SEGMENTACIÓN DE LOS CONSUMIDORES DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE CONSULTA PARTICULAR SEGÚN EL ENFOQUE DE PROMOCION Y PREVENCIÓN.

SILVIO FERNANDO LOPEZ SANCHEZ

Trabajo de grado para optar el título de

Maestría en Administración

Director:

Dra. Ana María Arboleda

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS

MAESTRIA EN ADMINISTRACION, MBA

SANTIAGO DE CALI

2011

Nota de Aceptación

_____

_____

_____

_____

_____

Jurado

_____ _____

Director Lector

Santiago de Cali, _____ de 2011

Tabla de Contenido

1 Introducción.....6

2 Pregunta de investigación ……..……..9

2.1 Pregunta de Investigación.....9

2.2 Alcance y justificación 9

3 Objetivos 11

3.1 Objetivo General 11

3.2 Objetivos Específicos 11

4 Marco Teórico 12

4.1 Teoría enfocada en la regulación: La satisfacción basada en la promoción y la satisfacción basada en la Prevención como criterios de segmentación 12

4.1.1 Enfoque regulatorio basado en la promoción 14

4.1.2 Enfoque regulatorio basado en la prevención.....15

4.1.3 El enfoque de promoción y prevención enfocado al área de la salud …….....16

4.2 El proceso de compra de servicios de salud.....18

5 Metodología 20

5.1 Población y muestra.....20

5.1.1 Descripción de la muestra.....20

5.1.2 Criterios de inclusión y exclusión.....21

5.2 Recolección de datos.....21

5.2.1 Instrumentos para la recolección de datos 21

5.2.2 Procedimiento para la recolección de los datos:.....24

5.2.3 Ambiente creado en la clínica para la realización del estudio.....26

5.3 Procesamiento de datos 26
5.3.1 Procesamiento de datos cuestionario RFQ 27
5.3.2 Procesamiento de datos Guía de Observación 27
6 Análisis de Resultados 28
6.1 Correlación entre ítems 28
6.1.1 Correlación entre ítems del RFQ 28
6.1.2 Correlación entre ítems de la Guía de Observación 29
6.2 Análisis Factorial: 30
6.2.1 Análisis factorial cuestionario RFQ 30
6.2.2 Análisis factorial Guía de Observación 31
6.3 Relación entre instrumentos 34
7 Conclusiones y Recomendaciones 36
8 Bibliografía 39
9 ANEXOS 41
9.1 Regularory Focus Questionnaire (RFQ): 41
9.2 Cuestionario RFQ versión español: 42
9.3 Guía de Observación 43

Lista de Tablas

TABLA 1. Descripción de la muestra……... 20

TABLA 2. Correlación entre ítems RFQ…….. 28

TABLA 3. Correlación entre ítems Guía de Observación…… 29

TABLA 4. Análisis de eje principal para RFQ…… 30

TABLA 5. Análisis de eje principal para Guía de Observación…….…….. 31

TABLA 6. Análisis de eje principal para Guía de Observación…….….. 33

TABLA 7. Correlaciones entre variables…… 34

TABLA 8. Correlaciones variables…….. 35

Lista de Figuras

FIGURA 1. Análisis factorial RFQ…….. 31

FIGURA 2. Análisis factorial conductas observadas…….…….. 32

1 Introducción

Los cambios acelerados que se han dado en los sistemas de salud latinoamericanos, tales como las reformas a la seguridad social, la variedad en la oferta de servicios médicos del sector privado y las nuevas modalidades de atención en la medicina institucional, obligan a quienes están involucrados en la prestación de servicios de salud a tener información confiable y oportuna sobre las opiniones de la población, que permitan la eficacia y efectividad de los servicios (Priego Alvarez, 2005).

En especial, la oferta de servicios de salud ha cambiado notoriamente en los últimos años, desde un escenario de pocos ofertantes y publicidad discreta hacia otro de abundante publicidad dirigida a captar la atención de los consumidores, quienes tienen ahora una mayor motivación por mejorar su apariencia personal y muchos ofertantes para escoger. Por tal motivo, cada vez es más frecuente ver en los medios de comunicación masivos, anuncios de profesionales de la salud, clínicas y centros de estética que ofrecen sus servicios y promocionan sus productos. Esto, sin duda, dinamiza el mercado y es una muestra clara de que cada vez es más amplia la oferta de ésta categoría de servicios en el país (Escobar, 2007).

De hecho, los consumidores mismos también han cambiado dramáticamente con el paso del tiempo. El consumidor colombiano de hoy es más activo con respecto al servicio que requiere solicitando información antes del proceso de decisión y durante la prestación del servicio. Los ejes fundamentales del cambio están en que el consumidor tiene hoy una mayor posibilidad de escoger, de obtener información acerca de los oferentes y de cambiar el proveedor de un servicio. Esta transformación está moviendo también una revolución en la publicidad y en el mercadeo (Arnau, 2008). El consumidor tiende a tomar decisiones de manera autónoma, sabe que la publicidad es publicidad y cree mucho más en sus amigos, en la gente que es como él, y desconfía de las marcas que insisten en mantener el dominio del proceso de comunicación (Arnau, 2008).

Diariamente, dicho consumidor se enfrenta a la difícil situación de tomar decisiones sobre la adquisición de los bienes y servicios que más le convienen. En el proceso de toma de decisión, los especialistas en mercadeo pueden analizar las compras para saber qué se compra, dónde y en qué cantidad. Sin embargo, no es fácil conocer el porqué del comportamiento de compra del consumidor, ni el proceso intrínseco de toma de decisión. Como lo refiere Silva en su artículo titulado Calidad de los servicios privados de salud, con frecuencia las respuestas están en lo profundo de la mente (Silva, 2005).

La empresa que se preocupe por intentar conocer lo que los consumidores esperan de ella respecto a características, calidad, precio, publicidad, puntualidad en la entrega y servicios; estará en ventaja competitiva para establecer su estrategia de mercadeo y lograr que los clientes respondan en forma positiva a estos estímulos. De allí la importancia de conocer las expectativas que tiene un cliente sobre el producto o servicio que se ofrece (Silva, 2005).

