la atención depende del pago directo o seguros médicos.

Clínicas universitarias: Proporcionan atención con costos reducidos, generalmente como parte de la formación académica de los estudiantes bajo supervisión de docentes.

Las personas acuden al dentista por diferentes razones y en distintos momentos, entre ellos: prevención y revisiones periódicas, atención curativa o sintomática, urgencias odontológicas y tratamientos continuos. Las actitudes hacia la salud bucal, el temor al tratamiento odontológico y las creencias culturales también afectan el uso de estos servicios. En algunos casos, ciertas poblaciones optan por remedios tradicionales o la automedicación en lugar de acudir con un profesional (Sehab et al., 2022). Para comprender los patrones de uso de los servicios dentales, se han desarrollado diferentes modelos explicativos. El “modelo de creencias de salud” enfatiza la percepción de vulnerabilidad a las enfermedades y la valoración de los beneficios de la prevención. Por otro lado, el “modelo integrado” incorpora variables sociodemográficas, factores que facilitan el acceso y necesidades específicas como elementos clave en la utilización de estos servicios (Sánchez-Torres, 2017).

Las enfermedades bucales son una de las enfermedades no transmisibles más prevalentes en el mundo y tienen un impacto significativo en la salud, la sociedad y la economía. La Federación Dental Internacional (FDI), a través de su informe visión 2030 ha identificado el acceso a la atención y la cobertura dentales universal como prioridades de salud global. Mejora los servicios ontológicos no sólo promueve una mejor calidad de vida, sino que también reduce los costos asociados con los tratamientos tardíos y mejora la productividad (FDI, 2024).

La atención bucodental es un aspecto clave de la salud pública. En muchos países, especialmente en los países en desarrollo, los recursos dentales son insuficientes. Incluso en países desarrollados, la distribución de dentistas en relación con la población es desigual, lo que afecta principalmente a comunidades desfavorecidas, minorías étnicas y personas con discapacidades, la mayoría de los recursos se concentran en áreas urbanas con alta densidad de población, mientras que en regiones montañosas y rurales la accesibilidad es baja (Chung & Chang, 2021).

En el enfoque en la calidad de la atención odontológica ha estado históricamente orientado hacia los aspectos clínicos y procedimentales, lo que ha llevado a un desarrollo más lento en comparación con el área médica. Sin embargo, en la última década, la preocupación por la calidad en los servicios de salud ha ganado cada vez más adeptos logrando gradualmente un mayor reconocimiento dentro de la profesión odontológica (Moncada et al., 2021).

La mayoría de los usuarios de servicios de salud, tanto públicos como privados, presta especial atención a los resultados obtenidos, evaluando además las habilidades, destrezas, actitudes, valores y la calidad de la comunicación del profesional encargado de su atención (Huamán Avendaño, 2018).

Barreras de acceso a los servicios de salud

Una de las características más importantes de las barreras de acceso a la atención clínica es que abarca múltiples factores, que va desde aspectos organizacionales del sistema de prestación de servicios como la disponibilidad, accesibilidad, disponibilidad de recursos, horarios de atención, cuestiones económicas, accesibilidad geográfica y de transporte, culturales o creencias y psicológicas (De Jesús Vértiz-Ramírez et al., 2024).

Este enfoque permite abordajes multidisciplinarios desde diversas áreas del conocimiento, como la salud pública, la psicología, la economía y aspectos gubernamentales, entre otras, lo que facilitaría una comprensión más integral y amplia del acceso a los servicios (Chung & Chan, 2021).

Entre los tipos de barreras de acceso podemos describir las siguientes:

Geográficas: Como lo son la ubicación, distancia y transporte, representan una de las principales limitantes para la atención oportuna, hoy especialmente en zonas rurales o de difícil acceso (De Jesús Vértiz-Ramírez, 2024).

Económicas: Que van desde el costo de tratamientos y medicamentos, a los costos indirectos en la manera de desplazarse a la ubicación y la utilización

de servicio de recursos para el transporte o la pérdida de ingresos por tiempo laboral, son ampliamente documentadas como barreras significativas (Bautista-Arredondo et al., 2022).

Psicológicas: Son factores internos que influyen en la decisión personal de buscar y solicitar atención, y pueden dificultar el acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud, entre las más comunes se incluye; el miedo, estrés o ansiedad a la atención médica, el temor a los procedimientos invasivos, estigma y vergüenza a la discriminación social por cierto padecimiento además de la desconfianza a la institución o personal de salud, por ejemplo, experiencias negativas en el pasado, como malos tratos, diagnósticos erróneos, iatrogenias, rechazo al personal de salud que brindara atención por su aspecto físico o creencias o prácticas que poseen algunas comunidades tradicionales que influyen en la manera de buscar y recibir atención, por ejemplo, acudir a curanderos o métodos tradicionales, creencias religiosas (Sehab et al., 2022).

Organizacionales: Referidas directamente a obstáculos internos de la institución o sistemas de salud, que dificultan o limitan el acceso de los usuarios a la atención médica, relacionados directamente con la estructura, los procesos y la gestión de los servicios de salud, los más frecuentes son: horarios de atención, limitación de días de atención que dificultan la visita del usuario por la jornada laboral propia, y tiempos de espera prolongados para obtener cita o para recibir la atención durante la sala de espera, sobre carga de trabajo y falta de personal, lo que ocasiona una atención apresurada o limitada, falta de coordinación y comunicación para atención multidisciplinaria y referir atención por ausencia de personal y falta de recursos.

La infraestructura inadecuada, como el espacio físico para la atención digna, segura y eficaz, pocas salas de consulta, sillas de espera, falta de materiales y suministros básicos que obstaculizan la prestación de un servicio de calidad.

Administrativas: como la falta de información por parte del personal de recepción ajeno a la dinámica clínico - tratamiento, ausencia de conocimiento para orientar a los usuarios a ubicar su consulta, actitudes por parte del personal groseras o poco amables, trato descortés o despectivo, un ambiente hostil o poco comprensivo puede hacer que el paciente tenga un alto impacto en la adherencia al tratamiento. Además, la carencia de protocolos o lineamientos actualizados que garanticen la calidad y la equidad en la atención, así como la falta de supervisión y evaluación continua de los procesos de atención (Flores-Hernández et al., 2024; WHO, 2022).

Comprender como y por qué los usuarios acceden o no a estos servicios permitirá crear estrategias de comunicación dentro del centro asegurando que se incremente la utilización del servicio dental preventivo y curativo (Canseco Prado & Jarillo Soto, 2018).

El modelo de evaluación centrado en el componente técnico en la calidad ha sido fundamental para desarrollar los estándares y guías de procedimiento clínico vigentes. En este enfoque, los expertos determinan el estándar óptimo de salud y establecen los límites donde los beneficios de una intervención comienzan a equilibrarse con los riesgos. Sin embargo, este modelo tiende a relegar elementos importantes para los resultados de la atención médica, como los costos y la satisfacción del paciente. Al no priorizar estos factores, se convierten en obstáculos para alcanzar el estándar óptimo. Incorporar los valores, expectativas y experiencias de los pacientes, junto con el análisis de los costos, facilita el logro de los objetivos de la atención médica (Donabedian, 1988).

La mayoría de los usuarios de servicios de salud tanto públicos como privados, presta especial atención a los resultados obtenidos, así como a las habilidades, destrezas, actitudes, valores y la comunicación del profesional a cargo de su atención. En el caso de las clínicas odontológicas, los pacientes valoran múltiples aspectos relacionados con la calidad del servicio. Entre ellos, destacan su experiencia desde el momento en el que se sientan en la sala de

espera, hasta el tiempo que transcurre entre la solicitud del servicio y su recepción efectiva (Huamán Avendaño, 2018).

El modelo de evaluación centrado en el componente técnico de la calidad ha desempeñado un papel clave en la definición de muchos de los estándares y guías clínicas actuales. Este enfoque permite a los expertos determinar el estándar óptimo de salud y establecer los límites en los que los beneficios de una intervención comienzan a equilibrarse con los riesgos. Sin embargo, este modelo tiende a dejar en segundo plano factores cruciales para los resultados de la atención médica, como los costos y la satisfacción del paciente. Al quedar desatendidos, estos elementos pueden convertirse en barreras para alcanzar el estándar óptimo. Integrar los valores, expectativas y experiencias de los pacientes, así como considerar los costos asociados, resulta esencial para facilitar el cumplimiento de los objetivos en la atención médica (Donabedian, 1988).

1.5 Salud general

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente como la ausencia de enfermedades o trastornos. Este enfoque integral resalta la necesidad de considerar la salud desde una perspectiva holística, en la que no sólo se valore la ausencia de patologías, sino también el equilibrio y la satisfacción en los ámbitos mental y social. Se enfatiza que el bienestar psicológico y la interacción social, son elementos esenciales para la calidad de vida, lo que hace imprescindible incluir estos aspectos en cualquier análisis o intervención destinada a promover la salud (OMS, 2024).

A lo largo del siglo XX, en el ámbito de la salud pública, se han desarrollado diversos enfoques para comprender la salud y la enfermedad. Como propósito heurístico, estos enfoques pueden agruparse en tres principales: el biomédico, el comportamental y el socioeconómico. Cada uno de ellos se relaciona con un contexto histórico específico, caracterizado por condiciones

sociales, económicas y políticas particulares. Así mismo cada enfoque define lo que se considera “sano” y “enfermo” de acuerdo con las características y valores predominantes en su época (OPS, 2024).

El derecho a la salud, reconocido como parte de los derechos económicos, sociales y culturales, fue establecido a nivel global mediante el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU) en 1966, que entró en vigor en 1976 y ha sido ratificado por 60 países. Este tratado garantiza que toda persona tiene derecho a disfrutar “del más alto nivel posible de la salud física y mental”, lo que implica el acceso a los factores determinantes de la salud y aún sistema de atención sanitaria accesible para toda la población. A partir de este derecho, se ha formalizado el derecho a la protección de la salud, lo que establece la responsabilidad de crear mecanismos hoy que aseguren la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención médica (AGNU, 2024).

Un enfoque destacado en la prestación de servicios de salud es el modelo basado en el curso de la vida, que impulsen la provisión continua de atención de calidad desde las primeras etapas de vida, con el objetivo de alcanzar y mantener un mejor estado de salud tanto en el presente como en el futuro (Flores-Hernández et al., 2024).

Existen diversos instrumentos o cuestionarios que se han utilizado para evaluar la salud general, se pueden mencionar los siguientes:

Instrumentos para la evaluación de la salud general

Tabla 2. Instrumentos para evaluación.

Instrumento	Método	Idiomas	Descripción
Cuestionario de Salud General (GHQ-12)	Autoaplicado	Español, inglés	Instrumento breve de 12 ítems diseñado para detectar trastornos psiquiátricos en entornos comunitarios o de atención primaria.

			Evalúa síntomas como ansiedad, depresión, disfunción social y autoestima. Las respuestas se califican en una escala de 4 puntos.
Nottingham Health Profile (NHP)	Autoaplicado	Múltiples (incluye español e inglés)	Cuestionario de 38 ítems que evalúa la percepción subjetiva de la salud en 6 dimensiones: energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad física. Se utiliza tanto en investigación como en la práctica clínica para valorar la calidad de vida.
EQ-5D	Autoaplicado	Español, inglés y otros idiomas	Instrumento estandarizado del grupo EuroQol que mide salud general en 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada dimensión tiene 3 o 5 niveles de respuesta. Es fácil de usar, de baja carga cognitiva, y genera índices de utilidad para análisis de costo-efectividad. Adecuado para población general y personal de salud.
PROMIS Global Health Scale	Autoaplicado	Español, inglés y otros idiomas	Escala desarrollada por el NIH para evaluar salud global desde la perspectiva del paciente. La versión Global-10 contiene 10 ítems y evalúa salud física, mental, dolor, fatiga, función social y salud general percibida. Valida con métodos psicométricos modernos. Apta para monitoreo continuo de salud en trabajadores y pacientes.

Fuente: Elaboración propia.

La inversión en procesos de calidad en la educación para la formación de recursos humanos en salud es crucial, dado que esta formación impacta directamente en la calidad de los servicios de salud. Según un informe de la OMS en 2023, los costos asociados a la falta de calidad en los procesos de atención

representan de manera conservadora, entre el 20% y el 40% de los costos totales de los servicios de salud a nivel mundial.

La educación para la salud ha experimentado una rápida evolución, en muchos casos careciendo de una base teórica sólida y centrada principalmente en lo práctico, lo que ha llevado al descuido de principios fundamentales. Uno de estos principios es que el conocimiento, combinado con una actitud positiva, fomenta conductas específicas orientadas a la conservación y promoción de la salud. Además, la promoción de la salud se identifica como un factor predisponente clave para la adopción de hábitos saludables (OMS, 2024).

1.5.1 Salud general en personal operativo

En el ámbito de la salud pública, se reconoce ampliamente la importancia de la salud mental, así como su uso en contextos profesionales, académicos y políticos. Sin embargo, este concepto enfrenta desafíos significativos, tanto epistemológicos, como prácticos, para definir con precisión que se entiende por “lo mental”, como se relacionan “la salud” y “lo mental”, y cómo se deben investigar e intervenir en este ámbito (Pohjola et al., 2021; Maragha et al., 2024).

En la práctica, las acciones y las investigaciones no se basan en definiciones universales, sino en concepciones construidas desde diferentes enfoques sobre la salud y la enfermedad, y en las implicaciones de estos para las intervenciones en el campo de la salud pública (Restrepo & Jaramillo, 2012).

Desde la perspectiva de la psicología general, y particularmente la psicología de la salud, pueden identificarse dos enfoques principales en la relación entre la vida laboral y la salud mental: el enfoque clínico, que se centra en las patologías relacionadas con la etiología laboral, y el enfoque de la psicología del bienestar, que aborda la vida laboral desde una perspectiva orientada al bienestar psicológico (Laca et al., 2006; Pohjola et al., 2021).

Para evaluar el estado de salud general del personal operativo del Centro Universitario de Salud, se aplicará el Cuestionario de Salud General GHQ-12 (General Health Questionnaire). Este instrumento fue diseñado por Goldberg (1972) y ha sido ampliamente utilizado y validado en contextos de investigación en salud mental.

El GHQ-12 consta de 12 ítems que exploran aspectos como el bienestar emocional, la capacidad funcional, la presencia de síntomas de ansiedad, insomnio, toma de decisiones, percepción de utilidad y satisfacción general. Las respuestas se presentan en una escala de cuatro opciones y su puntuación se codifica de forma dicotómica (0-0-1-1), permitiendo un puntaje total de 0 a 12. Una puntuación de 3 o más sugiere la presencia de malestar psicológico o alteración de la salud general.

1.6 Bienestar psicológico

El bienestar psicológico se define como un estado de equilibrio emocional y satisfacción en el que una persona puede afrontar las demandas de la vida diaria, mantener relaciones interpersonales saludables, adoptar una actitud positiva hacia sí misma y los demás, encontrar sentido y propósito en su vida, según Ryff (1989), este bienestar abarca seis dimensiones fundamentales: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

Este concepto resulta crucial para entender cómo las personas perciben y gestionan su salud mental y su calidad de vida en general.

El bienestar psicológico se ha medido mediante diversos instrumentos que evalúan diferentes dimensiones del concepto. Algunos de los principales instrumentos que se pueden mencionar son los siguientes:

Instrumentos para la evaluación de Bienestar psicológico

Tabla 3. Instrumentos para medición de bienestar psicológico.

Instrumento	Dimensiones evaluadas	Características principales
Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (PWB)	• Autoaceptación • Relaciones positivas • Autonomía • Dominio del entorno • Propósito en la vida • Crecimiento personal	Herramienta ampliamente utilizada en investigaciones psicológicas para evaluar el bienestar psicológico desde una perspectiva multidimensional.
Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)	• Satisfacción general con la vida	Instrumento breve que mide el bienestar subjetivo a través de cinco ítems, enfocado en la percepción global de satisfacción con la vida.
BIEPS-A (Bienestar Psicológico Subjetivo - Adultos)	• Aceptación de sí mismo • Control de situaciones • Vínculos afectivos • Proyectos de vida	Diseñado para población hispanohablante, evalúa el bienestar psicológico subjetivo a través de dimensiones clave.

Fuente: Elaboración propia.

Para esta investigación se eligió el BIEPS-A (Bienestar Psicológico Subjetivos – Adultos) por las razones:

Adaptación cultural: Está diseñado específicamente para población hispanohablante, lo que garantiza su validez y pertinencia cultural en contextos locales.

Simplicidad y claridad: Es un instrumento breve y fácil de administrar, lo que facilita su uso en estudios con grandes muestras poblacionales o en entornos clínicos.

Evaluación integral: Abarca dimensiones clave del bienestar psicológico subjetivo, permitiendo un análisis más completo de este constructo en comparación con otras escalas más generales.

Uso validado: Ha sido validado en diversas investigaciones, lo que respalda su fiabilidad y capacidad para captar de manera precisa el bienestar psicológico en adultos.

En el ámbito de la psicología organizacional, la satisfacción laboral se define como la sensación de bienestar que surge de factores como las condiciones de trabajo, la realización de las tareas, el sentido de pertenencia a una organización y el logro de objetivos profesionales. Tradicionalmente, este concepto se ha analizado principalmente desde la perspectiva de su impacto en la productividad laboral y la reducción de ausentismo. Además, el desempeño de los empleados tiende a mejorar cuando perciben que sus supervisores muestran un interés genuino en su bienestar (Laca et al., 2006; Ávila-Rojas et al., 2022).

La salud mental es un tema de alta prioridad en el ámbito de la salud pública, como lo respaldan diversos estudios epidemiológicos que evidencian la significativa contribución de los trastornos mentales a la carga global de enfermedad. Informes de la OMS y la OPS, subrayan la importancia de integrar la salud mental en todos los aspectos de la atención sanitaria y las políticas sociales. Además, un amplio número de investigaciones abordan la salud mental desde una perspectiva de salud pública, destacando su relevancia en este campo (Restrepo & Jaramillo, 2012; Pohjola et al., 2021).