Sin embargo, los clientes son personas diferentes, con distintos antecedentes, necesidades, deseos y percepciones, que integran un mercado diversificado. Dicha diversidad, hace que sea necesario segmentar el mercado, con la finalidad de descubrir las necesidades y deseos de grupos de consumidores específicos, para desarrollar y promover bienes y servicios especializados que satisfagan sus necesidades (Schiffman & Kanuk, 2005).

En el área de los servicios de salud, y específicamente en el ámbito de la Odontología, el consumidor de un servicio odontológico de tipo particular, al no estar sujeto a las restricciones del sistema de seguridad social, se encuentra en libertad de escoger el o los servicios pertinentes para su caso. De esta forma, en el caso de los servicios odontológicos, el consumidor puede ejercer su poder de decisión de compra basándose en sus expectativas, necesidades, y deseos. Así mismo, este consumidor puede escoger el profesional que realizará su tratamiento, en qué lugar realizarlo y elegir el precio de su preferencia de acuerdo con la oferta del mercado. Es decir, los servicios odontológicos son un entorno competitivo en donde claramente aplican las características competitivas de los oferentes (clínicas odontológicas). Además, los factores y criterios que guían al

consumidor en la toma de sus decisiones de salud oral hacen aún más pertinente el ejercicio del mercadeo.

El propósito de la presente investigación es segmentar el mercado de consumidores de servicios odontológicos de consulta particular, basándose en el enfoque de promoción y prevención planteado en la teoría enfocada en la regulación (Higgins, 1998). De acuerdo con el análisis de los resultados obtenidos, se evaluará la posibilidad de utilizar los conceptos de promoción y prevención como criterios para segmentar el mercado objetivo del presente estudio. Adicionalmente, se espera definir las conductas más relevantes en la consulta odontológica, que permitan identificar a los individuos pertenecientes a cada segmento. Dicha segmentación puede servir como base para estudios posteriores orientados a predecir comportamientos de consumo de los individuos en cada segmento y a detectar cómo ofrecerles servicios odontológicos, maximizando así los esfuerzos de marketing.

Para el logro de este propósito, el marco teórico se fundamenta en los conceptos de promoción y prevención planteados en la teoría enfocada en la regulación y su relación con el área de la salud; igualmente se hace referencia al proceso de compra de servicios de salud. Dentro de la metodología empleada, se diseña una guía de observación para el consumidor de servicios odontológicos de consulta particular que complementa un cuestionario que evalúa el enfoque de regulación del individuo (Higgings, Friedman, & Harlow, 2001). Con estas dos herramientas, se evalúa la posibilidad de utilizar los conceptos de promoción y prevención para diferenciar dos segmentos de consumidores. En el análisis de resultados se definen las conductas más relevantes en la consulta odontológica, que permiten identificar a los individuos pertenecientes a cada segmento.

2 Pregunta de investigación

2.1 Pregunta de Investigación

¿Es posible segmentar el mercado de consumidores de servicios odontológicos de consulta particular basándose en el enfoque de promoción y prevención planteado en la teoría enfocada en la regulación?

2.2 Alcance y justificación

La seguridad social a través de la Ley 100 de 1993, ofrece a cotizantes y beneficiarios una cobertura universal en salud, dentro de la cual está contemplada una atención básica en salud oral (Posada A. & Arango C., 1998). Dicha atención básica es bastante limitada, genera altos costos para el Estado y excluye tratamientos tales como periodoncia, rehabilitación oral, ortodoncia e implantología. Esta situación ha impulsado a los usuarios con cierta capacidad de pago a acceder a dichos procedimientos de manera particular (Elespectador.com, 2009).

Teniendo en cuenta esta limitación inherente al régimen de salud colombiano, las entidades y los profesionales que ofrecen servicios odontológicos a nivel de consulta particular se deben enfrentar a un entorno realmente competitivo, en donde el odontólogo debe iniciar un proceso competente e innovador que lo enfrenta con administrar recursos, organizar redes de servicios, realizar auditorías y conocer las necesidades de sus clientes, entre otras actividades (Elespectador.com, 2009).

En este orden de ideas, los consumidores tienen actualmente una amplia posibilidad de opciones al momento de decidir en dónde desean obtener el producto que buscan, en este caso un tratamiento odontológico. Teniendo en cuenta que es el consumidor quien decide, el conocimiento de los factores que importan y motivan en la elección de dichos

servicios, permite a las organizaciones construir y comunicar elementos diferenciadores que sean realmente una ventaja competitiva. De esta manera, los elementos diferenciadores son la base para orientar estrategias de venta. Sin embargo, las motivaciones para recibir un servicio odontológico pueden no ser unánimes entre los consumidores y así mismo el diferencial ofrecido puede no ser relevante para todos. Por esta razón, es necesaria una segmentación que permita diferenciar y reconocer a los consumidores de servicios odontológicos para posteriormente tener la capacidad de responder a sus hábitos de consumo.

En el área de la salud, los conceptos de promoción y prevención son ampliamente conocidos y utilizados. El presente estudio pretende evaluar si dichos conceptos, planteados bajo los parámetros establecidos en la teoría enfocada en la regulación (Higgings, Friedman, & Harlow, 2001), resultan ser criterios válidos para una efectiva segmentación de los consumidores de servicios odontológicos de consulta particular..

El estudio se encuentra centrado en consumidores de estratos 3 (medio - bajo), 4 (medio), 5 (medio – alto) y 6 (alto); los cuales según las estadísticas del Departamento Administrativo de Planeación Municipal, concentran el 46,7% de la población total del municipio de Cali (Departamento Administrativo de Planeación Municipal, 2011). Dichos estratos fueron seleccionados, debido a que dada su capacidad adquisitiva, tienen mayor posibilidad de buscar servicios adicionales a los que ofrecen las entidades dentro del sistema general de salud.