La OMS, bajo el lema: “No hay salud sin salud mental”, ha destacado la salud mental como un elemento fundamental para el bienestar y el desarrollo de los individuos, las sociedades y los países. Este reconocimiento subraya su impacto a nivel individual, familiar, comunitario y social, trascendiendo las estadísticas y evidenciando un sufrimiento que va más allá de las cifras y la discapacidad en general (OMS, 2024).

A lo largo de la historia, el trabajo se ha considerado como una actividad fundamental en la vida de las personas, ya que es en él donde se dedica la mayor parte del tiempo diario. Originalmente se concebía para satisfacer las necesidades básicas de los individuos, con el tiempo se ha reconocido su papel en el fomento del desarrollo de sus capacidades. Su importancia radica en el potencial para transformar al ser humano en los ámbitos físico, psicológico y social, además en el entorno laboral, las personas tienen la oportunidad de no sólo emplear su fuerza física, sino también la de poner en juego su subjetividad, lo que incluye la ideación, la voluntad, las habilidades y destrezas, el conocimiento y las emociones (Padilla et al., 2019).

La salud mental ocupa un lugar destacado en el ámbito de la salud pública; sin embargo, esto contrasta con las divergencias e incluso contradicciones existentes entre las diversas aproximaciones conceptuales sobre lo que implica la salud mental (Restrepo & Jaramillo, 2012; Pohjola et al., 2021).

1.6.1 Bienestar psicológico en personal operativo

Las actividades del sector servicios han generado un entorno donde el trabajo para las personas es una práctica habitual. El contexto emocional resultante de la interacción entre el trabajador o prestador del servicio y el usuario se ha convertido en un factor clave para determinar el bienestar emocional de los trabajadores. Se reconoce que las emociones representan un recurso valioso que puede influir tanto positiva como negativamente en la productividad y, en consecuencia, con las ganancias obtenidas dentro de este sector (Padilla et al., 2019; Ávila-Rojas et al., 2022).

Como señalan Kahneman, Diener y Schwartz (2003), “ El descuido por parte de la psicología de los aspectos hedónicos de nuestras vidas resulta obvio al repasar el índice de cualquier manual de psicología”. Sin embargo, diversos estudios han comenzado a incorporar en la literatura académica conceptos como: el “Bienestar subjetivo” (Diener, 1984), el “Optimismo aprendido” (Seligman, 1992), la “Felicidad objetiva” (Kahneman, 2023), y el “Bienestar laboral” (Warr,

2003). La vida laboral ocupa un lugar central en el conjunto de la vida de los adultos, y es un factor clave para el desempeño de tareas específicas dentro de este ámbito. Por ello, el bienestar laboral adquiere una importancia significativa en su relación con el bienestar general y la salud mental (Rodríguez Jarabo, 2016; Pohjola et al., 2021; Maragha et al., 2024).

El control del proceso de trabajo ha sido arrebatado a los trabajadores, lo que ha llevado la absorción gradual de sus capacidades físicas y mentales dentro de los medios de producción. Como consecuencia, la pérdida de habilidades fundamentales del ser humano, como el “saber hacer” y el “saber ser”, tanto a nivel individual como colectivo, ha generado un complejo fenómeno de alineación que ha impactado significativamente su bienestar psicofísico. En la actualidad, la lógica del mercado estructura el proceso de producción capitalista, extendiéndose también al sector servicios (Padilla et al., 2019).

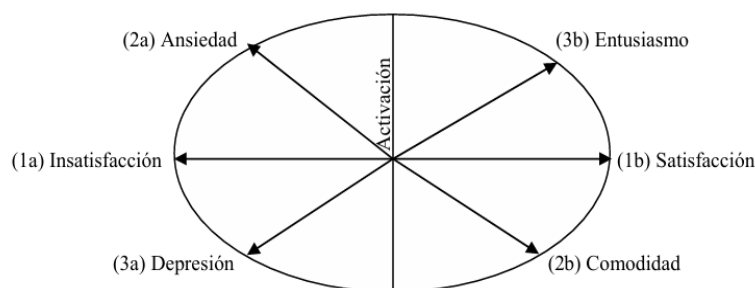
El término “ trabajo” se define como cualquier actividad orientada a obtener una remuneración; esto no implica que el trabajo no pueda ser disfrutado, aunque dicho disfrute no sea parte de su definición. Dado que el trabajo ocupa aproximadamente un tercio de la vida adulta, si no resulta satisfactorio, puede volverse profundamente insatisfactorio, penoso, aburrido o estresante, lo que genera efectos negativos a corto plazo en la salud mental de las personas. Todo lo relacionado con el trabajo remunerado tiene un impacto significativo en la salud mental (Laca et al., 2006; Maragha et al., 2024; Pohjola et al., 2021).

El trabajo emocional se ha vinculado con diversas afectaciones en la salud, incluyendo en el síndrome de Burnout, alteraciones cardiovasculares, disfunciones del sistema inmunológico y trastornos del sueño. Además, se ha relacionado con elevados niveles de ansiedad, síntomas físicos o dolencias psicosomáticas, así como con manifestaciones depresivas y de estrés. Así mismo, se ha asociado con procesos de alineación y una sensación de extrañamiento del yo, lo que implica negativamente en el bienestar emocional y psicológico del individuo (Padilla et al., 2019).

Desde la perspectiva de la psicología del bienestar, al analizar el entorno laboral, es fundamental distinguir los dos componentes principales del bienestar general del trabajador. El primero es la “satisfacción laboral”, que se refiere a los sentimientos que las personas tienen acerca de sí mismas en relación con su trabajo. El segundo es la “satisfacción con la vida”. Ambos elementos se enmarcan en el concepto más amplio de salud mental, el cual también abarca características como la competencia personal, las aspiraciones, la autonomía funcional y el funcionamiento integrado (Compton, 1996). La escala de satisfacción con la vida, por Edward Diener (1984), captura sentimientos importantes, hoy en múltiples investigaciones se han conceptualizado la “satisfacción” y la “activación” (Thayer, 1989). Cuando se piensa en la satisfacción laboral o la satisfacción con la vida, se deberían considerar tres ejes principales de medición, la primera “insatisfacción” a “satisfacción”, el marcado positivo se entiende cómo placer o felicidad.

El segundo eje marca “ansiedad” y “comodidad”, reflejando el resultado de los sentimientos de ansiedad y cómo estos combinan una baja satisfacción con una alta activación mental, y la comodidad se ilustra como satisfacción, pero una baja activación.

El tercer eje va marcando la “depresión” a el “entusiasmo”; los sentimientos de un entusiasmo y una motivación positiva se caracterizan y reflejan por una elevada satisfacción y muy elevada activación, mientras la depresión y la tristeza se asocian a una muy baja satisfacción (Figura 2).



Fuente: Kahneman, Diener y Schwartz (2003), p. 395.

Figura 2. Ejes para la medición del bienestar, Kahneman. Diener y Schwartz, 2003.

Estas dimensiones no se supone que reflejen satisfacción, ni insatisfacción, ya que es un correlato fisiológico que va acompañando a las emociones y cogniciones del sujeto. Una persona puede ser caracterizada en cada uno de los tres ejes citados (Laca et al., 2006; Restrepo & Jaramillo, 2012).

Satisfacción laboral en el personal operativo

El interés por la calidad de la atención en salud ha ganado mayor relevancia en los últimos años, incluyendo el ámbito de la odontología y la educación dental. Reconociendo que la medición es un componente esencial para mejorar la calidad, se han promovido encuentros entre las principales partes interesadas en el cuidado de la salud oral para liderar el desarrollo de indicadores y evaluar el desempeño. Es crucial analizar el rendimiento de los programas y prácticas dentales, ya que estas medidas complementan los estándares de calidad adoptados por las escuelas de odontología. Además, se utilizan para garantizar el cumplimiento de las normativas y respaldar los procesos de acreditación de la calidad de los servicios ofrecidos (Moncada et al., 2021).

El clima y la dinámica organizacional son factores y elementos clave que influyen en las percepciones que los empleados tienen sobre las estructuras y procesos dentro de su entorno laboral. El comportamiento y desempeño de un trabajador no se determinan únicamente por sus características personales o habilidades, sino también por la manera en que percibe el clima laboral y los elementos de la organización. Por otro lado, la satisfacción laboral se relaciona con los sentimientos hacia la organización, reflejándose en el orgullo de pertenecer a ella y en la identificación con sus objetivos, visiones y metas (Chiñas, 2015). En las organizaciones de salud, resulta fundamental integrar acciones que promuevan la calidad en la atención y consoliden la práctica interprofesional como un modelo organizativo en la atención primaria. Este enfoque busca responder de manera efectiva a las diversas necesidades de la población en diferentes niveles de demanda (Vega et al., 2025).

La OPS, define el desarrollo organizacional como un conjunto de acciones orientadas a implementar un cambio planificado y fundamentado en valores humanistas. Su propósito es mejorar tanto la eficacia de la organización como el bienestar de los empleados (OPS, 2019). La falta de calidad en los servicios de salud se refleja en diversas formas: ineficacia e ineficiencia en los servicios, acceso limitado a la atención, aumento de costos, quejas médicas, insatisfacción tanto de los usuarios como de los profesionales de la salud, y una disminución de la credibilidad de los servicios por parte de los usuarios (SSA, 2023).

1.7 Estudios relacionados

Se publicó un estudio en 2025 en BMC Health Services Research que examinó los factores que influyen en la utilización de servicios odontológicos en la población india, aplicando el modelo conductual de Andersen. Incluyó 15 estudios realizados en diferentes regiones del país. Los resultados identificaron factores predisponentes como edad, género, nivel socioeconómico, miedo y experiencias previas negativas; factores facilitadores como ingresos, cobertura de seguro y disponibilidad de establecimientos; y factores de necesidad como la percepción del estado de salud bucal y la presencia de síntomas. Además, se señalaron factores contextuales como barreras geográficas, limitaciones de infraestructura y creencias culturales erróneas. Los autores concluyen que existen desigualdades significativas en la utilización de servicios dentales y que es necesario implementar estrategias estructurales y conductuales para mejorar el acceso equitativo a la atención odontológica.

Un estudio realizado en las Clínicas Estomatológicas de Docencia y Servicio (CEDS) de la Facultad de Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), México. Estas clínicas brindan atención odontológica a la población en general y funcionan como espacios de formación profesional para los estudiantes de la licenciatura en estomatología. El objetivo del estudio fue comparar la percepción de la calidad funcional de los pacientes que acuden a los servicios en las clínicas estomatológicas de docencia y servicio,

utilizando las metodologías de Avedis Donabedian y SERVPERF. El diseño del estudio fue descriptivo, transversal, observacional y prolectivo. La población de estudio consistió en N= 400 pacientes que acudieron a las clínicas de docencia y servicio de la BUAP. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado, se diseñó y aplicó un instrumento denominado PEARCEL, el cual se estructuró en tres partes: datos generales, metodología de evaluación de Donabedian y metodología SERVPERF (Service Performance, modelo de evaluación de la calidad del servicio). Los principales resultados mostraron que el porcentaje de percepción de la calidad con el instrumento Donabedian fue de 8.14%, mientras que la metodología SERVPERF fue de 8.51%, mostrando una diferencia no significativa entre ambas evaluaciones. Se encontró que los pacientes sin relación previa con los estudiantes que brindaron la atención calificaron mejor el servicio en comparación con aquellos que tenían algún tipo de vínculo con ellos. Además, el estudio destacó que las clínicas universitarias contribuyen al acceso a la atención odontológica para personas sin seguridad social, eliminando barreras económicas y favoreciendo la cultura de prevención en salud bucal. Las conclusiones del estudio indican que ambas metodologías pueden utilizarse para evaluar la calidad de los servicios de salud, incluyendo los estomatológicos. Sin embargo, la metodología de Donabedian proporciona una evaluación más detallada en cuanto a las dimensiones técnica, interpersonal y amenidades, mientras que SERVPERF enfatiza la percepción del usuario en cinco dimensiones: friabilidad, capacidad de respuesta seguridad, empatía y aspectos tangibles.

El estudio realizado en el hospital regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, Perú en 2021 tuvo un diseño básico y no experimental, descriptivo, prospectivo, transversal y observacional. La población del estudio estuvo compuesta por N=105 usuarios mayores de 25 años que acudieron al servicio odontológico del hospital durante el periodo de junio a septiembre del 2021, utilizando un muestreo probabilístico aleatorio simple. El objetivo principal fue determinar el grado de satisfacción respecto a la calidad de atención odontológica brindada a los usuarios. Los principales resultados indicaron que el

83.8% de los usuarios percibió una calidad de atención regular, el 13.3% consideró la tensión como buena y el 2.9% como mala. En cuanto a la satisfacción, el 59.0% de los usuarios se encontraron regularmente satisfechos, el 32.4% satisfechos y el 8.6% insatisfechos. Al analizar las dimensiones de calidad de atención, el 70.5% percibió una calidad regular en la dimensión de "respeto al usuario", el 77.3% en "oportunidad", el 88.6% en "competencia profesional", el 77.3% en "información completa" y el 87.5% en "seguridad". Se observó que existe una relación significativa ($p=0.005$) entre la satisfacción de los usuarios y la calidad de la atención odontológica que recibieron. Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre la calidad de la atención y el género ($p=0.702$) o la edad de los usuarios ($p=0.174$). Se concluye que existe una relación significativa entre el grado de satisfacción y la calidad de atención odontológica brindada a los usuarios del hospital, lo que sugiere que la percepción de la calidad influye directamente en la satisfacción de los pacientes respecto a la atención recibida.

Se publicó un estudio se realizó en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina, específicamente en el servicio de práctica profesional supervisada (PPS). Este programa brinda atención odontológica a la comunidad, permitiendo a los estudiantes en la etapa final de su formación aplicar sus conocimientos bajo supervisión. El objetivo del estudio fue valorar el nivel de satisfacción de los pacientes que acuden a la PPS, considerando la atención brindada por los estudiantes en relación con sus necesidades y expectativas de la salud bucal. El diseño del estudio fue descriptivo, transversal y observacional. La población de estudio conformada por $N= 204$ pacientes que acudieron a la PPS en dos lugares de atención dentro de la facultad: las salas clínicas aulas k y la sala clínica de la Cátedra de Práctica Profesional. Se aplicó un cuestionario auto-administrado y anónimo, basado en tres modelos de evaluación de la calidad de servicios de salud: Modelo Sistémico de Donabedian (estructura, proceso y resultados), Modelo Dropi (tipo de demanda), Modelo SERVQUAL (elementos tangibles, eficacia de la atención, capacidad de respuesta, empatía y seguridad). Los resultados mostraron que la

satisfacción general de los pacientes fue alta, con una media de 86% según el modelo SERVQUAL. Sin embargo, el modelo de Donabedian reveló algunas deficiencias en las dimensiones de estructura y proceso. Los aspectos más valorados fueron la atención odontológica recibida (89.4%), destacándose el buen trato y la comunicación entre los alumnos y los pacientes. La principal fuente de insatisfacción (36%) estuvo relacionada con la falta de información de los usuarios, incluyendo la ausencia de señalización clara dentro de la facultad y la falta de información sobre el cupo de pacientes atendidos por turno. Además, el 60.8% de los pacientes consideró aceptable el tiempo de espera, aunque señalaron demoras en la búsqueda y confección de la historia clínica. Otro factor de insatisfacción fue la falta de resolución de algunos tratamientos odontológicos más complejos, ya que ciertas prácticas requerían formación de posgrado y no podían ser resueltas en el nivel de pregrado. Las conclusiones del estudio indican que, aunque la satisfacción de los pacientes en la PPS es alta, existen áreas de mejora en términos de infraestructura, organización del servicio e información de los usuarios.

Una investigación realizada en México, a partir del análisis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2020-2023, coordinada por el Instituto Nacional de Salud Pública. Esta encuesta nacional permite monitorear múltiples indicadores de salud, incluyendo el acceso, cobertura y uso de los servicios de atención médica en la población mexicana. El objetivo fue generar un conjunto de recomendaciones de salud pública, basadas en evidencia, con el fin de fortalecer el derecho a la salud mediante políticas que garanticen el acceso equitativo y sostenible a los servicios de salud para toda la población. El diseño corresponde a un análisis poblacional transversal, sustentado en los datos obtenidos por la ENSANUT, que incluyen información sobre utilización de servicios de salud, acceso a efectivo, barreras económicas, y características sociodemográficas asociadas. No se trató de un estudio experimental, sino de una evaluación a gran escala con enfoque de política pública. Entre los principales resultados, se identificó que México enfrenta un sistema de salud fragmentado, con marcadas inequidades en el acceso y uso de

los servicios, especialmente para poblaciones sin seguridad social o en condición de vulnerabilidad. Se proyecta que, de no aplicarse reformas, el sistema será insostenible frente al aumento de enfermedades crónicas y el envejecimiento poblacional. La ENSANUT documenta diferencias en la cobertura y atención recibida según nivel socioeconómico, edad y lugar de residencia. Las conclusiones destacan la necesidad urgente de transitar hacia un sistema nacional de salud integrado, universal y gratuito, pasado en la atención primaria como eje de acceso. Se propone eliminar barreras financieras, reducir desigualdades en la utilización de servicios y promover un modelo que garantice la equidad y calidad para toda la población. El enfoque debe centrarse en las personas y comunidades, fortaleciendo la participación y el ejercicio pleno del derecho a la salud.

En Arabia Saudita se realizó un estudio, utilizando datos nacionales del 2019 Kingdom Of Saudi Arabia World Health Survey, realizado por el Ministerio de Salud. Estudio es representativo a nivel nacional e incluyó información sobre salud, utilización de servicios y factores socioeconómicos. El objetivo del estudio fue evaluar las desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios dentales en adultos de Arabia Saudita, e identificar los factores predictores del acceso a la atención odontológica para mejorar la planificación de servicios de salud. El diseño del estudio fue transversal y consistió en un análisis secundario de datos obtenidos a través de encuestas administradas en entrevistas domiciliarias. La población de estudio incluyó a N=8535 adultos mayores de 18 años, con una tasa de respuesta del 95.4%. Se utilizó un muestreo por conglomerados estratificado en tres etapas, seleccionando aleatoriamente áreas censales, hogares y adultos dentro de cada hogar. La variable de estudio fue la utilización de servicios dentales en el último año, medida a través de la asistencia reportada a consulta odontológica. Los resultados indicaron que sólo el 20% de los adultos habían visitado al dentista en el último año (IC 95%: 18-21%). Se identificaron desigualdades significativas en el uso de los servicios dentales. Los factores que predijeron una mayor utilización fueron ingresos altos por hogar (OR 1.43, p=0.043), pertenencia a una clase media en el índice de riqueza del hogar

(OR 52.09, $p=0.001$), y acceso a servicios oncológicos gratuitos gubernamentales (OR 2.05, $P=0.004$). Sin embargo, el principal factor asociado al uso del servicio fue la necesidad percibida de tratamiento dental (OR 52.09, $P=0.001$), lo que sugiere que la asistencia a consulta oncológica es predominantemente sintomática y no preventiva. Las conclusiones del estudio confirman que existen desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios dentales en Arabia Saudita, a pesar de la disponibilidad atención odontológica gratuita para los ciudadanos. Los adultos con mayores ingresos y acceso a servicios gubernamentales gratuitos tienen más probabilidades de utilizar atención odontológica, mientras que aquellos con menor nivel socioeconómico o sin seguro de salud, enfrentan barreras para acceder a estos servicios.

Una investigación realizada en cuatro municipios del área metropolitana de Tokio, Japón que se llevó a cabo como parte de él Japanese Study of Stratification. Health, Income, and Neighborhood (J-SHINE), investigación interdisciplinaria sobre los determinantes sociales de la salud. El objetivo del estudio fue analizar la asociación entre la alfabetización en salud y la utilización de servicios dentales en Japón, evaluándose que un mayor nivel de alfabetización en salud se relaciona con una mayor frecuencia de uso de la atención preventiva y una mejor salud oral. El diseño del estudio fue transversal y observacional, basado en una encuesta poblacional aplicada entre 2010 y 2011. La población de estudio estuvo compuesta por $N=3767$ adultos de entre 25 y 50 años, seleccionados mediante un muestreo probabilístico del registro residencial. Se utilizó un cuestionario auto-administrado para evaluar la alfabetización en salud y la frecuencia de utilización de los servicios dentales, diferenciando entre atención curativa y preventiva. Sus resultados indicaron que el 40.2% de los participantes había utilizado el servicio dental curativo en el último año, mientras que sólo el 28.8% había acudido a atención odontológica preventiva. Se encontró que la alfabetización en salud no estaba asociada con la atención curativa, pero sí con el uso de servicios preventivos y con una mejor autopercepción de salud oral. Los participantes con mayor nivel de alfabetización

en salud tenían un 17% más de probabilidad de utilizar servicios dentales preventivos y un 9% más de probabilidad de reportar buena salud oral, en comparación con aquellos con menor alfabetización en salud. Las conclusiones del estudio sugieren que mejorar alfabetización en salud podría promover la utilización de servicios dentales preventivos y mejorar la salud bucal en la población japonesa.

Estudio realizado en Ica, Perú, fue conducido por investigadores de la Universidad Autónoma de Ica y la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Se enfocó en odontólogos en ejercicio profesional dentro de esa región. El objetivo del estudio fue evaluar las propiedades psicométricas y la estructura interna del cuestionario de salud general GHQ-12 en una muestra de odontólogos peruanos, para determinar su validez y fiabilidad como instrumento de medición de salud mental en este grupo profesional. El diseño fue un estudio instrumental, centrado en la validación de un instrumento. La población de estudio incluyó N=260 odontólogos, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por disposición, con criterios mínimos de tamaño muestral para análisis factorial. Se utilizaron cuestionarios auto aplicados a través de una encuesta en línea. Entre los principales resultados, el cuestionario mostró alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.88), con valores adecuados en sus dos dimensiones: disforia general ($\alpha=0.85$) y disfunción social ($\alpha=0.77$). El análisis factorial confirmatorio (AFC) demostró que el modelo de dos factores propuesto por la literatura presenta un mejor ajuste a los datos que el modelo unidimensional original, con índices aceptables de bondad de ajuste. Se concluyó que los ítems del GHQ-12, en su versión de dos factores, es un instrumento válido y fiable para la evaluación del estado de salud mental en odontólogos peruanos.

El estudio se realizó en consultorios del primer nivel de atención en salud de la ciudad de Córdoba, Argentina, distribuidos en las 12 zonas que conforman los centros de participación comunal del municipio. El objetivo del estudio fue evaluar las propiedades psicométricas y la fiabilidad del cuestionario general de salud GHQ-12 en adultos que consultan en centros de atención primaria de salud,

con el fin de validar su uso como herramienta de tamizaje en la población local. El diseño fue transversal, se aplicó una muestra probabilística, estratificada. la población de estudio incluyó N=854 consultantes adultos entre 19 y 69 años, seleccionados aleatoriamente en centros de salud. Se utilizó la versión en español del GHQ-12, adaptadas semánticamente al contexto local, y se analizaron su consistencia interna, validez de constructo y estructura factorial. Los resultados presentaron una buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,80), y el análisis factorial exploratorio sugirió una estructura bifactorial, explica que el 44.45% de la varianza total. Se observó una prevalencia del 26.82% de psicopatologías subumbral o presunta en la población analizada, con mayor frecuencia en mujeres y personas solteras. El estudio mostró diferencias de puntuación según sexo y estado civil pero no en función de la edad. Las conclusiones del estudio indican que el GHQ-12 es un instrumento válido y fiable para detectar sintomatología psicológica en el primer nivel de tensión de Córdoba.

Un estudio realizado en Canadá localizó a dentistas de distintas provincias. Fue llevado a cabo por investigadores de la University Of British Columbia, University Of Ottawa y University Of Western Ontario. El objetivo del estudio fue identificar los desafíos de salud mental que enfrentaban los dentistas en Canadá, analizar los factores que influyen en su bienestar y describir estrategias de apoyo y prácticas prometedoras para mejorar su calidad de vida. El diseño del estudio fue de métodos mixtos, con un enfoque de estudio de caso. Se recopilaron datos a través de entrevistas semiestructuradas cualitativas para obtener información. La población de estudio incluyó 36 entrevistas con dentistas públicos y 17 entrevistas con representantes de asociaciones dentales, N=397 dentistas particulares que participaron en la encuesta. Los resultados revelaron que el 44% de los dentistas reportaron problemas de salud mental, incluyendo estrés, ansiedad, depresión, burnout y trastorno del estrés postraumático. Se identificaron varios factores que contribuyen al deterioro del bienestar psicológico de los dentistas, entre ellos: sobrecarga laboral, falta de autonomía en el ejercicio profesional, conflictos con gerentes o dueños de consultorios, aislamiento laboral,

dificultades en la atención de pacientes y presión por mantener la rentabilidad del negocio. Las conclusiones del estudio destacan que los problemas de salud mental en los dentistas afectan su trayectoria profesional y productividad. Se sugiere implementar estrategias específicas según el género, mejorar la educación sobre la salud mental en las facultades de odontología y ampliar los recursos de apoyo para los profesionales. Además, se enfatiza en la importancia de que las instituciones reconozcan las condiciones laborales que puedan afectar el bienestar de los dentistas y tomen medidas para prevenir el abandono de la profesión y mejorar la calidad de atención en los pacientes.

Un estudio realizado en el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Milpa Alta del Instituto Politécnico Nacional, en Ciudad de México, con estudiantes de la Licenciatura en Odontología. El objetivo fue determinar el nivel de estrés académico y sus fuentes en estudiantes de odontología, así como identificar su asociación con el apoyo social, el pensamiento positivo y el bienestar psicológico, y evaluar si estas variables pueden predecir el nivel de estrés académico. El diseño fue un estudio descriptivo, transversal y correlacionar. La población de estudio estuvo compuesta por N=146 estudiantes de odontología (71.2% mujeres), reclutados por muestreo no probabilístico entre mayo y junio de 2019. Se aplicó una batería en línea que incluyó el Cuestionario de Estrés Académico en la Universidad (CEAU), la Escala de Positividad, la Escala de Apoyo Social Percibido (AFA-R) y la Escala de Bienestar Psicológicos para Adultos (BIEPS-A). Entre los principales resultados, se encontró que el nivel de estrés académico fue moderado, y mayor en mujeres. Las mujeres también mostraron menor bienestar psicológico, especialmente en autonomía y vínculos. El estrés académico se asoció negativamente con el bienestar psicológico ($r = -0.41$) y con el apoyo social ($r = -0.29$), pero solo en mujeres. El bienestar psicológico ($B = -0.27$) y el sexo femenino ($B = -0.26$) fueron predictores significativos del nivel de estrés académico. Las principales fuentes de estrés fueron el desempeño académico y las expectativas sobre el futuro profesional. Las conclusiones indican que existe una asociación significativa entre el estrés académico y el bienestar psicológico, especialmente en mujeres. Recomienda

implementar estrategias de intervención basadas en el fortalecimiento del bienestar psicológico, como medida para promover la salud mental de los estudiantes de odontología y mejorar su calidad de vida y desempeño académico.

Con base en los estudios revisados, se plantea que existe una relación entre la calidad de la atención odontológica, la utilización de los servicios dentales y el bienestar psicológico de los profesionales y estudiantes del área de la salud. La evidencia sugiere que la percepción de calidad influye en la satisfacción y en la decisión de uso de los servicios, mientras que el estado de salud general y el bienestar psicológico pueden incidir en el desempeño profesional y, en consecuencia, en la experiencia del paciente. Asimismo, la validez y confiabilidad demostrada de los instrumentos GHQ-12 y BIEPS-A respaldan su aplicación para evaluar estas variables en la población de estudio.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de la atención odontológica es un componente crucial en la provisión de servicios de salud, particularmente en contextos donde la equidad y el acceso son desafíos significativos y persistentes. La salud bucal continúa siendo un problema de salud pública de gran magnitud (Ponce, 2024). A nivel mundial, las enfermedades bucodentales se encuentran entre las afecciones crónicas más prevalentes, afectando a miles de millones de personas (OMS, 2022): En México, más del 90% de la población presenta caries dental en algún momento de su vida, lo que evidencia la extensión del problema y su impacto en la población. La atención dental en México no se promueve de manera radical por prevención, es común que al acudir o recibir una consulta, el paciente presente dolor, irritabilidad o estrés, mostrando un temor implícito en el sillón dental y limitando la atención. Estudios previos han demostrado que la percepción del paciente sobre la calidad de la atención odontológica se encuentra estrechamente relacionada con su adherencia a los tratamientos y con la utilización continua de los servicios de salud bucal.

Entre 2018 y 2021, el porcentaje de personas que utilizaron los servicios de salud, resolvieron su problema más reciente a través del sector público y varió entre el 41% y el 34%, reflejando los retos persistentes en el acceso equitativo a la atención dental (Bautista, 2022).

Por otra parte, las condiciones de trabajo, el estrés laboral y la sobrecarga de trabajo pueden afectar tanto la calidad del servicio prestado, como el bienestar psicológico y la salud mental del personal operativo, es fundamental para asegurar una atención de calidad, ya que un entorno laboral saludable y motivador se traduce en mejores interacciones con los pacientes y en un menor riesgo de errores clínicos. Por tanto, el bienestar psicológico del personal no solo constituye un asunto individual, sino también un componente estructural que influye directamente en la calidad de la atención prestada.

La evaluación continua de la calidad de la atención odontológica se ha identificado como una estrategia clave para mejorar los resultados en salud y aumentar la satisfacción de los pacientes.

Desde esta perspectiva, se establece la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la calidad de la atención odontológica, la utilización de servicios y el bienestar psicológico del personal operativo en el Centro Universitario de Salud (CUS)?

3.JUSTIFICACIÓN

La calidad de la atención en los módulos dentales es esencial no sólo para garantizar la salud bucal de la población, la satisfacción del paciente y del personal relacionado, sino también para prevenir problemas a largo plazo como enfermedades dentales crónicas. Los módulos dentales del CUS deben contar con una atención de excelencia que combine conocimiento técnico, trato humano y tiempos de respuesta adecuados.

Dicha calidad depende en gran medida del desempeño del personal operativo, quienes constituyen un elemento fundamental en la prestación del servicio. Su capacitación, experiencia, compromiso y condiciones laborales influyen directamente en la eficiencia del módulo dental y en la percepción de los usuarios respecto a la atención recibida.

Evaluar la calidad de la atención permitió identificar oportunidades de mejora que optimizaron el servicio brindado. A través de un análisis de la calidad de la atención, el estudio pudo proponer cambios que incrementaron la satisfacción de los usuarios y la eficiencia del servicio, esto no sólo favoreció la salud bucal de los pacientes, sino que contribuyó a un aumento en la percepción positiva de los servicios ofrecidos, lo que pudo resultar en una mayor demanda preventiva de dichos servicios.

En este capítulo se presentó el contexto general de la investigación, destacando la importancia de la calidad de la atención, la utilización de los servicios dentales y el bienestar del personal operativo en el Centro Universitario de Salud.

CAPÍTULO 2

HIPÓTESIS

En los módulos odontológicos del Centro Universitario de Salud (CUS):

H1 El 50% o más de los usuarios percibe una calidad de la atención aceptable.

H2 En el 40 % o más de los usuarios la principal barrera de acceso para utilizar el servicio es la económica.

H3 El 60% o más del personal operativo presenta una buena percepción de salud.

H4 El 40% o más del personal operativo reporta un alto nivel de bienestar psicológico.

H5 Existe relación entre un alto nivel de bienestar psicológico y una buena percepción de salud del personal operativo.

H6 Existe relación entre barreras de acceso al servicio dental y calidad de la atención percibida por usuarios de los módulos dentales del Centro Universitario de Salud.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Analizar la calidad de la atención, utilización de servicios dentales, salud y bienestar psicológico del personal operativo del Centro Universitario de Salud (CUS).

3.2 Objetivos específicos

1. Determinar la percepción de calidad de la atención de los usuarios en los módulos dentales del CUS a través de los componentes de estructura, proceso y resultado.
2. Caracterizar la utilización de servicios por la población en los módulos dentales del CUS.
3. Establecer la salud general del personal operativo de los módulos dentales del CUS mediante el Cuestionario de Salud General GHQ-12.
4. Determinar el nivel de bienestar psicológico del personal operativo mediante la Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A).
5. Establecer la asociación entre percepción de salud y el bienestar psicológico del personal operativo de los módulos dentales del CUS
6. Analizar la asociación entre barreras de acceso al servicio dental y calidad de la atención percibida por los usuarios de los módulos dentales del CUS.

CAPÍTULO 4

MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño del estudio: Estudio transversal.

4.2 Universo de estudio: Población usuaria y personal operativo de las clínicas dentales del Centro Universitario de Salud (CUS).

4.3 Población de estudio:

- Pacientes que acuden a la clínica dental para recibir atención odontológica.
- Personal operativo de la clínica dental

4.4 Criterios de selección:

4.4.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años que hayan recibido atención odontológica en la clínica dental.
- Personal operativo de los módulos dentales con antigüedad mínima de seis meses en la clínica.
- Participantes que acepten formar parte del estudio mediante la firma del consentimiento informado.

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con alguna condición médica o discapacidad cognitiva que les impida responder de manera autónoma al cuestionario.
- Pacientes que no sepan leer y escribir.
- Personal operativo con licencia médica, en periodo de baja laboral, que puedan afectar su disposición para responder de manera objetiva.

4.4.3 Criterios de eliminación:

- Pacientes que, tras haber aceptado, deciden retirarse del estudio.
- Encuestas incompletas o con datos inconsistentes.

4.5 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se utilizó la fórmula para establecer una proporción en una población infinita mediante el paquete estadístico de EPIDAT 3.1:

$$n = \frac{Z^2(PQ)}{d^2}$$
$$n = \frac{1.96 (.40 \times 0.60)}{0.05 \times 0.05} = 368.79 \text{ (369 participantes)}$$

N= tamaño de muestra

Z= nivel de significancia (1.96) nivel de confianza 95%

P= proporción esperada (0.4)

Q= complemento de p ($1 - 0.4 = 0.6$)

d= margen de error (0.05)

n= 369 tamaño mínimo de muestra de población usuaria de los módulos dentales del CUS

En relación con el personal operativo se consideró un censo del personal operativo (N=99); sin embargo, la participación se limitó a personal disponible durante el periodo de la aplicación del instrumento.

4.6 TÉCNICA MUESTRAL

Muestreo no probabilístico, por conveniencia.