3 Objetivos

3.1 Objetivo General

Segmentar el mercado de los consumidores de servicios odontológicos de consulta particular basándose en los conceptos de promoción y prevención.

3.2 Objetivos Específicos

Evaluar la posibilidad de utilizar los conceptos de promoción y prevención planteados en la teoría enfocada en la regulación, con el fin de segmentar el mercado de consumidores de servicios odontológicos de consulta particular.

Definir las conductas más relevantes de los usuarios en la consulta odontológica, que permitan identificar a los individuos pertenecientes a cada segmento.

4 Marco Teórico

En el marco teórico que se presenta a continuación se establecen las bases para la segmentación del consumidor de servicios odontológicos de consulta particular; primero, describiendo la base conceptual planteada por la teoría de la regulación y sus enfoques hacia la promoción y la prevención; segundo, transfiriendo estos conceptos al área de la salud y tercero, realizando una descripción de los rasgos más relevantes del proceso de compra de servicios de salud a la luz de investigaciones previamente realizadas por otros autores.

4.1 Teoría enfocada en la regulación: La satisfacción basada en la promoción y la satisfacción basada en la Prevención como criterios de segmentación

Desde la teoría de la motivación es posible describir y comprender los fundamentos que impulsan a un individuo. Al entender sus motivaciones, es posible determinar que estas provienen de necesidades aprendidas que se manifiestan a través del logro, el poder y la afiliación (McClelland, 1961). Estas tres necesidades del ser humano son adquiridas y alimentadas a lo largo de la vida por la cultura de la sociedad en la que se encuentran inmersos los individuos, la cultura de los padres, las normas y las experiencias vividas; de allí deben su denominación de necesidades aprendidas (Robbins, 1998).

Las necesidades de afiliación y poder son definidas como deseos orientados hacia la creación de relaciones interpersonales cercanas y capacidades de influir sobre el comportamiento de los demás (McClelland, 1961). La necesidad de logro, se refiere al impulso que sienten los seres humanos hacia la superioridad, el cumplimiento de estándares y la lucha constante por el éxito (McClelland, 1961).

Los modelos clásicos de motivación originada a partir del logro, suelen exponer los mecanismos por los cuales una nueva tarea genera sentimientos que son asociables con

tareas del pasado. De tal manera que, individuos con historias de éxito en actividades emprendidas durante el transcurso de sus vidas, experimentan reacciones que los impulsan a dirigirse decididamente hacia nuevas metas, en busca del sentimiento de orgullo y satisfacción asociable a la consecución de un logro. Por otro lado, individuos con historias de fracasos, pueden sentir vergüenza y deshonra al enfrentar una actividad y pueden llegar a evitarla (Higgings, Friedman, & Harlow, 2001). Estos sentimientos de orgullo o deshonra generados a partir de los resultados obtenidos en el pasado, regulan la forma de comportarse frente a un nuevo evento que plantea el cumplimiento de una meta semejante. Por ende, la percepción de capacidad de logro influye en la manera como las personas se orientan estratégicamente hacia la consecución de un nuevo objetivo (Higgings, Friedman, & Harlow, 2001).

Así, puede afirmarse que los seres humanos utilizan una estrategia personal de aproximación hacia las metas, influenciada por experiencias pasadas de éxito o fracaso. Sin embargo, sin importar cuál sea la estrategia, siempre estará al servicio de la misma finalidad: alcanzar un logro que se percibe como deseado o que se percibe como parte de un deber por cumplir. Esto origina, como lo plantea la teoría enfocada en la regulación, dos formas distintas de aproximación al objetivo, basadas en dos maneras distintas de percibir la meta: promoción y prevención (Crowe & Higgins, 1997).

La teoría enfocada en la regulación, es una extensión del modelo clásico de motivación por el logro que busca explicar el efecto regulatorio que ejercen las experiencias previas de éxito de los individuos sobre la forma como se abordan y asumen nuevas tareas (Higgins, 1998). Plantea que todo comportamiento que se dirige hacia una meta es regulado por dos sistemas motivacionales o enfoques regulatorios: uno de ellos está basado en la promoción y el otro está basado en la prevención (Crowe & Higgins, 1997).

Cuando las metas representan aspiraciones y anhelos de avance, crecimiento y logro, los seres humanos se inclinan estratégicamente a buscar su progreso alcanzando objetivos, que no son más que representaciones de un estado ideal que motiva al individuo a canalizar sus ansias persiguiendo opciones y oportunidades considerables

como aciertos que lo acerquen a la meta (Crowe & Higgins, 1997). Esta es la base del enfoque regulatorio basado en la promoción.

Por otra parte, cuando las metas representan deberes, obligaciones o responsabilidades, los seres humanos se inclinan estratégicamente hacia buscar su progreso siendo prudentes y precavidos con el fin de evitar errores y desaciertos, que no son más que posibilidades de alejarse de la meta (Crowe & Higgins, 1997). Esta es la base del enfoque regulatorio basado en la prevención. A continuación se señalan con mayor profundidad las características más relevantes de cada uno de estos enfoques.

4.1.1 Enfoque regulatorio basado en la promoción

Las personas que utilizan la promoción como inclinación estratégica para alcanzar sus metas, tienden a canalizar sus ansias y esfuerzos de forma entusiasta con el fin de aproximarse a un objetivo deseado. Los individuos con historias de éxito basadas en la promoción, asumen las nuevas tareas con alta persistencia y baja apatía, ya que conciben las metas como logros, aspiraciones o anhelos que deben alcanzarse con el fin de avanzar, crecer y realizarse (Crowe & Higgins, 1997).

Con el fin de asegurar la consecución de sus objetivos, las personas que se enfocan en la promoción, realizan todo tipo de acciones que puedan acercarlos al logro deseado y evitan omitir o pasar por alto opciones y oportunidades que puedan ayudarlos. De esta forma, puede afirmarse que los individuos que se orientan hacia la promoción se inclinan estratégicamente hacia asegurar el triunfo y evitar errores por omisión (Crowe & Higgins, 1997).