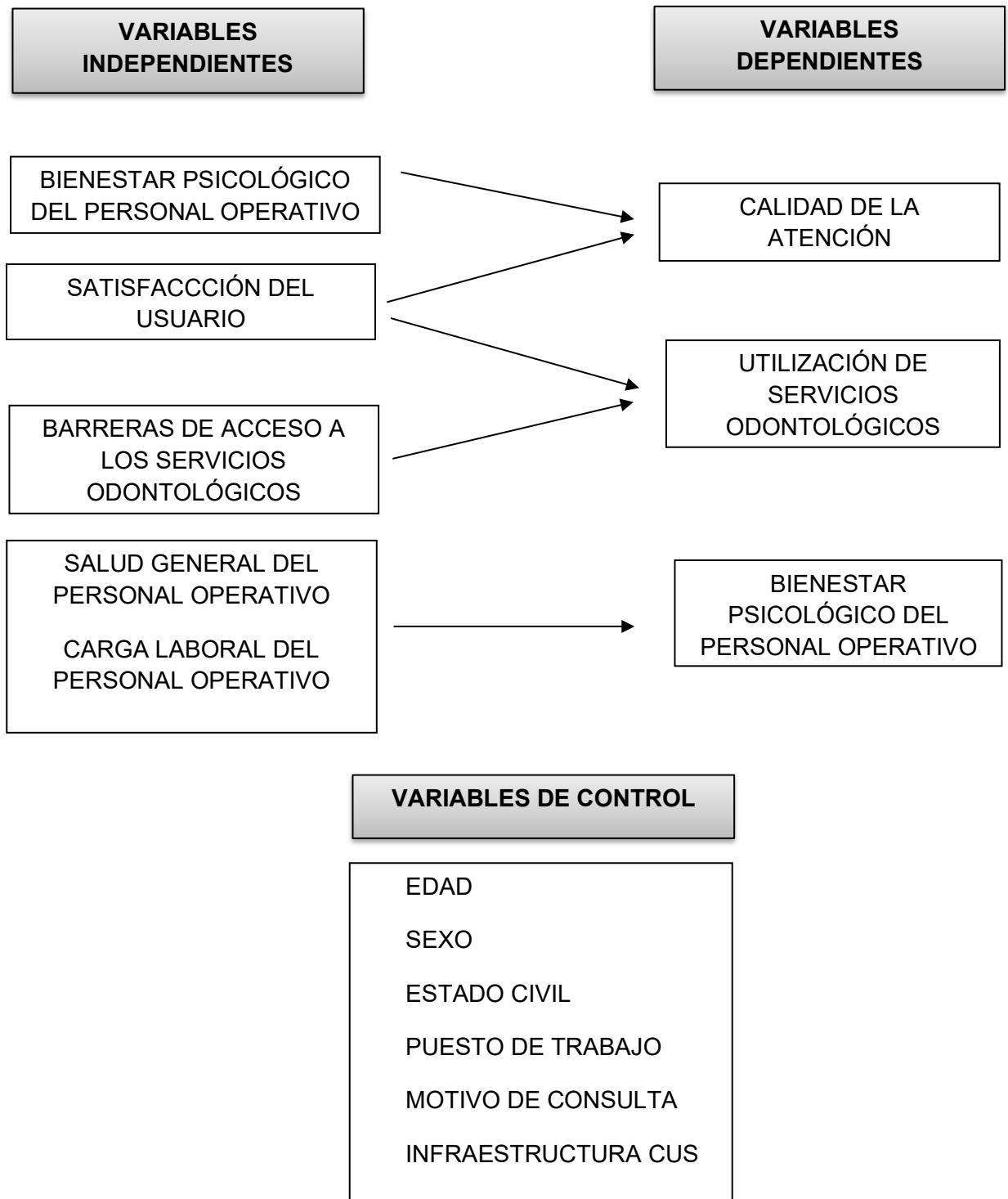
Se seleccionaron todas las personas usuarias mayores de edad que acudieron a los módulos dentales, que cumplieron los criterios de selección al momento de la recolección de datos, y se consideró el censo del personal operativo que laboraba en los módulos dentales.

Limitaciones del muestreo: el empleo de un muestreo no probabilístico por conveniencia de la población usuaria puede limitar la validez externa de los resultados debido a la posibilidad de sesgo de selección. En consecuencia, los hallazgos son representativos únicamente de la población estudiada y su

extrapolación a otras instituciones o contextos similares debe realizarse con cautela. En el caso del personal operativo, al realizarse un censo, los resultados representan a la totalidad de la población disponible durante el periodo de estudio.

4.7 VARIABLES

Figura 3. Mapa de variables.



Fuente: Elaboración propia.

4.7.1 Cuadro de operacionalización de variables

Tabla 4. Cuadro de operacionalización de variables.

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Calidad de la Atención	Dependiente	Percepción de los usuarios sobre la calidad de atención odontológica recibida.	Medido a través de un cuestionario estructurado con base en el modelo de Donabedian, compuesto por 26 ítems distribuidos en cinco subdimensiones: Estructura (5 ítems), Proceso técnico (5 ítems), Proceso interpersonal (5 ítems), Resultados (5 ítems) y Amenidades (6 ítems). Se utiliza una escala tipo Likert de 5 puntos: 1=Muy en desacuerdo a 5=Muy de acuerdo. El puntaje total varía de 26 a 130 puntos, clasificándose como: calidad deficiente (26–60), aceptable (61–100) y óptima (101–130). Cada subdimensión cuenta con puntos de corte específicos. Se incluye una pregunta adicional sobre satisfacción general, con escala de 1 a 5 y clasificación: baja (1.0–2.9), media (3.0–3.9) y alta (4.0–5.0).	Ordinal	Encuesta de Satisfacción
Utilización de Servicios Dentales	Dependiente	Frecuencia y razones por las cuales los usuarios acuden a los servicios dentales.	Evaluable mediante preguntas sobre número de visitas en los últimos 6 meses y motivo principal (prevención, urgencia, tratamiento, estética). Se analizan frecuencias absolutas y porcentajes.	Numérica/ Categórica	Encuesta
Salud General del Personal	Independiente	Estado de salud mental en relación con síntomas de ansiedad, depresión y estrés en el	Evaluable mediante el GHQ-12, con 12 ítems codificados 0-0-1-1. Puntaje total: 0 a 12. Una puntuación de 3 o más indica mala percepción de salud. Clasificación:	Ordinal	Cuestionario GHQ-12

		personal operativo.	Buena salud (0–2), Mala salud (≥ 3).		
Bienestar Psicológico del Personal	Independiente	Percepción del bienestar psicológico basada en factores como autoestima, control de la vida y satisfacción.	Medido con el cuestionario BIEPS-A (13 ítems), que evalúa autoaceptación, relaciones positivas, autonomía y proyectos de vida. Escala tipo Likert de 3 puntos (0 a 2). Puntaje total de 0 a 26. Clasificación: bajo (0–12), medio (13–19), alto (20–26).	Ordinal	Cuestionario BIEPS-A
Satisfacción con la Atención Dental	Dependiente	Grado de satisfacción del usuario respecto a diversos aspectos de la atención odontológica.	Evaluable mediante escala tipo Likert de 5 puntos: Muy insatisfecho (1) a Muy satisfecho (5). Puntaje promedio clasificado como: Alta satisfacción (4.0–5.0), Media (3.0–3.9), Baja (1.0–2.9).	Ordinal	Encuesta de Satisfacción
Carga Laboral del Personal	Independiente	Cantidad de pacientes atendidos, horas trabajadas y demanda percibida por el personal operativo.	Evaluable mediante indicador de carga con escala Likert de 3 puntos: 1 = Carga baja, 2 = Carga media, 3 = Carga alta.	Ordinal	Encuesta al personal
Carga laboral del odontólogo	Independiente	Volumen de pacientes y procedimientos clínicos realizados por el odontólogo.	Indicador: Índice de Consultas por Dentista (ICD). Escala Likert de 3 puntos: baja, media, alta.	Ordinal	Encuesta al personal
Carga laboral del auxiliar dental	Independiente	Actividades clínicas y de apoyo realizadas por el auxiliar en la consulta odontológica.	Indicador: Relación de Procedimientos por Auxiliar (RPA). Escala Likert de 3 puntos: baja, media, alta.	Ordinal	Encuesta al personal
Carga laboral del pasante en servicio social	Independiente	Carga de actividades clínicas, preventivas y administrativas asumidas por el pasante.	Indicador: Consultas Atendidas por Pasante (CAP). Escala Likert de 3 puntos: baja, media, alta.	Ordinal	Encuesta al personal
Carga laboral del personal	Independiente	Volumen de tareas administrativas	Indicador: Índice de Atención Administrativa	Ordinal	Encuesta al personal

administrativo		realizadas en la recepción, archivo, citas y logística.	(IAA). Escala Likert de 3 puntos: baja, media, alta.		
Barreras de acceso al servicio dental	Independiente	Facilidad con la que los usuarios acceden al servicio dental en función de diversos factores.	Medido con cuestionario estructurado en cuatro dimensiones: geográficas, económicas, organizacionales y psicológicas. Escala tipo Likert de 5 puntos (1 = Nunca a 5 = Siempre). Clasificación por dimensión: Barrera baja (1.0–2.4), media (2.5–3.9), alta (4.0–5.0).	Ordinal	Encuesta
Motivo de Consulta Dental	Independiente	Razón principal por la cual el usuario acude al servicio dental.	Evaluado mediante pregunta de opción múltiple con las siguientes categorías: 1 = Prevención, 2 = Urgencia, 3 = Tratamiento, 4 = Estética.	Categórica	Encuesta
Edad	Independiente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento actual.	Número de años cumplidos al momento de contestar el cuestionario.	Cuantitativa discreta	Encuesta
Sexo	Independiente	Condición biológica que distingue a los seres humanos en masculino o femenino.	Clasificación en: Masculino, Femenino, Prefiero no responder.	Nominal	Encuesta
Estado Civil	Independiente	Estado de la relación personal de un individuo en términos de vínculos legales o consensuales.	Clasificación en: Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Unión libre.	Categórica	Encuesta
Puesto	Independiente	Ocupación dentro del centro universitario de salud.	Clasificación en: Administrativo, Asistente dental, Pasante de servicio social, Odontólogo docente.	Categórica	Encuesta
Nivel Educativo	Confusora	Grado de estudios alcanzado por el usuario.	Último grado de estudios completado: Primaria, Secundaria, Preparatoria, Universidad, Posgrado.	Ordinal	Encuesta

Infraestructura del Centro de Salud	Interviniente	Condiciones físicas y de equipamiento del centro de salud que pueden influir en la calidad del servicio.	Evaluación mediante lista de verificación sobre condiciones estructurales y de equipamiento, clasificadas como: Inadecuado, Regular, Adecuado.	Ordinal	Lista de verificación
-------------------------------------	---------------	--	--	---------	-----------------------

Fuente: Elaboración propia.

Fórmulas de indicadores de carga de trabajo según el tipo de personal:

1. Indicador de carga de trabajo odontólogo

Nombre del indicador: Índice de Consultas por Dentista (ICD)

Fórmula:

$$ICD = \frac{\text{Número total de consultas odontológicas en un período de tiempo}}{\text{Número de dentistas en el mismo período}}$$

Interpretación:

- Un ICD alto indica una elevada carga de trabajo, lo que puede impactar la calidad de la atención.
- Un ICD bajo puede reflejar una baja demanda o una subutilización del recurso humano.

2. Indicador de carga de trabajo del auxiliar dental

Nombre del indicador: Relación de Procedimientos por Auxiliar (RPA)

$$RPA = \frac{\text{Número total de procedimientos asistidos}}{\text{Número de auxiliares dentales}}$$

Interpretación:

- Un RPA alto puede indicar sobrecarga laboral y riesgo de disminución en la eficiencia.
- Un RPA bajo sugiere subutilización de la auxiliar o exceso de personal.

3. Indicador de carga de trabajo del pasante en servicio social

Nombre del indicador: Consultas Atendidas por Pasante (CAP)

$$\text{Fórmula: } CAP = \frac{\text{Número de consultas atendidas por pasantes}}{\text{Total de pasantes en servicio social}}$$

Interpretación:

- Un CAP elevado indica que los pasantes están cubriendo una alta demanda, lo que puede impactar su proceso formativo.
- Un CAP bajo podría sugerir una ineficiente asignación de actividades.

4. Indicador de carga de trabajo de personal administrativo

Nombre del indicador: Índice de Atención Administrativa (IAA)

$$\text{Fórmula: } IAA = \frac{\text{Número de pacientes registrados y atendidos en ventanilla}}{\text{Número de personal administrativo}}$$

Interpretación:

- Un IAA alto indica un alto volumen de trabajo, lo que puede generar retrasos en la atención.
- Un IAA bajo puede reflejar ineficiencia en los procesos administrativos o exceso de personal.

4.8 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

En el Anexo A se presenta el cuestionario de Calidad de la atención odontológica, en el Anexo B el Cuestionario de Salud General (GHQ-12), en el Anexo C el Cuestionario de Bienestar Psicológico Subjetivo en Adultos (BIEPS-A). Los instrumentos fueron autoaplicados de manera estructurada.

Las escalas utilizadas en este estudio fueron: el Cuestionario de Calidad de la Atención Odontológica basado en el modelo de Donabedian, el Cuestionario de Salud General GHQ-12 y el Cuestionario de Bienestar Psicológico Subjetivo en Adultos BIEPS-A.

El Cuestionario de Calidad de la Atención Odontológica, diseñado con base en el modelo de Donabedian, evalúa la calidad del servicio a partir de los componentes de estructura, proceso y resultados. Está conformado por 26 ítems distribuidos en cinco subdimensiones: Estructura (5 ítems), Proceso técnico (5 ítems), Proceso interpersonal (5 ítems), Resultados (5 ítems) y Amenidades (6 ítems). Se utilizó una escala tipo Likert de cinco puntos (1 = Muy en desacuerdo a 5 = Muy de acuerdo). El puntaje total oscila entre 26 y 130 puntos, clasificándose como calidad deficiente (26–60), aceptable (61–100) y óptima (101–130). Este instrumento mostró una excelente consistencia interna en la muestra estudiada, con un Alpha de Cronbach de .936 (Tabla 5), lo que evidencia una alta fiabilidad para medir la percepción de los usuarios sobre la calidad del servicio recibido.

El Cuestionario de Salud General GHQ-12, desarrollado por Goldberg y Williams, evalúa el estado de salud mental percibido en relación con síntomas de ansiedad, depresión y estrés. Consta de 12 ítems y fue analizado en su formato dicotómico (0-0-1-1) conforme a las indicaciones metodológicas del instrumento. El puntaje total varía de 0 a 12 puntos, donde una puntuación de 3 o más indica mala percepción de salud. En la muestra estudiada, el GHQ-12 presentó una consistencia interna aceptable, con un Alpha de Cronbach de .627 (Tabla 5), valor

consistente con lo reportado en la literatura cuando el instrumento se analiza en formato dicotómico (Burrone et al., 2015).

El GHQ-12 ha sido validado en la población mexicana, mostrando propiedades psicométricas adecuadas para la detección de malestar psicológico en población adulta, lo que respalda su utilización en investigaciones realizadas en el contexto nacional (Zhong et al., 2022).

El Cuestionario BIEPS-A (Bienestar Psicológico Subjetivo en Adultos) consta de 13 ítems que evalúan dimensiones como autoaceptación, relaciones positivas, autonomía y proyectos de vida, mediante una escala tipo Likert de tres puntos (0 a 2). El puntaje total oscila entre 0 y 26 puntos, clasificándose en bienestar bajo (0–12), medio (13–19) y alto (20–26). Este instrumento mostró una buena consistencia interna en la muestra, obteniéndose un Alpha de Cronbach de .784 (Tabla 5).

El BIEPS-A también ha sido empleado y validado en población mexicana, reportando niveles adecuados de confiabilidad y validez para la evaluación del bienestar psicológico en adultos, lo que respalda su aplicación en estudios realizados en población universitaria y laboral (Alzghoul et al., 2024).

Tabla 5. Consistencia interna de los instrumentos de medición.

Escala	No. de ítems	Rango	Alpha de Cronbach
Cuestionario de Calidad de la Atención Odontológica	26	26–130	.936
Cuestionario de Salud General GHQ-12	12	0–12	.627
Cuestionario BIEPS-A	13	0–26	.784

Fuente: Elaboración propia.

4.9 PROCEDIMIENTOS

Para dar inicio al estudio, se gestionó la autorización institucional mediante la entrega de un oficio dirigido a las autoridades del Centro Universitario de Salud (CUS), en el cual se explicaron los objetivos de la investigación y se solicitó el permiso formal para la aplicación de los instrumentos dentro de las instalaciones de los módulos dentales.

Una vez obtenida la aprobación, se procedió a la recolección de datos, la cual se llevó a cabo de manera presencial en el área de sala de espera del CUS. El trabajo de campo tuvo una duración de cuatro meses, desarrollándose en el periodo comprendido del 25 de junio al 31 de octubre de 2025, con asistencia tres veces por semana, conforme a la disponibilidad de los participantes.

Inicialmente, se planteó la aplicación de los instrumentos de forma digital mediante Google Forms; sin embargo, durante el trabajo de campo se identificó como limitante la falta de acceso a internet y dispositivos móviles en una proporción importante de los pacientes, lo que podía generar sesgos de selección. En consecuencia, se optó por la aplicación de cuestionarios en formato físico impreso, con el fin de garantizar la accesibilidad, inclusión y representatividad de la muestra.

Los cuestionarios fueron autoaplicables; sin embargo, la investigadora permaneció presente durante su aplicación para resolver dudas y brindar apoyo a los participantes en caso de que así lo requirieran. Cada encuesta tuvo una duración aproximada de 5 a 10 minutos.

Se aplicó el Cuestionario de Calidad de la Atención Odontológica (Anexo A) a los usuarios que acudieron a consulta, así como el Cuestionario de Salud General GHQ-12 (Anexo B) y el Cuestionario de Bienestar Psicológico Subjetivo en Adultos BIEPS-A (Anexo C) al personal operativo de la clínica, conformado por odontólogos, pasantes de servicio social, asistentes y personal administrativo.

Se contempló una muestra de 369 pacientes y 83 integrantes del personal operativo; no obstante, se obtuvieron 374 encuestas en pacientes y 99 en personal operativo, sumando un total de 473 cuestionarios, lo que permitió alcanzar el 100% de la meta de recolección de datos.