Precisamente para asegurar el triunfo, los individuos que se orientan hacia la promoción, suelen utilizar decididamente todas las tácticas a su alcance con el fin de aproximarse a sus metas. Consumidores con este perfil resuelven sus necesidades generando diferentes alternativas que sirvan como opciones para dirigirse de forma acertada hacia un resultado final deseado. Generar opciones es una forma de evitar la omisión de oportunidades y de aproximarse estratégicamente a la meta a través de diferentes vías.

Los diferentes estudios realizados al respecto (Higgings, Friedman, & Harlow, 2001), indican que al momento de generar alternativas de solución a un problema dado o a una situación en particular, los individuos enfocados hacia la promoción suelen ser más fluidos, tienden a visualizar el mismo problema desde diferentes puntos vista y son más versátiles en la gama de soluciones que pueden proponer.

Con relación a sus experiencias anteriores, los individuos enfocados hacia la promoción suelen ser correctivos; es decir, toman elementos de sus errores pasados, los corrigen y aplican en las situaciones presentes (Higgings, Friedman, & Harlow, 2001). Esto les permite ser eficientes en sus nuevos retos a pesar de haber experimentado errores o fallos previamente; sin embargo, la necesidad de generar opciones en diferentes vías con el fin de evitar omisiones y su alta tendencia a asumir riesgos, necesariamente facilitan la aparición de nuevos errores durante el proceso (Crowe & Higgins, 1997).

4.1.2 Enfoque regulatorio basado en la prevención

La personas que utilizan la prevención como inclinación estratégica para alcanzar sus metas, tienden a realizar una vigilancia preventiva de los errores e inconvenientes que puedan alejarlos de la consecución del objetivo deseado (Higgings, Friedman, & Harlow, 2001). Los individuos con historias de éxito basadas en la prevención, asumen las nuevas tareas con prudencia y precaución, ya que visualizan la consecución de una meta como su deber, obligación o responsabilidad (Crowe & Higgins, 1997).

Con el fin de asegurar la consecución de sus objetivos, las personas que se enfocan en la prevención, están atentas a asumir nuevos retos cuidadosamente, controlando y vigilando las acciones que realizan como un mecanismo para evitar cometer errores y desaciertos, rechazando todo tipo de actividades que no estén claramente encaminadas hacia el logro de sus objetivos. Consecuentemente, puede afirmarse que individuos inclinados hacia la prevención tienden a ser estratégicamente prudentes y precavidos, evitando cometer errores y rechazando desaciertos (Crowe & Higgins, 1997).

Para asegurar el triunfo, y en comparación a quienes se orientan hacia la promoción, los individuos que regulan sus logros a través de la prevención suelen generar menos alternativas que sirvan como opciones para dirigirse de forma acertada hacia un resultado final deseado. Un número más reducido de opciones es necesariamente una forma de concentrarse en una actividad y propósito puntual, reduciendo la posibilidad de error y dispersión. Los diferentes estudios realizados al respecto (Higgings, Friedman, & Harlow, 2001), indican que al momento de generar alternativas de solución a un problema o a una situación, los individuos enfocados hacia la prevención suelen ser menos fluidos, visualizan sus problemas desde uno o unos pocos puntos de vista y son menos versátiles en la gama de soluciones que pueden proponer. Controlar el número y la calidad de opciones generadas para alcanzar sus objetivos es necesariamente una forma de evitar cometer errores y de aproximarse estratégicamente a la meta afrontando los retos de forma puntual y no a través de múltiples recursos (Crowe & Higgins, 1997).

Con relación a sus experiencias anteriores, los individuos enfocados hacia la prevención suelen ser anticipatorios; es decir, son especialmente cuidadosos en no replicar errores del pasado en sus situaciones presentes (Higgings, Friedman, & Harlow, 2001). Esto les permite ser eficientes en sus nuevos retos, evitando los errores o fallos experimentados previamente. Es así como su escaza tendencia a asumir riesgos, los protege de la aparición de nuevos errores durante el proceso; sin embargo, la prudencia y precaución con la que asumen sus actividades, los hace menos ágiles en la realización de la tarea y más propensos a abandonarla en caso de prever un fracaso (Crowe & Higgins, 1997).

4.1.3 El enfoque de promoción y prevención enfocado al área de la salud

Este estudio presenta los conceptos de promoción y prevención como mecanismos que utiliza el consumidor durante el proceso de toma de decisiones al enfrentar problemáticas de la vida cotidiana, y lo traslada al entorno de la salud, particularmente al de la salud oral.

Es importante aclarar que el significado de los términos promoción y prevención como inclinaciones estratégicas para la toma de decisiones, es diferente al significado típico que se le da a los mismos términos en el área de la salud.

La primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud reunida en Ottawa en 1986, declaró que: “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.” (Organizacion Mundial de la Salud, 1986)

Así, basados en el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el área de la salud el término promoción hace referencia a promover acciones saludables y adoptar medidas que contribuyan a prevenir enfermedades y sus posibles complicaciones utilizando como herramientas la educación para la salud, la comunicación y la información (Sosa Rosales, 2010) (Restrepo, 2005).

El concepto de prevención por su parte está íntimamente ligado al proceso salud – enfermedad y ha sido definido como la aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria), curarla (prevención secundaria) y devolver las capacidades perdidas (prevención terciaria) (Franco, 1994).

Comparando ambos términos es importante anotar que tanto la promoción como la prevención persiguen como meta la salud, pero la prevención lo hace situando su punto de referencia desde la enfermedad, la cual tiene como límite la muerte. O sea, el objetivo de la prevención es la ausencia de enfermedad. En contraposición, la promoción hace

énfasis en la optimización del estado de bienestar, entendiendo la salud como un camino sin principio ni final. Además, la promoción formula e implanta políticas saludables y cambios en el entorno de vida del individuo. En este sentido la promoción hace énfasis en el desarrollo de habilidades personales, en el fortalecimiento de la acción comunitaria y destaca la responsabilidad del individuo en la solución de problemas que afectan su salud (Uribe J., 1999).