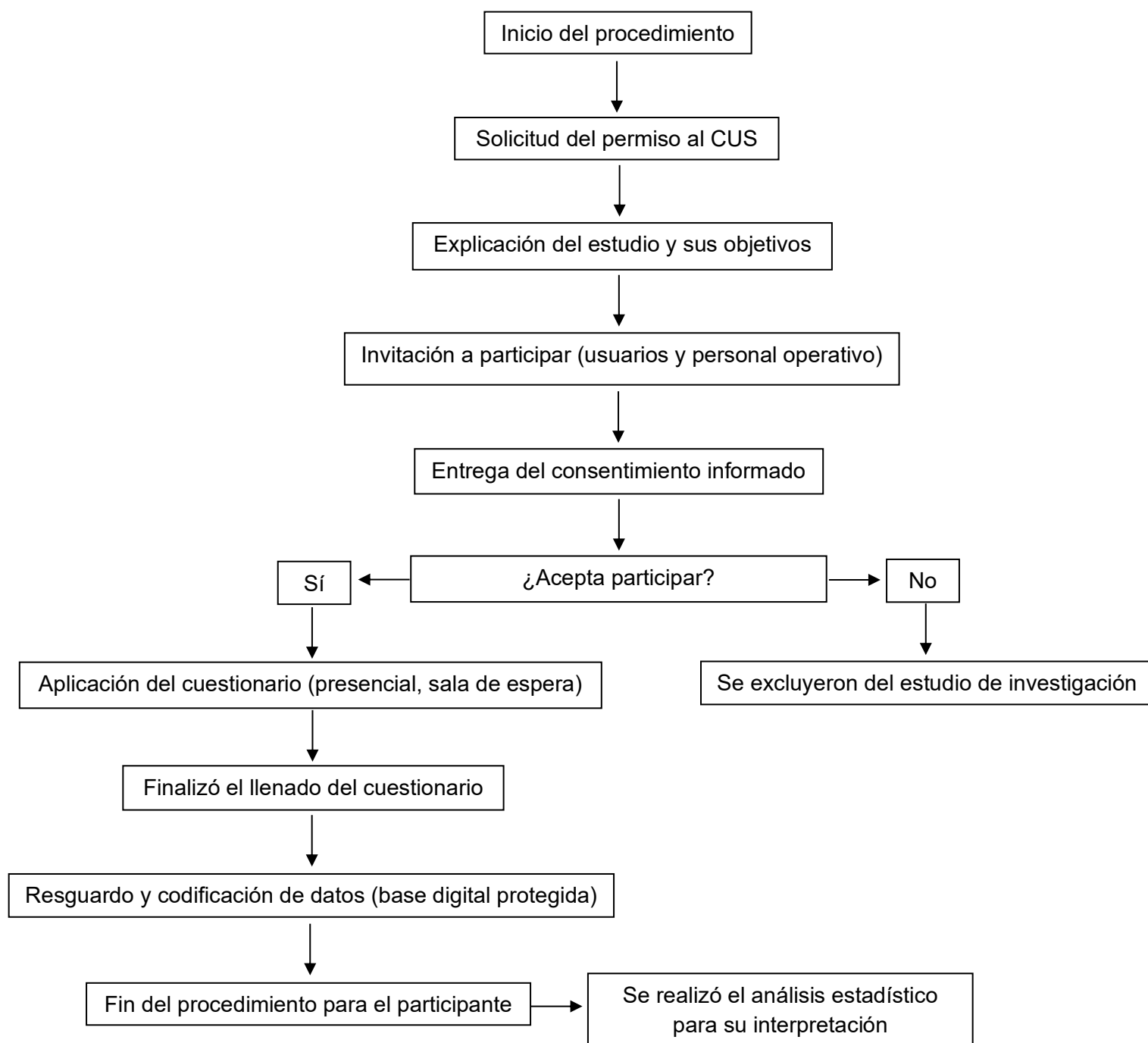
Previo a la participación, a cada persona se le proporcionó la Carta de Consentimiento Informado (Anexo D), la cual fue leída y firmada de manera voluntaria antes de responder el cuestionario, garantizando así la participación informada y voluntaria en el estudio.

Para facilitar la aplicación y no interferir con el flujo normal del servicio odontológico, se realizó una calendarización flexible, aprovechando los tiempos de espera de los pacientes y los momentos de menor actividad dentro de la clínica.

Una vez recolectada la información, los cuestionarios fueron resguardados por la investigadora y posteriormente codificados en una base de datos digital para su análisis estadístico. En todo momento se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes, asignando códigos numéricos a los cuestionarios y evitando el registro de datos personales que permitieran su identificación.

4.9.1 Flujograma de procedimientos para la recolección de datos

Figura 4. Flujograma de procedimientos.



Fuente: Elaboración propia.

4.10 PLAN DE ANÁLISIS

Se aplicó estadística descriptiva mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como promedio y desviación estándar para las variables numéricas. Previamente, las variables cuantitativas fueron exploradas con el propósito de caracterizar a la población de estudio.

En cuanto a la estadística inferencial, se utilizó la prueba de Chi cuadrada para establecer la asociación entre las variables del estudio, considerando la naturaleza de las variables analizadas y el cumplimiento de los supuestos correspondientes para dicha prueba. Se consideró un nivel de significancia de $p < 0.05$ para la comprobación de las hipótesis planteadas.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 25.

4.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, garantizando en todo momento el respeto a la dignidad, integridad y derechos de los participantes.

De acuerdo con el Artículo 102, fracciones I, IV y V, el protocolo fue sometido y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León con número de registro 25-FaSPyN-SA-01.TP (Anexo E).

Conforme a lo establecido en el Artículo 100, fracción III, se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Los cuestionarios no incluyeron nombres ni datos de identificación personal, y la información recolectada fue resguardada exclusivamente por la investigadora responsable. La información será conservada durante un periodo de cinco años, tras el cual será destruida de forma segura para garantizar la confidencialidad de los participantes. Los resultados del estudio se presentan de forma general, sin posibilidad de identificación individual.

Debido a que la recolección de datos consistió únicamente en la aplicación de cuestionarios autoadministrables en una sola ocasión, y no implicó intervenciones físicas ni procedimientos clínicos, el estudio se consideró sin riesgo para los participantes.

De acuerdo con el Artículo 100, fracción IV, se solicitó el consentimiento informado por escrito a todos los participantes (Anexo D), una vez que fueron informados sobre los objetivos del estudio, los procedimientos, los beneficios y la libertad de retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna.

El consentimiento informado incluyó la justificación y objetivo del estudio, la descripción de los procedimientos, la aclaración de que los cuestionarios no

implicaban riesgo, los beneficios derivados de la investigación, la garantía de confidencialidad y el uso exclusivo de la información con fines científicos, así como los datos de contacto de la investigadora para aclaración de dudas.

Bioseguridad:

Durante el desarrollo del estudio no se utilizaron dispositivos generadores de radiación ionizante o electromagnética, isótopos radiactivos, microorganismos patógenos ni material biológico que pudiera representar un riesgo para la salud de los participantes.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

El presente capítulo se presentan los resultados obtenidos del estudio, organizados de acuerdo en el orden de los objetivos específicos plateados en la investigación. En primer lugar, se describen las características sociodemográficas de los participantes, tanto de los usuarios de los módulos dentales como del personal operativo del Centro Universitario de Salud. Posteriormente, se presentan los resultados correspondientes a cada uno de los objetivos específicos, incluyendo el análisis de la percepción de la calidad de la atención odontológica, la utilización de los servicios dentales, la salud general y el bienestar psicológico del personal operativo, así como el contraste de las hipótesis palteadas.

5.1 Perfil sociodemográfico de la población de estudio

Participó un total de $n=374$ usuarios; promedio de edad 44.36 ± 13.96 , 53.2% correspondió al sexo femenino; 57.2% se encontraba casado; 33.4% escolaridad secundaria; y 38.8% contaba con un empleo remunerado (Tabla 6).

Tabla 6. Características sociodemográficas de los usuarios del Centro Universitario de Salud

		n=374	
Características		F	%
Sexo	Masculino	154	41.2
	Femenino	199	53.2
	Prefiere no responder	21	5.6
Estado civil	Soltero	82	21.9
	Casado	214	57.2
	Unión libre	45	12.0
	Divorciado	8	2.1

	Viudo	25	6.7
Escolaridad	Primaria	33	8.8
	Secundaria	125	33.4
	Preparatoria	122	32.6
	Universidad	85	22.7
	Posgrado	9	2.4
Ocupación	Profesionista	67	17.9
	Empleado	145	38.8
	Obrero	25	6.7
	Ama de casa	73	19.5
	Estudiante	18	4.8
	Desempleado	18	4.8
	Jubilado	28	7.5

Fuente: Encuesta directa.

Participó un total de n=99 integrantes del personal operativo; con promedio de edad 29.36 ± 10.90 , 70.7% correspondió al sexo femenino; 73.7% se encontraba soltero; 72.7% tenía licenciatura; y 57.6% desempeñaba el cargo de pasante en servicios social (tabla 7).

Tabla 7. Características sociodemográficas del personal operativo del Centro Universitario de Salud

		n=99	
Características		F	%
Sexo	Masculino	27	27.3
	Femenino	70	70.7
	Prefiere no responder	2	2.0
Estado civil	Soltero	73	73.7
	Casado	17	17.2
	Unión libre	5	5.1
	Divorciado	3	3.0

	Viudo	1	1.0
Escolaridad	Primaria	1	1.0
	Secundaria	3	3.0
	Preparatoria	13	13.1
	Licenciatura	72	72.7
	Posgrado	10	10.1
Puesto en el CUS	Odontólogo docente	18	18.2
	Pasante Servicio Social	57	57.6
	Asistente dental	13	13.1
	Personal administrativo	11	11.1

Fuente: Encuesta directa.

5.2 Percepción de calidad de la atención

En relación con el objetivo específico 1, se evaluó la percepción de calidad de la atención en los módulos dentales del CUS; participó un total de $n=374$ usuarios. La clasificación original de la percepción de calidad se distribuyó en satisfacción baja (13.9%), satisfacción media (23.8%) y satisfacción alta (62.3%) (Tabla 8).

Para el análisis de la hipótesis 1, la variable fue recategorizada en dos niveles: aceptable (satisfacción media y satisfacción alta) y no aceptable (satisfacción baja).

La percepción de calidad aceptable fue del 86.1% (Figura 4). Se realizó una prueba para una proporción con valor de contraste de 50%; se obtuvo $Z = 170.7784$, $p < 0.001$; la percepción de calidad de la atención fue significativamente mayor a la esperada ($\geq 50\%$), por lo que se acepta la hipótesis 1.

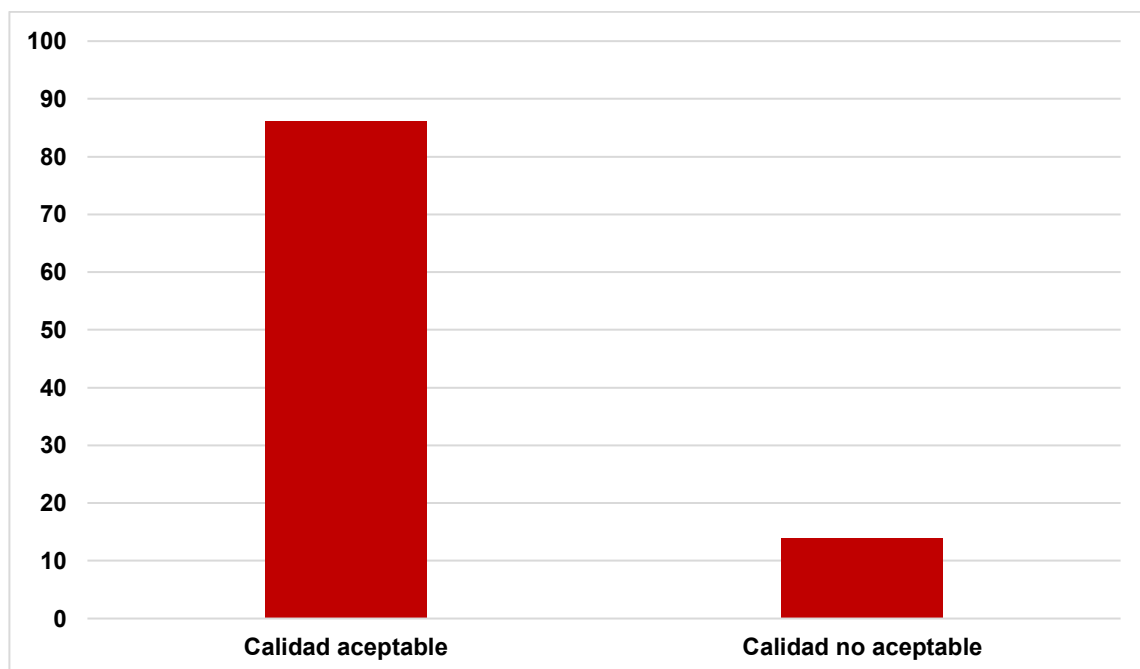
Tabla 8. Distribución de los niveles de percepción de calidad de la atención recibida en usuarios del Centro Universitario de Salud

n=374

Categoría	F	%
Satisfacción baja	52	13.9
Satisfacción media	89	23.8
Satisfacción alta	233	62.3
Total	374	100.0

Fuente: Encuesta directa.

Figura 4. Distribución de la percepción de calidad de la atención recibida en usuarios del Centro Universitario de Salud (n=374).

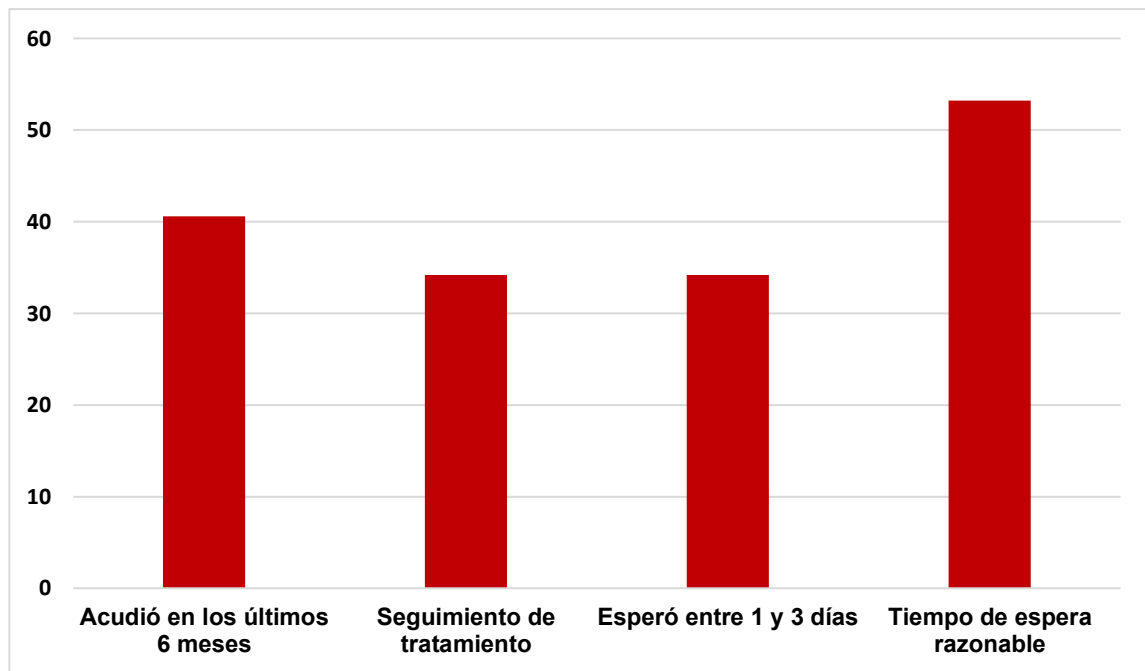


5.3 Utilización de los servicios dentales

Respecto al objetivo específico 2, se caracterizó la utilización de los servicios dentales en el CUS; participó un total de n=374 usuarios; 40.6% acudió en los últimos seis meses; 34.2% indicó que la razón de su última consulta fue seguimiento de tratamiento; 34.2% reportó esperar entre uno y tres días para

obtener cita; 22.5% más de una semana; 53.2% manifestó estar de acuerdo en que el tiempo de espera fue razonable; y 78.9% señaló haber interrumpido algún tratamiento por falta de recursos o tiempo (Figura 5).

Figura 5. Interrupción del tratamiento odontológico en usuarios del Centro Universitario de Salud (n=374)



5.4 Barreras de acceso al servicio dental

En relación con el objetivo específico 2 vinculado a las barreras de acceso al servicio dental, se examinó la clasificación del tipo de barrera reportada por los usuarios; participaron n=374. La distribución de las barreras de acceso se presenta en la Figura 6. La barrera económica fue la más frecuente (44.9%); seguida de la barrera organizacional (21.2%), la barrera geográfica (20.6%) y la barrera psicológica (13.2%) (Tabla 9).

En relación con la hipótesis 2, se efectuó una prueba para una proporción tomando como valor de referencia 40%; la barrera económica presentó una proporción observada de 44.9%; se obtuvo $p < 0.001$; la barrera económica fue significativamente mayor a la esperada ($\geq 40\%$), por lo que se acepta la hipótesis 2.