De tal manera que el término promoción que se utiliza durante el presente estudio no puede entenderse de la forma como lo ha definido la OMS, sino como una tendencia del individuo hacia asumir sus enfermedades y su salud en general con un enfoque curativo. Por esta razón, de este punto en adelante se continuará haciendo referencia a la inclinación estratégica hacia la promoción planteada en la teoría enfocada en la regulación, utilizando el término inclinación estratégica hacia un enfoque curativo.

Algo similar sucede con el término prevención, que debe asimilarse como una tendencia del individuo hacia asumir sus enfermedades y su salud en general con un enfoque preventivo. Por esta razón, de este punto en adelante se continuará haciendo referencia a la inclinación estratégica hacia la prevención planteada en la teoría enfocada en la regulación, utilizando el término inclinación estratégica hacia un enfoque preventivo.

4.2 El proceso de compra de servicios de salud

Todo servicio de atención médica u odontológica presupone una relación entre la organización que presta el servicio, ya bien sea una clínica o un profesional independiente, a quien en lo sucesivo se le denominará el prestador del servicio; y el consumidor, a quien en lo sucesivo se le denominará el usuario.

Las actividades que constituyen el proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad que generalmente el usuario percibe como una alteración de la salud o del bienestar. En algunos casos, el prestador del servicio puede ser el primero en detectarla y esto puede desencadenar un proceso que lleva a la atención médica, pero lo

normal es que sea el consumidor el que demande la atención inicial al percatarse de su estado carencial (Priego Alvarez, 2005).

El proceso de compra de un servicio de salud, y en particular de un servicio de odontología, no dista mucho del proceso de compra de cualquier otro servicio. El punto de partida del proceso es el reconocimiento de la necesidad de visitar a un odontólogo (necesidad sentida), con el fin de obtener una solución a sus problemas de salud dental (cura), o de mejorar su apariencia personal a través de la realización de modificaciones estéticas en su dentadura (estética). La necesidad genera que el individuo busque mayor información con relación al servicio de salud requerido (Priego Alvarez, 2005).

El proceso de búsqueda de la atención utiliza como parámetros las experiencias previas del usuario, los comentarios que ha recibido con anterioridad acerca de un prestador, la información publicitaria disponible y el concepto de amigos, familiares y personas de confianza que hayan usado el servicio o servicios similares. Con la información obtenida, se establecen los posibles prestadores, se evalúa y decide donde asistir en busca de soluciones, estableciendo así el contacto que inicia la atención (Priego Alvarez, 2005).

Cabe anotar que la selección del prestador y la decisión de compra por parte del usuario está basada en expectativas, deseos, anhelos y ofrecimientos de un resultado que es inicialmente intangible: La compra se realiza basada en la proyección de un tratamiento cuya consecución implica la interacción con el usuario y la utilización de un servicio cuyo resultado sólo se percibe al final del proceso. De tal manera que el usuario evaluará tanto la calidad de la interacción durante la prestación del servicio, como el resultado final obtenido, y es este conjunto el que debe cumplir con la promesa de valor que motivó inicialmente la compra.

Según el grado de satisfacción obtenido, el usuario asumirá diferentes conductas de consumo, decidiendo recomendar al profesional, visitarlo nuevamente, comprar de nuevo sus servicios, quejarse o realizar comentarios; finalizando así el proceso de compra del servicio de salud. (Priego Alvarez, 2005)

5 Metodología

5.1 Población y muestra

La muestra del presente estudio fue seleccionada por muestreo no probabilístico de conveniencia y está integrada por usuarios que visitaron la clínica odontológica Silvio López Implantes y Estética Dental entre el 02 y el 07 de mayo de 2011, y que aceptaron voluntariamente ser incluidos en el estudio luego de cumplir los criterios de exclusión.

5.1.1 Descripción de la muestra

Para la realización del estudio fueron encuestadas y observadas 92 personas, de las cuales el 55.43% (51 personas) pertenecen al sexo masculino y el 44.57% (41 personas) restante al sexo femenino. La edad media de los encuestados es 36,5 años, con una desviación estándar de 11,75; siendo la edad mínima 18 y la máxima 75.

La mayor parte de la muestra pertenece a los estratos cinco (43,47%) y cuatro (32,60%). Los individuos restantes pertenecen a los estratos tres (16,30%) y seis (7,63%). La antigüedad media de asistencia a la consulta de los participantes en el estudio es de 15,67 meses; siendo la antigüedad mínima cero (paciente nuevo) y la máxima 72 meses.

Los aspectos más relevantes de la muestra seleccionada se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

TOTAL ENCUESTAS	92	
DISTRIBUCION POR GENERO	55,43% HOMBRES	44,57% MUJERES
EDAD MEDIA	36,5 AÑOS	
EDAD MINIMA Y MAXIMA	18 AÑOS Y 75 AÑOS	
ANTIGÜEDAD MEDIA	15,67 MESES	
ANTIGÜEDAD MIN Y MAX	0 MESES Y 72 MESES	
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR ESTRATO	3	16,30%
	4	32,60%
	5	43,47%
	6	7,63%

5.1.2 Criterios de inclusión y exclusión

Para la participación en el estudio se seleccionaron sólo aquellos usuarios que asistían por primera vez a consulta odontológica, o aquellos quienes a pesar de haber asistido previamente no habían iniciado procedimiento y asistían para iniciar uno nuevo.

Los usuarios con procedimientos en curso o inconclusos al momento de la realización del estudio y que asistían para concluirlos fueron excluidos. Dicha exclusión se debe a que el contacto previo con el profesional puede alterar las conductas observables antes, durante y al finalizar la consulta odontológica; adicionalmente, la guía de observación no fue diseñada para el registro del comportamiento de este grupo de usuarios.

Los usuarios que asistieron a consulta debido a una urgencia, también fueron excluidos, esto debido a que la mayoría de los procedimientos de urgencias odontológicas tiene relación con la presencia de dolor o ansiedad por parte del usuario; situaciones que en gran medida alteran el comportamiento habitual antes, durante y después de la consulta.

5.2 Recolección de datos

5.2.1 Instrumentos para la recolección de datos

Para la recolección de los datos necesarios para la realización del estudio se utilizaron dos instrumentos: el cuestionario de reacción ante eventos (RFQ: Regulatory Focus Questionnaire) (Higgings, Friedman, & Harlow, 2001) y una guía de observación cualitativa desarrollada por el investigador. Las características de cada instrumento serán detalladas a continuación y los formatos se incluyen en los anexos 9.1, 9.2 y 9.3.

5.2.1.1 El cuestionario de reacción ante eventos RFQ

El RFQ fue creado como instrumento de medición con el objetivo de interpretar el sentido que le dan los individuos a sus historias de éxito, alcanzando sus metas a través del uso

de la promoción o la prevención como orientaciones estratégicas. Fue presentado por Harlow, Friedman y Higgins en 1997, como parte de un manuscrito realizado en la Universidad de Columbia que nunca fue publicado (Higgings, Friedman, & Harlow, 2001).

Utilizando como parámetro la autorregulación por promoción o por prevención, los ítems del RFQ miden la percepción que un individuo tiene de sus historias de éxito o fracaso.

El RFQ en su versión en inglés, se encuentra consignado en el anexo 9.1. De los 11 ítems que componen el cuestionario, los ítems 1, 3, 7, 9, 10 y 11 pertenecen a la escala Promoción y los ítems 2, 4, 5, 6, y 8 a la escala Prevención. Junto a cada pregunta se encuentra consignada en rojo la carga proveniente del análisis factorial, que fue obtenida por los creadores del instrumento en su fase final utilizando el método de extracción de káiser (SPSS ALPHA; SPSS) y la rotación oblimin. Los ítems con cargas factoriales negativas son anotados inversamente en la escala de cálculo.

La validez de los once ítems del cuestionario RFQ ha sido comprobada en múltiples investigaciones posteriores (Higgings, Friedman, & Harlow, 2001). Sin embargo, no existe una versión del cuestionario traducida y validada al idioma español, razón por la cual debió realizarse la adaptación del cuestionario previa a su aplicación (Anexo 9.2).

5.2.1.1.1 Procedimiento para la adaptación del cuestionario RFQ al español:

Teniendo en cuenta que el instrumento RFQ se encuentra ampliamente validado para su utilización en la versión en inglés, se procedió a traducirlo cuidadosamente conservando el contexto y sentido original de las preguntas. Sin embargo, es importante anotar que dicha traducción no tiene el propósito de validar el cuestionario en español . De tal manera que, el cuestionario resultante es una adaptación al español de un cuestionario ampliamente validado en inglés, pero su uso no puede ser generalizado.

Para obtener un cuestionario RFQ adaptado al español, se realizó una traducción inicial de la totalidad de los ítems de la versión en inglés. Durante éste proceso se encuentra que la pregunta No. 3 del cuestionario RFQ en ingles: “How often have you

accomplished things that got you “psyched" to work even harder?”, pierde su sentido al ser traducida al español debido a la dificultad de encontrar un sinónimo para el término “psyched”, que incluso se encuentra demarcado con comillas en el cuestionario original, indicando su origen coloquial. Por tal razón, y teniendo en cuenta dicha dificultad, además de ser la pregunta con la carga proveniente del análisis factorial más baja del cuestionario (0.37), se decide eliminarla para la adaptación en español.

Dicha eliminación hace que del cuestionario inicial de 11 ítems, en donde 6 ítems pertenecen a la escala de promoción y 5 ítems a la escala de prevención; se obtenga una adaptación al español de 10 ítems, 5 ítems para cada escala, luego de la eliminación del ítem 3 del cuestionario RFQ en ingles, perteneciente a la escala de promoción.

De tal manera que, en el cuestionario adaptado, los ítems 1, 6, 8, 9 y 10 pertenecen a la escala de Promoción y los ítems 2, 3, 4, 5 y 7 pertenecen a la escala de Prevención. El cuestionario RFQ en su versión adaptada al español se encuentra en el anexo 9.2.

5.2.1.2 Guía de Observación

Como complemento al cuestionario RFQ, fue diseñada una Guía de Observación con el objetivo de evaluar conductas de los usuarios en la consulta odontológica. Está compuesta por 16 ítems relacionados con tres momentos que fueron considerados trascendentales durante la consulta: espera, atención, y finalización de la consulta.

La totalidad de los ítems fueron formulados pensando que la conducta descrita sería observable en personas con inclinación estratégica hacia la prevención, siguiendo como parámetros para su redacción los lineamientos generales de las características que presentan las personas que se orientan hacia la prevención, planteadas en la teoría enfocada en la regulación (Higgings, Friedman, & Harlow, 2001). Para la formulación de los ítems fueron tenidos en cuenta tópicos tales como el comportamiento del usuario en la sala de espera, el tipo de información que selecciona para leer, su conducta ante el proceso que le será realizado, su conducta ante los costos del tratamiento, su conducta ante el profesional y la solicitud de indicaciones adicionales entre otras.

Para facilitar su diligenciamiento por parte de la persona encargada de la observación, los ítems se limitaron a una respuesta cerrada con dos opciones: si ó no. La opción “si” denota la aparición u observación de la conducta mencionada en la guía y por ende una inclinación estratégica hacia la prevención. La opción “no” denota la ausencia de la conducta y por ende una inclinación estratégica hacia la promoción. La sumatoria de conductas observadas o no observadas permitirá determinar la tendencia del usuario hacia la promoción o hacia la prevención.