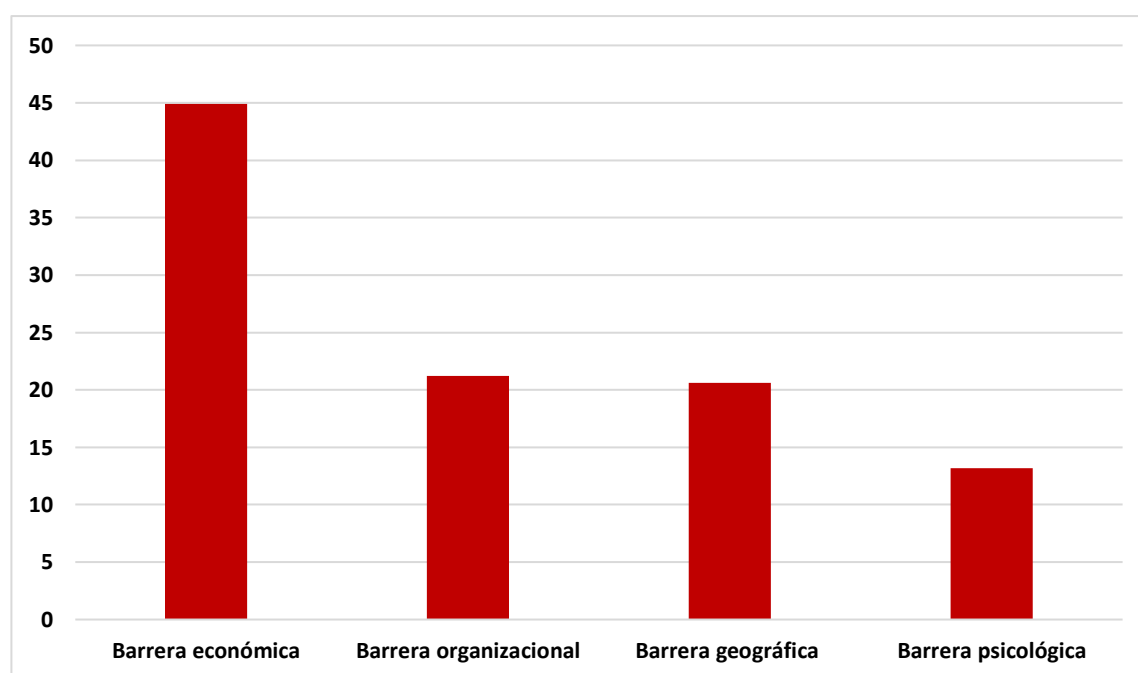
Tabla 9. Clasificación de los tipos de barreras de acceso al servicio dental en usuarios del Centro Universitario de Salud

n=374

Tipo de barrera	F	%
Barrera geográfica	67	20.6
Barrera económica	146	44.9
Barrera organizacional	69	21.2
Barrera psicológica	43	13.2
Total	325	100.0

Fuente: Encuesta directa.

Figura 6. Distribución de barreras de acceso al servicio dental en usuarios del Centro Universitario de Salud (n=374).



5.5 Salud general del personal operativo

En relación con el objetivo específico 3, se evaluó la salud general del personal operativo mediante el Cuestionario de Salud General (GHQ-12); participaron n=99 integrantes del personal operativo; 4.0% presentó buena salud y 96.0% mala salud (tabla 10).

En relación con la hipótesis 3, se realizó una prueba para una proporción con valor de contraste de 60%; se obtuvo una proporción de 4.04% (IC 95%: 1.112–10.023); con valor de $p = 0.0000$; por lo que la proporción observada fue significativamente menor a la esperada y se rechaza la hipótesis 3.

Tabla 10. Nivel de salud general del personal operativo del Centro Universitario de Salud, evaluado mediante el GHQ-12

n=99		
Categoría	F	%
Buena salud	4	4.0
Mala salud	95	96.0
Total	99	100.0

Fuente: Encuesta directa.

5.6 Bienestar psicológico del personal operativo

Como parte del análisis correspondiente al objetivo específico 4, se evaluó el nivel de bienestar psicológico del personal operativo mediante la escala BIEPS-A; participaron $n=99$; 99.0% se clasificó con nivel alto y 1.0% con nivel bajo (tabla 11).

La hipótesis 4 fue contrastada mediante una prueba para una proporción considerando 40% como valor de referencia; la proporción obtenida fue 98.99% (IC 95%: 94.500–99.974); con valor de $p=0.0000$; la proporción observada fue significativamente mayor a la esperada, por lo que se acepta la hipótesis 4.

Tabla 11. Nivel de bienestar psicológico del personal operativo *del* Centro Universitario de Salud, evaluado mediante la escala BIEPS-A

n=99

Categoría	F	%
Bienestar nivel bajo	1	1.0
Bienestar nivel alto	98	99.0
Total	99	100.0

Fuente: Encuesta directa.

5.7 Asociación entre percepción de salud y bienestar psicológico del personal operativo

Para el análisis correspondiente al objetivo específico 5, se analizó la asociación entre el nivel de bienestar psicológico y la percepción de salud general del personal operativo; participaron n=99; se observó que la mayoría del personal presentó un nivel alto de bienestar psicológico y una percepción de mala salud general (tabla 12). En relación con la hipótesis 5, se aplicó la prueba de chi-cuadrado de Pearson; se obtuvo $\chi^2 = 0.043$, $p = 0.837$; se rechaza la hipótesis 5.

Tabla 12. Asociación entre la percepción de salud general y el bienestar psicológico del personal operativo del Centro Universitario de Salud

n=99

Bienestar psicológico	Buena salud	Mala salud	Total
Nivel bajo	0 (0.0%)	1(100%)	1 (100%)
Nivel alto	4 (4.1%)	94 (95.9%)	98 (100%)
Total	4 (4.0%)	95 (96.0%)	99 (100%)

Fuente: Encuesta directa.

5.8 Asociación entre barreras de acceso y calidad de la atención percibida

Se llevó a cabo el análisis correspondiente al objetivo específico 6, para evaluar la asociación entre la clasificación de tipo de barreras de acceso al servicio dental y la calidad de la atención percibida por los usuarios; participaron n=374 (Tabla 13).

Se aplicó la prueba de chi-cuadrado de Pearson; se obtuvo $\chi^2 = 21.385$, $p = 0.002$; por lo que se acepta la hipótesis 6.

Tabla 13. Asociación entre tipo de barrera de acceso y la calidad de la atención percibida en usuarios del Centro Universitario de Salud

n=374

Tipo de barrera	Calidad deficiente	Calidad aceptable	Calidad óptima	Total
Barrera geográfica	1 (15%)	7 (10.4%)	59 (88.1%)	67 (100%)
Barrera económica	2 (1.4%)	61 (41.8%)	83 (56.8%)	146 (100%)
Barrera organizacional	1 (1.4%)	26 (37.7%)	42 (60.9%)	69 (100%)
Barrera psicológica	1 (2.3%)	15 (34.9%)	27 (62.8%)	43 (100%)
Total	5 (1.5%)	109 (33.5%)	211 (64.9%)	374 (100%)

Fuente: Encuesta directa.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

El presente estudio analizó de manera integral la calidad de la atención, la utilización de servicios dentales, así como la percepción de salud general y el bienestar psicológico del personal operativo del Centro Universitario de Salud (CUS). Los hallazgos obtenidos permiten comprender la interacción entre factores estructurales, organizacionales y psicosociales que influyen tanto en la experiencia del usuario como en el estado de salud del personal en formación y se aporta evidencia relevante desde un enfoque en salud pública (Gilavand et al., 2019; Ponce, 2024).

Los resultados muestran que la población usuaria se caracteriza por una edad promedio de 44 años, con predominio femenino (53.2%), nivel educativo medio (secundaria y preparatoria) y una proporción importante de población económicamente activa. Este perfil coincide con lo reportado en estudios latinoamericanos, donde los servicios odontológicos públicos son utilizados mayoritariamente por mujeres adultas en edad productiva, quienes suelen tener mayor conciencia preventiva en salud (Petersen, 2008; PAHO, 2020).

En contraste, el personal operativo presenta un perfil joven (29 años), predominantemente femenino y con alta proporción de pasantes en servicio social (57.6%), lo cual es consistente con el modelo formativo de atención en instituciones universitarias. Sin embargo, esta condición puede influir en la calidad del servicio y en la carga laboral, como ha sido documentado en estudios sobre personal en formación (Dyrbye et al., 2017).

En este contexto, los resultados del estudio cobran especial relevancia, ya que permiten visibilizar cómo las dinámicas propias del modelo técnico-asistencial influyen en la experiencia tanto de los usuarios como del personal operativo. En términos generales, los hallazgos muestran una coexistencia compleja entre una percepción favorable de la calidad de la atención y la presencia de barreras que limitan el acceso y la continuidad de los servicios. Esta

dualidad pone en evidencia que la calidad de la atención no puede ser entendida únicamente desde la percepción del usuario, sino que debe analizarse dentro de un sistema más amplio que incluya determinantes estructurales, organizacionales y sociales.

Uno de los hallazgos centrales del estudio fue la percepción positiva de la calidad de la atención por parte de los usuarios; este resultado coincide con lo planteado por Avedis Donabedian (1988), quien propone que la calidad en salud se compone de tres dimensiones: estructura, proceso y resultado. En particular, la dimensión del proceso, que incluye la interacción entre el profesional de la salud y el paciente, suele tener un peso importante en la percepción de calidad. En este sentido, es probable que aspectos como el trato humano, la comunicación efectiva y la atención personalizada influyan significativamente en la valoración positiva de los servicios.

Los hallazgos indican que más del 60% de los usuarios perciben una alta calidad de la atención, lo cual sugiere un desempeño favorable del servicio. Este resultado es congruente con el modelo de Donabedian (1988), donde la dimensión interpersonal (trato, comunicación) suele tener mayor peso en la percepción del usuario que los aspectos técnicos. Esta percepción favorable probablemente se relaciona con las características del Centro Universitario de Salud, donde la atención se desarrolla bajo supervisión académica y en un entorno formativo que favorece una comunicación más cercana entre el personal operativo y los usuarios, fortaleciendo la confianza y la satisfacción con el servicio. (Aday & Andersen, 1974).

Por otra parte, diversos autores han señalado que la percepción de calidad no necesariamente refleja la calidad técnica de la atención. Flores-Hernández et al. (2024) advierten que, en contextos donde los usuarios tienen expectativas limitadas o experiencias previas negativas, es más probable que evalúen positivamente servicios que cumplen con estándares básicos. Este fenómeno puede verse acentuado en entornos universitarios como el CUS, donde los

usuarios podrían mostrar mayor comprensión hacia los procesos de atención al reconocer que se trata de espacios de formación clínica.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que la percepción favorable de la calidad de la atención odontológica en el Centro Universitario de Salud se encuentra influenciada tanto por la interacción entre el personal y los usuarios como por las características propias del entorno universitario. Esto pone de manifiesto que la calidad percibida constituye un componente esencial para fortalecer la confianza de los usuarios y favorecer la continuidad de la atención.

Se identificó que solo el 40.6% de los usuarios acudió en los últimos seis meses, lo cual refleja una baja utilización preventiva y una tendencia hacia el uso curativo o de seguimiento de tratamientos. Este patrón coincide con la literatura en salud bucal, donde el uso de servicios suele estar motivado por la necesidad inmediata y no por la prevención (Locker, 2000).

Particularmente relevante es que el 78.9% reportó haber interrumpido tratamientos, lo que constituye un hallazgo crítico desde la perspectiva de continuidad de la atención. Este fenómeno ha sido ampliamente documentado y se asocia con desigualdades sociales, costos indirectos y fallas en la organización del servicio (Guarnizo-Herreño et al., 2013).

Las barreras económicas fueron las más reportadas (44.9%), seguidas de las organizacionales y geográficas. Este hallazgo es consistente con el modelo de acceso de Andersen (1995), que establece que los factores económicos son determinantes primarios en la utilización de servicios de salud.

Este comportamiento se puede explicar porque, aunque el CUS ofrece servicios accesibles, los usuarios continúan enfrentando costos indirectos relacionados con transporte, pérdida de horas laborales, tiempo de espera y continuidad del tratamiento, factores que influyen en la decisión de acudir o completar la atención odontológica.

Desde esa perspectiva, en la utilización de los servicios dentales, los resultados evidencian la persistencia de barreras que limitan el acceso oportuno

y la continuidad de la atención. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Vértiz-Ramírez et al. (2024), quienes destacan que las barreras de acceso incluyen factores económicos, organizacionales, psicológicos, culturales, geográficos y sociales. En este sentido, la utilización de los servicios no depende únicamente de su disponibilidad, sino de la interacción de múltiples determinantes.

Particularmente, la dimensión económica emerge como un factor determinante, lo cual coincide con lo documentado por Salvador Bautista (2022), quien señala que el costo de la atención continúa siendo una de las principales razones por las cuales la población no accede a servicios de salud de manera regular. Las barreras organizacionales, como los tiempos de espera y la disponibilidad de citas, reflejan limitaciones en la capacidad operativa del sistema. Desde una visión internacional, lo señalado por Po-Chih Chung y Tzai-Chi Chan (2021) refuerza la idea de que la accesibilidad influye directamente en la utilización de los servicios y en la calidad percibida de la atención.

Sin embargo, en el contexto mexicano la evidencia internacional respalda estos resultados, señalando que los costos directos e indirectos siguen siendo la principal barrera en servicios odontológicos, incluso en contextos universitarios (Listl et al., 2019). Asimismo, la presencia de barreras organizacionales sugiere oportunidades de mejora en la gestión del servicio (tiempos, citas, logística).

Un elemento particularmente relevante fue la interrupción de tratamientos dentales, lo cual constituye un indicador indirecto de las limitaciones en el acceso y la continuidad de la atención. Este fenómeno refleja no solo dificultades económicas, sino también la influencia de factores organizacionales y personales, lo que pone en evidencia la necesidad de fortalecer la continuidad de la atención como componente esencial de la calidad.

En conjunto, la evidencia científica y los resultados del presente estudio muestran que la utilización de los servicios odontológicos está determinada por la interacción de factores económicos, organizacionales y sociales. La disminución de estas barreras podría favorecer no solo un mayor acceso, sino

también una mejor continuidad del tratamiento y una experiencia más satisfactoria para los usuarios.

Uno de los resultados más relevantes del estudio es que 96% del personal presenta mala salud general según GHQ-12. Este hallazgo es alarmante y supera ampliamente lo reportado en estudios similares, donde la prevalencia de malestar psicológico en personal de salud oscila entre 30% y 60% (Goldberg & Williams, 1988; WHO, 2020). Este resultado puede interpretarse desde el contexto laboral: alta carga de trabajo, condiciones formativas (pasantes), presión académica y exposición constante a pacientes. La literatura sobre burnout en odontología ha demostrado que estos factores incrementan significativamente el riesgo de deterioro en la salud mental (Gorter et al., 2008).

Por tanto, los resultados evidencian un predominio de percepción negativa, lo cual resulta especialmente significativo considerando que la mayoría represente al personal en formación en el área de la salud. Este hallazgo puede explicarse por las condiciones propias del modelo técnico-asistencial, donde los pasantes enfrentan simultáneamente problemas personales, responsabilidades clínicas y carga laboral. Asimismo, la mayoría de los participantes eran pasantes en servicio social, una etapa caracterizada por la combinación de responsabilidades académicas y asistenciales, lo que incrementa las demandas físicas y emocionales y podría contribuir a una percepción menos favorable de su estado de salud.

Diversos estudios han documentado que el personal de salud en formación presenta altos niveles de estrés, fatiga y desgaste emocional. En este sentido, la percepción negativa de salud puede interpretarse como una manifestación de estas condiciones estructurales, donde el autocuidado suele verse desplazado por las demandas del entorno formativo y laboral (Luna et al., 2020; Guerra et al., 2022; Maslach & Leiter, 2016).

En conjunto, con estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer estrategias institucionales orientadas al cuidado de la salud del personal operativo. especialmente durante la etapa formativa, considerando que las

condiciones laborales pueden influir tanto en el bienestar de los profesionales como en la calidad de la atención brindada.

De manera contrastante, el 99% del personal reportó un nivel alto de bienestar psicológico, lo cual genera una aparente contradicción con los resultados de salud general. Este fenómeno puede explicarse desde varias perspectivas: Deseabilidad social, especialmente en instrumentos de autopercepción positiva como BIEPS-A. Disociación entre bienestar subjetivo y malestar psicológico, documentada en estudios de salud mental (Ryff, 2014). Resiliencia profesional, donde el personal mantiene percepción de propósito y crecimiento a pesar del desgaste. Esta discrepancia es consistente con investigaciones que señalan que el bienestar psicológico no siempre refleja ausencia de malestar clínico (Keyes, 2005). En poblaciones jóvenes, es común observar que, a pesar de condiciones adversas, se mantiene un adecuado equilibrio emocional, lo que refleja una capacidad adaptativa importante (Figueroa-Escoto et al., 2021; Domínguez-Lara & Campos-Uscanga, 2022). No obstante, esta situación también puede interpretarse como un mecanismo de afrontamiento que podría tener implicaciones a largo plazo, especialmente si las condiciones de estrés se mantienen de forma prolongada. Por ello, resulta fundamental considerar el bienestar del personal como un componente clave en la calidad de los servicios de salud.

Estos resultados sugieren que el bienestar psicológico en esta población podría actuar como un factor protector frente a las demandas del entorno universitario. Sin embargo, la coexistencia de bienestar psicológico elevado y una percepción desfavorable de salud general pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias institucionales que promuevan tanto el bienestar emocional como el cuidado integral de la salud del personal operativo.

Los hallazgos sugieren que el bienestar psicológico constituye un recurso importante para afrontar las demandas propias del entorno universitario; sin embargo, su presencia no excluye la existencia de malestar psicológico, por lo

que ambas dimensiones deben evaluarse de forma complementaria para comprender integralmente la salud del personal operativo.

En relación con las hipótesis del estudio, los resultados muestran que no todas las asociaciones esperadas se confirmaron. Esto sugiere que fenómenos como la salud y el bienestar psicológico deben ser entendidos desde un enfoque multidimensional, donde intervienen factores individuales, sociales, laborales y contextuales. Por tanto, se refuerza la hipótesis de que se trata de constructos distintos.