5.2.1.2.1 Momento 1: El usuario en la sala de espera

Se refiere al tiempo que transcurre desde la llegada del usuario a la clínica, hasta cuando es invitado al área de consultorios para el inicio de su cita. Las conductas a observar durante la estadía en sala de espera están consignadas en 6 ítems.

5.2.1.2.2 Momento 2: Durante la atención en la consulta odontológica.

Se refiere al tiempo que transcurre desde que el ingreso al área de consultorios hasta que el odontólogo finaliza el procedimiento. Las conductas a observar durante la atención en la consulta odontológica están consignadas en 7 ítems.

5.2.1.2.3 Momento 3: Al finalizar la consulta

Se refiere al tiempo que transcurre desde finalización del procedimiento hasta que el paciente se marcha. Las conductas a observar durante la finalización de la consulta están consignadas en 3 ítems.

5.2.2 Procedimiento para la recolección de los datos:

Los usuarios que asistieron a consulta o valoración en la clínica odontológica Silvio López Implantes y Estética Dental durante los días 02 al 07 de mayo del año en curso, y

que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del estudio, fueron invitados a participar. La invitación consistió en dar a conocer el objetivo del estudio e indicar que el diligenciamiento de la encuesta tomaría un tiempo promedio de 5 minutos. Se hizo énfasis en el carácter voluntario del proceso, en el hecho de que no estaría en ningún momento relacionado con el servicio odontológico ofrecido y en la confidencialidad en su diligenciamiento, razón por la cual no era necesario colocar el nombre o firmar el cuestionario. Ningún usuario del servicio se negó a participar.

Los encuestados recibieron el RFQ para ser diligenciado antes de su ingreso a la consulta odontológica y tomaron 5 minutos en promedio para completarlo, tal como se encontraba estipulado en el instructivo. La sensación de anonimato en las respuestas se conservó utilizando un número de identificación para la encuesta ubicado en el anverso de la hoja y relacionando en un formato el número de encuesta entregada con el nombre del encuestado. El cuestionario diligenciado debía depositarse en una urna destinada para tal fin en la sala de espera. La numeración de cada encuesta permitió relacionar las respuestas del RFQ con la información obtenida a partir de la guía de observación.

Posteriormente, cada persona encuestada esperó en la sala 10 minutos en promedio, tiempo durante el cual fue observada por un miembro del personal auxiliar del servicio odontológico, a través del monitor de un conjunto de cámaras instaladas en la sala de espera. Dicha observación estuvo destinada a diligenciar los ítems de la guía de observación que correspondían al momento 1: El usuario en la sala de espera.

Pasado el tiempo de observación, cada usuario ingresó a la consulta que tenía programada. El miembro del personal auxiliar del servicio odontológico que diligenció los datos del momento 1, continuó con el diligenciamiento de los momentos 2 y 3 de la guía a medida que se desarrollaba la consulta. La totalidad de las Guías de Observación fueron diligenciadas por el mismo funcionario del servicio.

El día laboral previo a la realización del estudio, la persona encargada del diligenciamiento de la guía de observación recibió una inducción referente su manejo, los ítems que la componen y su diligenciamiento. Adicionalmente, como ejercicio piloto, la

persona entrenada elaboró 10 guías de observación durante la atención del mismo número de usuarios del servicio, con el fin de calibrar el registro de los datos.

Una vez observada la totalidad de la muestra, se relacionaron los cuestionarios utilizando su número de identificación y se procedió al procesamiento de los datos.

5.2.3 Ambiente creado en la clínica para la realización del estudio

Para la recolección de los datos requeridos se realizaron una serie de adaptaciones en la sala de espera de la clínica odontológica, con el fin de facilitar la evaluación de los ítems consignados en el momento 1 del instrumento Guía de Observación.

Se colocaron en mesas separadas revistas de salud y revistas de farándula en una zona visible a los usuarios. Las revistas de salud fueron seleccionadas de tal manera que correspondieran a publicaciones recientes y que tuvieran en su contenido temas relacionados con salud oral. Las revistas de farándula seleccionadas fueron los números recientes de Tv y Novelas y Caras. Además, se colocó el control remoto del televisor en un sector visible de la sala de la espera, de tal manera que los usuarios pudieran encender el televisor y escoger los canales a sintonizar con total libertad. Folletos informativos sobre temas relacionados con blanqueamiento dental, técnicas de cepillado, cepillos dentales y uso de seda dental, fueron colocados en una mesa adicional igualmente visible. Las cámaras presentes en la sala de espera fueron enfocadas hacia el sillón del usuario, el televisor y las mesas con el fin de observar cuidadosamente el comportamiento de los usuarios estudiados.

5.3 Procesamiento de datos

A continuación se explica la forma como fueron procesados los datos provenientes de cada instrumento.

5.3.1 Procesamiento de datos cuestionario RFQ

Los datos provenientes de 92 cuestionarios válidos se tabularon en el editor de datos SPSS 15.0 para Windows. Por cada cuestionario fueron registradas 10 variables con los nombres RFQ1T, RFQ6, RFQ8T, RFQ9 y RFQ10T para la escala de promoción y RFQ2T, RFQ3T, RFQ4, RFQ5T y RFQ para la escala de prevención; donde la parte numérica de la variable corresponde al orden de cada ítem en el cuestionario. Las variables correspondientes a los ítems 1, 2, 3, 5, 7, 8 y 10 fueron recodificadas invirtiendo sus valores debido a su carga inversa, utilizando la herramienta “transformar” del editor de datos SPSS. Las variables recodificadas se identifican con la letra T.

Con las variables RFQ1T, RFQ2T, RFQ3T, RFQ4, RFQ5T, RFQ6, RFQ7T, RFQ8T, RFQ9 y RFQ10T; se realizan las correlaciones entre ítems de la escala de promoción y de prevención por separado y los análisis de fiabilidad para cada escala. Posteriormente se realizó el análisis factorial con el programa R, utilizando el paquete psych.