Este resultado coincide con el modelo de salud mental dual, que plantea que el bienestar y el malestar son dimensiones independientes (Westerhof & Keyes, 2010). En este sentido, un individuo puede experimentar síntomas de malestar sin perder completamente su percepción de bienestar. Se encontró una asociación significativa entre tipo de barrera y calidad percibida ($p = 0.002$), lo cual constituye uno de los hallazgos más relevantes del estudio.

Esto sugiere que la percepción de calidad no depende únicamente del acto clínico, sino del contexto de acceso al servicio, lo cual está ampliamente documentado en el enfoque de calidad centrada en el paciente (Donabedian, 1988; WHO, 2018).

Particularmente, las barreras económicas se asociaron con menor percepción de calidad, lo que evidencia la interacción entre determinantes sociales y experiencia del usuario.

Por otro lado, la asociación identificada entre las barreras de acceso y la calidad de la atención refuerza la importancia de los determinantes estructurales en la experiencia del usuario. Este hallazgo confirma que la calidad de la atención no puede analizarse de manera aislada, sino como parte de un sistema que debe garantizar condiciones adecuadas de acceso, equidad y organización. (Sánchez-Torres, 2017).

Desde una perspectiva práctica, los hallazgos del estudio destacan la necesidad de fortalecer estrategias institucionales orientadas a mejorar tanto la

accesibilidad del usuario, como las condiciones laborales en el personal operativo. En este sentido, una de las principales aportaciones del estudio es visibilizar la necesidad de desarrollar líneas de investigación enfocadas en el análisis del modelo técnico-asistencial, particularmente en contextos universitarios como el CUS, donde los profesionales en salud representan un doble rol como practicantes y prestadores de servicios. Por un lado, participan activamente en su proceso formativo, adquiriendo habilidades clínicas, fortaleciendo competencias técnicas y desarrollando juicio profesional bajo supervisión. Por otro, brindan atención directa a pacientes, asumiendo responsabilidades propias de la prestación de servicios de salud.

Esta dualidad genera un escenario en el que el aprendizaje se produce en entornos reales, puede representar desafíos, como la sobrecarga de trabajo, la presión por cumplir con estándares de calidad en la atención y la necesidad de equilibrar las demandas prácticas con las asistenciales. Resulta fundamental que las instituciones garanticen condiciones óptimas de supervisión, acompañamiento y distribución de cargas de trabajo, con el fin de asegurar tanto la formación integral de profesional como la calidad y seguridad en la atención brindada.

Futuras investigaciones podrían profundizar en el impacto de este modelo en variables como la calidad de la atención, el desempeño clínico, la percepción de salud, el bienestar psicológico y las condiciones laborales del personal.

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra su diseño transversal, el cual no permite establecer relaciones de causalidad entre las variables analizadas. Es importante considerar que el muestreo no probabilístico y el desarrollo de la investigación se llevó a cabo en un único contexto institucional, lo que limita la generalización de los resultados a otros entornos de atención odontológica o a instituciones con características distintas. Al tratarse de una muestra por conveniencia en un contexto específico, los resultados no pueden generalizarse sin considerar las particularidades de otras poblaciones. El uso de instrumentos de autopercepción puede favorecer sesgos de respuesta o

deseabilidad social, por lo que los hallazgos deben interpretarse considerando estas limitaciones metodológicas.

Sin embargo, el estudio aporta evidencia innovadora al integrar: perspectiva del usuario, condiciones del personal y enfoque en determinantes sociales. Además, evidencia una disonancia entre bienestar psicológico y salud general, poco explorada en contextos odontológicos.

Asimismo, la utilización de instrumentos de autopercepción puede introducir sesgos de deseabilidad social o de respuesta, por lo que los resultados relacionados con la salud general y el bienestar psicológico deben interpretarse considerando esta posible limitación metodológica.

Finalmente, este estudio evidencia que la calidad de la atención, la utilización de los servicios y el bienestar del personal operativo son fenómenos interrelacionados que deben ser analizados desde una perspectiva integral. La incorporación del análisis del modelo técnico-asistencial como eje de estudio representa una oportunidad para avanzar en la comprensión de los procesos formativos en salud y su impacto en la calidad de la atención, abriendo nuevas líneas de investigación en el ámbito de la salud pública y la educación en ciencias de la salud.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

- Se identificó una percepción favorable de la calidad de la atención odontológica en los usuarios de los módulos dentales del CUS.
- Las barreras económicas y organizacionales fueron las principales limitantes para la utilización y continuidad de los servicios dentales.
- El personal operativo presentó una percepción desfavorable de salud general durante el desarrollo de sus actividades técnico-asistenciales.
- El personal operativo reportó niveles elevados de bienestar psicológico pese a la percepción negativa de salud general.
- No se encontró asociación estadísticamente significativa entre percepción de salud general y bienestar psicológico del personal operativo.
- Sí existió asociación entre las barreras de acceso al servicio dental y la calidad de la atención percibida por los usuarios.

Consideraciones finales

Las barreras económicas y organizacionales influyen directamente en el acceso y percepción de la atención odontológica.

En conjunto, los resultados evidencian que la calidad de la atención odontológica no puede analizarse de manera aislada, sino como un fenómeno complejo influenciado por factores estructurales, organizacionales y humanos.

La coexistencia de alta percepción de calidad con baja continuidad del tratamiento y deterioro en la salud del personal refleja tensiones propias de los sistemas de salud en contextos de formación universitaria.

Propuestas de investigación

- Implementar estudios sobre salud general y bienestar psicológico en personal operativo bajo el modelo técnico-asistencial.
- Evaluar la efectividad de intervenciones organizacionales orientadas a mejorar la salud del personal y la calidad de la atención.
- Desarrollar modelos integrales de atención que incorporen calidad, acceso y bienestar del personal en entornos clínico-académicos.
- Analizar el impacto de estrategias de mejora en la continuidad de tratamientos odontológicos en población usuaria.
- Diseñar e implementar programas de apoyo psicosocial dirigidos al personal en formación en salud.
- Evaluar intervenciones enfocadas en la reducción de barreras económicas y organizacionales en servicios dentales universitarios.

CAPÍTULO 8

REFERENCIAS

Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220.

Alves, P. C., Neves, V. F., Coleta, M. F. D., & Oliveira, Á. D. F. (2012). Evaluación del bienestar en el trabajo entre los profesionales de enfermería de un hospital universitario. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), 701–709. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000400007>

Alzghoul, B. I. (2024). Mental Health of Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic: Systematic Review and Meta-analysis. *The Open Public Health Journal*, 17(1).

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2024). *Asamblea General de las Naciones Unidas*. <https://www.un.org/es/ga/>

Ávila-Rojas, M., Ramírez-Molina, V., García-Hernández, B., & Meneses-González, F. (2022). Bienestar psicológico en una muestra de estudiantes mexicanos de odontología. *Revista de Investigación Científica en Psicología*, 5(10), 27–37. <https://doi.org/10.58763/ricp.v5i10.53>

Bautista-Arredondo, S. A., Vargas-Flores, A., & Colchero-Aragón, M. A. (2024). Búsqueda de atención y utilización de servicios en el primer nivel, 2006–2023. *Salud Pública de México*, 66(4), 589–597. <https://doi.org/10.21149/spm.3772>

Bautista, S. (2022). Utilización de servicios de salud en México 2018–2021. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)*.

Becerra-Canales, B., & Condori-Becerra, Á. (2020). Satisfacción de usuarios en hospitales públicos: experiencia del plan «Cero Colas» en Ica, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 658–663. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.364.5197>

Becerra-Canales, B., Hernández-López, M. Á., & Ybaseta-Medina, M. (2020). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Salud General GHQ-12, en odontólogos peruanos. *Revista Médica Panacea*, 9(3), 171–176.

Burrone, M. S., Abeldaño Zuñiga, R. A., Susser, L., Lucchese, M., Enders, J. E., Alvarado, R., & Fernandez, A. R. (2015). Evaluación psicométrica y estudio de fiabilidad del cuestionario general de salud (GHQ-12) en consultantes adultos del primer nivel de atención en Córdoba, Argentina. *Revista Multidisciplinaria de Psicología*, 2(2), 37–52.
<https://doi.org/10.24215/24226483e015>

Cabello Ibacache, R., Rodríguez Martínez, G., Tapia Crispi, R., Jara Bahamondes, G., Soto Quina, L., & Venegas Cid, C. (2011). Recursos humanos odontológicos y necesidades de tratamiento de caries en adolescentes de 12 años en Chile. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 4(2), 45–49.

Canseco Prado, G., & Jarillo Soto, E. C. (2018). Acceso y práctica odontológica en ámbito de atención privada. Representaciones sociales y salud bucal. *Revista Odontológica Mexicana*, 22(3), 128–136.

Chiñas, Á. C. (2015). Clima organizacional y satisfacción laboral en el personal operativo federal del programa caravanas de la salud en Tabasco, México. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 21(59), 43–52.

Chung, P. C., & Chan, T. C. (2021). Association between local spatial accessibility of dental care services and dental care quality. *BMC Oral Health*, 21, Article 209. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01631-6>

De Jesús Vértiz-Ramírez, J., Ramírez-Palacios, P., Ríos-Cázares, G., Sánchez-Domínguez, M. S., del Pilar Ochoa-Torres, M., De Negri-Filho, A. A., & Saturno-Hernández, P. J. (2024). Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud. *Salud Pública de México*, 66(4), 556–570.
<https://doi.org/10.21149/spm.3747>

Deming, W. E. (1986). Out of the crisis. MIT Press.
<https://mitpress.mit.edu/9780262541158/out-of-the-crisis/>

Dho, M. S. (2018). Factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 509–518.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.17092017>

Domínguez-Lara, S., & Campos-Uscanga, Y. (2022). Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico para Adultos (BIEPS-A) en estudiantes de enfermería: un análisis preliminar. *Revista Salud Uninorte*, 38(1), 68–80. <https://doi.org/10.14482/sun.38.1.572.69>

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

Durur, F., Kutlu, G., & Akbulut, Y. (2024). Determination of health workforce need based on workload: A study on dentist in Turkey. *Meandros Medical and Dental Journal*, 25(1), 63–69.
<https://doi.org/10.4274/meandros.galenos.2023.40657>

Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., & Sinsky, C. A. (2017). Burnout among health care professionals. *Academic Medicine*, 92(8), 1051–1056.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001667>

Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180–186.
<https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7346>

FDI World Dental Federation. (2026). *Improving access to oral healthcare*.
<https://www.fdiworldddental.org>

Figuerola-Escoto, R. P., Luna, D., Lezana-Fernández, M. A., & Meneses-González, F. (2021). Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar

Psicológico para Adultos (BIEPS-A) en población mexicana. *CES Psicología*, 14(3), 70–93.

Flores, N. L., & Cámara, V. L. (2002). Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos. Revisión de la literatura. *Revista ADM Órgano Oficial de la Asociación Dental Mexicana*, 59(3), 100–109.

Flores-Hernández, S., Pérez-Cuevas, R., Dreser-Mansilla, A., Doubova, S. V., Díaz-Portillo, S. P., & Reyes-Morales, H. (2024). Calidad de la atención de los servicios de salud. *Salud Pública de México*, 66(4), 571–580. <https://doi.org/10.21149/spm.3768>

Fundación Avedis Donabedian. (2019). *Fundación Avedis Donabedian*. <https://www.fadq.org/>

Gilavand, A., Barekat, G., Hosseinpour, M., & Yektatalab, S. (2019). Evaluating the satisfaction level of patients referred to dental clinics of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 89.

Goldberg, D., & Williams, P. (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire. NFER-Nelson.

Gorter, R. C., Albrecht, G., Hoogstraten, J., & Eijkman, M. A. (2008). Burnout among dental hygienists. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(4), 378–384. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00384.x>

Guarnizo-Herreño, C. C., Watt, R. G., Fuller, E., Steele, J. G., Shen, J., Morris, S., & Wildman, J. (2013). Socioeconomic position and subjective oral health. *Journal of Dental Research*, 92(11), 1036–1042. <https://doi.org/10.1177/0022034513501411>

Grande-Ratti, M. F., Perez-Manelli, R. Y., Herrera, A. G., Pedretti, A. S., Aliperti, V., Martinez, B., & Dawidowski, A. R. (2022). Investigación-acción participativa sobre percepciones, preocupaciones y necesidades de los

profesionales de salud en una central de emergencias de Argentina. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 25(3), 242–258.

Guerra, F., Corridore, D., Peruzzo, M., Dorelli, B., Raimondi, L., Ndokaj, A., & Polimeni, A. (2022). Quality of life and stress management in healthcare professionals of a dental care setting at a teaching hospital in Rome: Results of a randomized controlled clinical trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 13788. <https://doi.org/10.3390/ijerph192113788>

Hariyani, N., Setyowati, D., Sari, M. R., Maharani, D. A., Nair, R., & Sengupta, K. (2021). Factors influencing the utilization of dental services in East Java, Indonesia. *F1000Research*, 9, Article 673. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24361.2>

Huamán Avendaño, R. M. (2018). *Calidad de atención y satisfacción del usuario externo en el servicio de Odontología del centro de salud Los Licenciados, Ayacucho 2017* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga]. Repositorio UNSCH. <https://repositorio.unsch.edu.pe/handle/20.500.12537/194>

Indian Health Service. (2007). *Dental clinic efficiency and effectiveness manual (Oral Health Program Guide, Chap. 8)*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.ihs.gov/doh/documents/oralhealthprogramguide/OralHealthProgramGuideChapter8.pdf>

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>

Kim, J., Roy, I., Martinez-Mier, E. A., Shukla, A., & Weir, P. (2024). Impact of lack of transportation on access to dental care. *Heliyon*, 10(23).

Laca, F. A., Ceballos, J. C. M., & Rezola, J. M. G. (2006). Propuesta de un modelo para evaluar el bienestar laboral como componente de la salud mental. *Psicología y Salud*, 16(1), 87–92.

Listl, S., Galloway, J., Mossey, P. A., & Marcenes, W. (2019). Global economic impact of dental diseases. *Journal of Dental Research*, 94(10), 1355–1361. <https://doi.org/10.1177/0022034515602879>

Locker, D. (2000). Deprivation and oral health: A review. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28(3), 161–169. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2000.280301.x>

López Ramírez, E., Sifuentes Valenzuela, M. C., Rodríguez, R. L., Aguilar, S. L., & Perea González, G. P. (2021). Service quality evaluation in the undergraduate stomatology degree at BUAP: SERVPERF and Donabedian methodologies. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 9(23).

Luna, D., García-Reyes, S., Soria-González, E. A., Avila-Rojas, M., Ramírez-Molina, V., García-Hernández, B., & Meneses-González, F. (2020). Estrés académico en estudiantes de odontología: asociación con apoyo social, pensamiento positivo y bienestar psicológico. *Investigación en Educación Médica*, 9(35), 8–17. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.35.19316>

Maragha, T., Atanackovic, J., Adams, T., Brondani, M., & Bourgeault, I. (2024). Dentists' mental health: Challenges, supports, and promising practices. *JDR Clinical & Translational Research*, 9(1), 20–29. <https://doi.org/10.1177/23800844241271664>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout: A brief history and how to prevent it*. Harvard Business Review Press.

Modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) World Health Organization. (2006). Quality of care: A process for making strategic choices

in health systems.

https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_BriefingSheet.pdf

Moncada, G., Córdova, C., Vera-Vega, R., Osses-Mendez, Y., & Casanova, R. (2021). Experiencia en la implementación de sistemas de gestión de calidad para la atención odontológica en un centro docente asistencial universitario. *International Journal of Interdisciplinary Dentistry*, 14(1), 11–16.

Morales, F. M. (2020). Percepción del paciente acerca de la calidad de atención odontológica. *Revista Vive*, 3(7), 35–43.

Murakami, K., Aida, J., Kuriyama, S., & Hashimoto, H. (2023). Associations of health literacy with dental care use and oral health status in Japan. *BMC Public Health*, 23(1), 1074. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15885-5>

Nash, D. A., Friedman, J. W., Mathu-Muju, K. R., Robinson, P. G., Satur, J., Moffat, S., & Gallagher, J. E. (2008). A review of the global workforce for oral health: Challenges and responses. *Journal of Public Health Dentistry*, 68(3), 143–148. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2008.00070.x>

Negi, S., Mathur, A., Udhaya, E., Rani, N., & Mehta, V. (2025). Factors influencing dental care services utilization in India using Andersen health behaviour model: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 25, 988. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13252-0>

Núñez Campos, J. M. (2022). *Grado de satisfacción respecto a la calidad de atención odontológica brindada a usuarios que acuden al Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena, Ayacucho 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga]. Repositorio UNSCH. <https://repositorio.unsch.edu.pe/handle/20.500.12537/378>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage*. WHO Press.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030*. WHO Press.

Organización Mundial de la Salud. (2023). *WISN: Indicadores de carga de trabajo para la estimación del personal necesario: Manual del usuario* (2ª ed.). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240076781>

Organización Panamericana de la Salud. (1969). El servicio social obligatorio en la formación de médicos y odontólogos en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 67(2), 115–121.

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Salud bucal en las Américas. <https://www.paho.org>

Padilla, M. L. S., Alcántara, S. M., & Macorra, M. Z. (2019). Trabajo emocional y sus efectos en la salud del personal de enfermería del Hospital General de México, 2017. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2).

Palmieri, M. (2020). Valoración del nivel de satisfacción de pacientes que acuden a práctica profesional supervisada (PPS) de la Facultad de Odontología UNC. *Revista de la Facultad de Odontología*, 30(1), 26–35.

Paz Betanco, M. A. (2018). Percepción de la calidad de atención del paciente que acude a las clínicas multidisciplinarias de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-León), marzo-agosto de 2016. *Odontología Vital*, 15(28), 29–32.

Petersen, P. E. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(3), 178–187. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2008.00448.x>

Pohjola, V., Kunttu, K., & Virtanen, J. I. (2021). Psychological distress, dental health, and dental fear among Finnish university students: A national survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10245. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910245>

Ponce, E. C. L. (2024). Recomendaciones de salud pública para fortalecer el derecho a la salud, Ensanut 2020–2023. *Salud Pública de México*, 66(4), 337–339. <https://doi.org/10.21149/spm.3694>

Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202–211.

Rodríguez Jarabo, B. (2016). *Condiciones de trabajo, satisfacción laboral y calidad de vida laboral en educación y sanidad* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. E-Prints Complutense. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/38729/>

Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28. <https://doi.org/10.1159/000353263>

Sahab, D. A., Bamashmous, M. S., Ranauta, A., & Muirhead, V. (2022). Socioeconomic inequalities in the utilization of dental services among adults in Saudi Arabia. *BMC Oral Health*, 22(1), Article 135. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02191-2>

San Pedro, E. M., & Roales-Nieto, J. G. (2003). El modelo de creencias de salud: consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91–109.

Secretaría de Salud. (2016). *Guía básica del médico pasante en servicio social*. Gobierno del Estado de México. https://salud.edomex.gob.mx/sites/salud.edomex.gob.mx/files/files/ss/Guia_Pasante_Servicio_Social.pdf

Secretaría de Salud. (2022). *Programa de Acción Específico: Salud Bucal 2020–2024*. Gobierno de México.

Silberman, M., Granados, J. A., Delgado, I., & López, V. (2014). Calidad de la atención en salud: el modelo de Avedis Donabedian. En I. R. Ávila-Burgos, J. A. Granados-García, & S. Gutiérrez (Eds.), *El sistema integral de calidad en salud: una mirada crítica* (pp. 23–35). Instituto Nacional de Salud Pública.

Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: Debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82–89.

Tamayo, C. T., de Cordero, G. A., Ochoa, R. V., Lee, G. R. M., González, J. M. S., Gamboa, L. E. H., & García, G. H. (2006). Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. *Revista CONAMED*, 11(5), 18–26.

Vargas Marcos, F., & Gallego Pulgarín, I. (2005). Calidad ambiental interior: bienestar, confort y salud. *Revista Española de Salud Pública*, 79(3), 243–251. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272005000300007>

Vega, R. K., Sánchez, M., Basilio, M., & Seminario, R. J. (2025). Calidad del servicio de salud bucal en instituciones de salud. *Revista Espacios*, 46(3). <https://doi.org/10.48082/espacios-a25v46n03p01>

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

World Dental Federation. (2024). *FDI World Dental Federation*. <https://www.fdiworlddental.org/>

World Health Organization. (2022). *Oral health: Key facts and figures*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

World Health Organization. (2022). *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>

World Health Organization. (2018). Delivering quality health services. <https://www.who.int>

World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during COVID-19. <https://www.who.int>

World Health Organization. (2025, March 17). *Oral health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

Yáñez-Contreras, P., & Quinteros Cáceres, M. E. (2025). Gestión de la calidad en odontología: Una implementación necesaria en la práctica actual de la profesión. *International Journal of Odontostomatology*, 19(2), 175–182.

Zare, Z., Bahrami, M. A., Bastani, P., & Kavosi, Z. (2024). Oral and dental health utilization determinants in special health care needs: a systematic review of reviews. *BMC Oral Health*, 24(1), 965.

Zhong, X., Jin, X., Yan, L., Yang, L., Long, H., Wang, J., ... & Ji, P. (2022). Reliability and validity of general health Questionnaire-12 in Chinese dental healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 12, 792838.

Anexo A. Cuestionario de calidad de la atención odontológica

CUESTIONARIO PARA USUARIOS / PACIENTES

I. DATOS GENERALES

Instrucciones:

Marque con una "X" la opción que mejor describa situación.

1. Edad: _____ años
2. Sexo:
☐ 1=Masculino ☐ 2=Femenino ☐ 3=Prefiero no responder
3. Estado civil:
☐ 1= Soltero(a) ☐ 2= Casado(a) ☐ 3= Unión libre
☐ 4= Divorciado(a) ☐ 5= Viudo(a)
4. Nivel educativo:
☐ 1= Primaria ☐ 2= Secundaria ☐ 3= Preparatoria
☐ 4= Universidad ☐ 5= Posgrado
5. Ocupación:
☐ 1= Profesionista ☐ 2= Empleado ☐ 3= Obrero
☐ 4= Ama de casa ☐ 5= Estudiante ☐ 6= Desempleado
☐ 7= Jubilado
6. ¿Ha utilizado antes los servicios dentales en este centro?
☐ 1= Sí ☐ 2= No
7. ¿En qué horario suele acudir al CUS?
☐ 1= Mañana ☐ 2= Tarde ☐ 3= Varía

II. CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PERCIBIDA

Instrucciones: Lea cada afirmación y marque la respuesta que mejor refleje su experiencia en el servicio odontológico recibido. Marcar con una "X" la casilla correspondiente

No.	Item	1= Muy en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Muy de acuerdo
I. ESTRUCTURA (Infraestructura, equipamiento, disponibilidad de recursos)						
1.	Las instalaciones del consultorio odontológico estaban limpias y en buenas condiciones					
2.	La sala de espera era cómoda y adecuada para el número de pacientes					
3.	Los equipos e instrumentos utilizados parecían modernos y en buen estado					
4.	Hubo disponibilidad de insumos básicos (agua, luz, desinfectantes)					
5.	Tuve privacidad durante el procedimiento odontológico					
6.	El tiempo de espera para ser atendido fue razonable					
II. PROCESO (Dimensión técnica y dimensión interpersonal de la atención)						
A. Dimensión técnica (competencia del profesional de salud)						
7.	El odontólogo realizó una revisión completa antes de iniciar el tratamiento					
8.	Me explicó claramente el diagnóstico y las opciones de tratamiento					

9.	Usó guantes, mascarilla y material estéril durante la consulta					
10.	Respondió mis preguntas de manera clara y profesional					
11.	Me brindó información sobre el cuidado posterior al tratamiento					
B. Dimensión interpersonal (trato y comunicación con el paciente)						
12.	El personal de recepción y asistentes fue amable y respetuoso					
13.	Me sentí escuchado y tomado en cuenta durante la consulta					
14.	Se mostró interés en mi bienestar y me trató con empatía					
15.	Me explicó el procedimiento antes de realizarlo y preguntó por mi comodidad					
16.	No sentí que el odontólogo tenía prisa por atenderme rápidamente					
III. RESULTADOS (Satisfacción y percepción de la efectividad del tratamiento)						
17.	Después del tratamiento, sentí alivio o mejora en mi problema dental					
18.	No presenté complicaciones después del tratamiento recibido					
19.	Me dieron seguimiento o recomendaciones para evitar futuros problemas dentales					
20.	Considero que la relación entre costo y calidad del servicio fue adecuada					
21.	Recomendaría este servicio odontológico a familiares o amigos					

IV. AMENIDADES (Comodidad y aspectos adicionales que mejoran la experiencia del paciente)						
22.	La consulta se llevó a cabo en un ambiente tranquilo y sin interrupciones					
23.	Los tiempos de espera entre procedimientos fueron razonables					
24.	Se ofreció algún tipo de comodidad adicional (agua, música, material informativo)					
25.	La comunicación por parte del personal (recordatorios de citas, indicaciones post-tratamiento) fue efectiva					
26.	Me sentí en confianza y relajado/a durante la consulta					

III. SATISFACCIÓN GENERAL DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

1. ¿Qué tan satisfecho(a) se siente con la atención dental recibida?

- ☐ 1= Muy insatisfecho(a)
☐ 2= Insatisfecho(a)
☐ 3= Ni satisfecho(a) ni insatisfecho(a)
☐ 4= Satisfecho(a)
☐ 5= Muy satisfecho(a)

IV. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DENTALES

1. ¿Cuándo fue su última visita al dentista?

- ☐ 1= En los últimos 6 meses
☐ 2= Entre 6 meses y 1 año
☐ 3= Entre 1 y 2 años
☐ 4= Más de 2 años
☐ 5= Primera vez

2. ¿Cuál fue la razón principal de su última consulta?

- ☐ 1= Preventiva (Revisión o limpieza)
☐ 2= Curativa (Extracción, caries)
☐ 3= Seguimiento de tratamiento
☐ 4= Emergencia (Dolor o molestia)
☐ 5= Estética dental

3. ¿A qué unidad dental suele acudir?

- ☐ 1= Módulo universitario

- ☐ 2= Consultorio privado
☐ 3= Centro de salud público
4. ¿Cuánto espera para obtener cita?
☐ 1= Menos de 1 día
☐ 2= Entre 1 y 3 días
☐ 3= Una semana
☐ 4= Más de una semana
5. ¿Quién cubre el costo del servicio dental?
☐ 1= Yo mismo/a
☐ 2= Seguro médico
☐ 3= Servicio gratuito
6. ¿Ha interrumpido algún tratamiento por falta de recursos o tiempo?
☐ 1= Sí ☐ 2= No

V. BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DENTALES

Instrucciones: Lea cada afirmación y marque con una "X" la respuesta que mejor refleje su situación. Use la siguiente escala de respuesta para los ítems de barreras de acceso:

No.	Item	1= Nunca	2= Rara vez	3= A veces	4= Frecuentemente	5= Siempre
A. Barreras Geográficas (Dificultad para acceder al servicio por la distancia o ubicación del centro de salud)						
1.	La clínica dental más cercana a mi domicilio se encuentra a más de 30 minutos de distancia					
2.	Tengo dificultades para acceder a un servicio dental porque no hay transporte público adecuado					
3.	En mi comunidad no hay suficientes dentistas disponibles					
4.	Debo viajar a otra ciudad para recibir					

	atención odontológica adecuada					
B. Barreras Económicas (Dificultad para acceder al servicio dental debido a costos de la consulta, tratamientos o falta de recursos económicos)						
1.	No puedo pagar una consulta dental porque es demasiado costosa					
2.	No tengo seguro médico o cobertura de salud que incluya servicios odontológicos					
3.	He pospuesto o evitado un tratamiento dental debido a su alto costo					
4.	Prefiero automedicarme o buscar remedios caseros en lugar de pagar por atención odontológica					
C. Barreras Organizacionales (obstáculos relacionados con el funcionamiento del servicio, como tiempos de espera, horarios limitados o mala atención administrativa)						
1.	Los tiempos de espera para conseguir una cita dental son demasiado largos					
2.	Los horarios de atención no se ajustan a mis actividades diarias					
3.	El personal administrativo no me ha tratado bien o ha dificultado el proceso					
4.	Me ha resultado difícil obtener información clara sobre los servicios disponibles					
D. Barreras Psicológicas (factores emocionales o de percepción que generan miedo, ansiedad o desconfianza hacia el personal o los procedimientos dentales)						
1.	Evito ir al dentista porque tengo miedo al dolor o a los procedimientos					
2.	No considero que la atención dental sea prioritaria para mi salud					

3.	Prefiero esperar hasta que el problema sea grave antes de buscar atención					
4.	Siento que los dentistas no explican claramente los procedimientos, lo que me genera desconfianza					

Anexo B. Cuestionario de Salud General (GHQ-12)

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PERSONAL OPERATIVO

Instrucciones:

Marque con una “X” la opción que mejor describa su situación.

1. Edad: _____ años
2. Sexo:
 - ☐ 1= Masculino
 - ☐ 2= Femenino
 - ☐ 3= Prefiero no responder
3. Estado civil:
 - ☐ 1= Soltero(a)
 - ☐ 2= Casado(a)
 - ☐ 3= Unión libre
 - ☐ 4= Divorciado(a)
 - ☐ 5= Viudo(a)
4. Nivel educativo:
 - ☐ 1= Primaria
 - ☐ 2= Secundaria
 - ☐ 3=Preparatoria
 - ☐ 4= Universidad
 - ☐ 5= Posgrado
5. Puesto que desempeña en el CUS:
 - ☐ 1= Odontólogo docente
 - ☐ 2=Pasante de servicio social
 - ☐ 3= Asistente dental
 - ☐ 4=Personal administrativo

II. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra de salud y aspectos emocionales. Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

Pregunta	0. Mucho más de lo habitual	0.Bastante más de lo habitual	1. No más de lo habitual	1.No en lo absoluto
1. ¿Ha podido concentrar se bien en lo que hace?				
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?				
3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?				
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones ?				
5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?				
6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades ?				
7. ¿Ha sido capaz de				

disfrutar sus actividades normales de cada día?				
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas ?				
9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?				
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?				
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?				
12. ¿Se siente razonable mente feliz consideran do todas las circunstanc ias?				

Anexo C. Cuestionario BIEPS-A (Bienestar Psicológico Subjetivo – Adultos)

I. CUESTIONARIO SOBRE BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL PERSONAL OPERATIVO

Instrucciones: Lea con atención las siguientes frases. Marque su respuesta en cada una de ellas en base a lo que pensó y sintió durante el último mes.

	0. En desacuerdo	1. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2. De acuerdo
1. Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida			
2. Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo			
3. Me importa pensar qué haré en el futuro			
4. Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas			
5. Generalmente le caigo bien a la gente			
6. Siento que podré lograr las metas que me proponga			
7. Cuento con personas que me ayudan si lo necesito			
8. Creo que en general me llevo bien con la gente			
9. En general hago lo que			

quiero, soy poco influenciable			
10. Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida			
11. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar			
12. Puedo tomar decisiones sin dudar mucho			
13. Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias			

II. PERSEPCIÓN DE CARGA LABORAL DE PERSONAL OPERATIVO

Instrucciones: A continuación, encontrará afirmaciones relacionadas con la carga de trabajo que desempeña en su puesto dentro del centro universitario de salud. Marque la opción que mejor refleje su experiencia habitual.

Actividad	1 = En desacuerdo	2 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3 = De acuerdo
1. Atiendo un número elevado de personas en mi jornada diaria			
2. El volumen de actividades que realizo supera lo razonable para mi función			
3. El tiempo que tengo para cumplir con mis tareas es insuficiente			
4. Considero que mi carga de trabajo afecta mi bienestar físico o mental			

5.En ocasiones, realizo funciones que no corresponden directamente a mi rol			
--	--	--	--

Anexo D. Carta de consentimiento informado

Fecha: _____

Se me ha invitado a participar en el estudio titulado: "Calidad de la atención, utilización de servicios dentales, salud y bienestar psicológico del personal operativo del Centro Universitario de Salud", cuyo objetivo es analizar la percepción de calidad en la atención odontológica, así como la salud general y bienestar psicológico del personal operativo del CUS, además de explorar la utilización de servicios y las barreras de acceso por parte de los usuarios.

Mi participación consistirá en responder un cuestionario auto administrado que recopila información sobre datos generales (como edad, sexo, estado civil, nivel educativo, entre otros), así como preguntas sobre mi experiencia con la atención odontológica, satisfacción con el servicio, uso de los servicios dentales, barreras de acceso, salud general y bienestar psicológico.

Se me ha explicado que el llenado del cuestionario tomará aproximadamente de 10 a 15 minutos, y que no implica riesgos físicos. Toda la información que por proporcione será confidencial, anónima y utilizada exclusivamente con fines de investigación académica.

Mi participación es completamente voluntaria, y tengo la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento sin que esto implique consecuencia alguna. Entiendo que mi colaboración contribuirá al fortalecimiento de la calidad en los servicios de salud del CUS y que los resultados serán reportados de forma global, sin revelar datos personales.

Para cualquier duda o aclaración, puedo contactar a la investigadora responsable:

C.D. Nancy Ruby Villalobos Salinas, estudiante de la Maestría en Ciencias en Salud Pública, correo electrónico: nancy.villalobossln@uanl.edu.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de la investigadora

Anexo E. Dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León.



FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN

Oficio No. FaSPyN-04-1580/2025

DRA. GEORGINA MAYELA NÚÑEZ ROCHA
Profesor Investigador
Presente.-

Con el presente le informo que su proyecto de investigación "Calidad de la atención, utilización de servicios dentales, salud y bienestar psicológico del personal operativo del Centro Universitario de Salud (CUS)", fue **Aprobado** por las comisiones correspondientes.

Para su rastreabilidad y seguimiento a su proyecto se le asignó el siguiente número de registro:

25-FaSPyN-SA-01.TP

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey, Nuevo León a 9 de julio de 2025

DRA. ESTHER ALHELÍ HERNÁNDEZ TOBIÁS
Coordinadora de Investigación e Innovación
Facultad de Salud Pública y Nutrición



FaSPyN
UANL
Coordinación de
Investigación
e Innovación

C.c.p. Archivo.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Av. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México, C.P. 64460
81 1340 4890 • www.faspyn.uanl.mx



RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Nancy Ruby Villalobos Salinas

Candidata para el Grado de Maestra en Ciencias en Salud Pública

Tesis: CALIDAD DE LA ATENCIÓN, UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DENTALES, SALUD Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL PERSONAL OPERATIVO DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE SALUD (CUS)

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud Pública

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León, México, el 9 de septiembre de 1996, hija de José Luis Villalobos Saavedra y Ma. Del Carmen Salinas Caballero.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, obteniendo el grado de Cirujano Dentista en el año 2021.

Experiencia Profesional: Práctica privada en consulta dental y colaboración en Servicios Médicos Municipales en el Municipio de Monterrey a cargo de la consulta odontológica hospitalaria. Participación en actividades y proyectos de investigación en el Centro Universitario de Salud (CUS) de la Universidad Autónoma de Nuevo León, como integrante del equipo de investigación. Además, ha brindado asesorías académicas a estudiantes de odontología en las áreas de Anestesiología Bucal y Operatoria Dental I, y se ha desempeñado como catedrática de pregrado en la asignatura de Epidemiología Bucal de la Licenciatura en Odontología en la Universidad Autónoma de Nuevo León.