Finalmente, se realizó la normalización de las variables. Las variables normalizadas de los ítems de cada escala fueron transformadas en dos variables de destino denominadas “promoción” y “prevención”. Dichas variables de destino fueron utilizadas para la correlacionar los resultados del cuestionario RFQ con los de la Guía de Observación.

5.3.2 Procesamiento de datos Guía de Observación

Los datos provenientes de 92 cuestionarios válidos se tabularon en el editor de datos SPSS 15.0 para Windows. Por cada Guía de Observación se registraron 16 variables con nombres que resumen el contenido de cada ítem y numeración desde X1 hasta X16. Con dichas variables fueron realizadas las correlaciones entre ítems, al igual que el análisis de fiabilidad. Posteriormente se realizó el análisis factorial con el programa R, utilizando el paquete psych. Finalmente, se realizó la normalización de las variables y su transformación en una variable de destino denominada “Conductas”, la cual fue utilizada para la correlacionar los resultados de la Guía de Observación con los del cuestionario RFQ.

6 Análisis de Resultados

6.1 Correlación entre ítems

Para facilitar la presentación de los resultados, inicialmente se muestran por separado las correlaciones entre ítems y el análisis factorial para cada uno de los instrumentos. Posteriormente se correlacionan y validan los resultados de los dos instrumentos con el fin de determinar la utilidad de su aplicación simultánea.

6.1.1 Correlación entre ítems del RFQ

Al observar las correlaciones entre los ítems del RFQ se encuentra coherencia entre ellos (Tabla 2).

Tabla 2. CORRELACION ENTRE ITEMS CUESTIONARIO RFQ

		MEDIA	DESV.STD	RFQ01T	RFQ06	RFQ08T	RFQ09	RFQ10T	RFQ02T	RFQ03T	RFQ04	RFQ05T
PROMOCION	RFQ01T	3,42	1,10									
	RFQ06	3,49	1,03	0,733**								
	RFQ08T	3,34	0,94	0,529**	0,677**							
	RFQ09	3,63	0,82	0,454**	0,565**	0,547**						
	RFQ10T	3,18	0,96	0,528**	0,662**	0,587**	0,394**					
PREVENCION	RFQ02T	2,86	1,27	-0,529**	-0,499**	-0,63**	-0,398**	-0,536**				
	RFQ03T	2,99	1,12	-0,653**	-0,592**	-0,651**	-0,504**	-0,619**	0,775**			
	RFQ04	3,27	1,04	-0,601**	-0,504**	-0,533**	-0,293**	-0,569**	0,77**	0,849**		
	RFQ05T	2,84	1,26	-0,781**	-0,723**	-0,630**	-0,473**	-0,611**	0,664**	0,751**	0,731**	
	RFQ07T	2,96	1,26	-0,486**	-0,568**	-0,666**	-0,388**	-0,512**	0,69**	0,591**	0,632**	0,695**

**** La correlación es significativa al nivel 0,01 (Bilateral)**

Tanto los ítems correspondientes a la inclinación estratégica hacia la promoción (enfoque curativo), como hacia la prevención (enfoque preventivo), presentan correlaciones significativas y similares a las del estudio que dio origen al instrumento

(Higgings, Friedman, & Harlow, 2001). Lo anterior demuestra que la adaptación del RFQ original en inglés a su versión en español, no distorsiona la correlación original entre ellos. Los niveles de correlación entre la totalidad de los ítems del instrumento RFQ son significativos al nivel 0,01 (Bilateral).

6.1.2 Correlación entre ítems de la Guía de Observación

Las correlaciones entre ítems de la Guía de Observación presentan variaciones; sin embargo, la gran mayoría de ellas son significativas al nivel 0,01 (Bilateral) (Tabla 3). Cabe anotar que el ítem X13: Muestra interés por el proceso o desea observarlo (OBSERVAPROCESO), presenta la mayor cantidad de correlaciones no relevantes con los demás ítems y sólo guarda una correlación significativa con 5 de 16 ítems. Este comportamiento se encuentra muy por debajo del promedio de los ítems de la guía, que guardan correlaciones significativas al nivel 0,01 con al menos 11 de 16 ítems.

Tabla 3. CORRELACION ENTRE ITEMS GUIA DE OBSERVACION

	MEDIA	DESV. STD	TELE VARIEDADES	LEE FARANDULA	INDAGA COSTOS	HA COTIZADO	MIRA DIPLOMAS	TELE SALUD	LEE SALUD	TOMA FOLLETO	SOLICITA EXPLICACION	CONOCE PACIENTES	ESCUCHA EXPLICACION	CONOCE INFO	OBSERVA PROCESO	INDAGA CUIDADOS	INDAGA CONTROL
TELE VARIEDADES	0,54	0,50															
LEE FARANDULA	0,55	0,50	0,803**														
INDAGA COSTOS	0,62	0,49	0,585**	0,604**													
HA COTIZADO	0,61	0,49	0,607**	0,760**	0,564**												
MIRA DIPLOMAS	0,50	0,50	-0,393**	-0,503**	-0,336**	-0,535**											
TELE SALUD	0,46	0,50	-1,000**	-0,803**	-0,585**	-0,607**	0,393**										
LEE SALUD	0,40	0,49	-0,717**	-0,915**	-0,590**	-0,660**	0,421**	0,717**									
TOMA FOLLETO	0,36	0,48	-0,498**	-0,469**	-0,208*	-0,422**	0,385**	0,498**	0,357**								
SOLICITA EXPLICACION	0,47	0,50	-0,366**	-0,475**	-0,433**	-0,543**	0,457**	0,366**	0,387**	0,162							
CONOCE PACIENTES	0,45	0,50	-0,276**	-0,252*	-0,288**	-0,267*	0,197	0,276**	0,157	0,333**	0,124						
ESCUCHA EXPLICACION	0,60	0,49	-0,396**	-0,423**	-0,414**	-0,385**	0,288**	0,396**	0,401**	0,429**	0,191	0,379**					
CONOCE INFO	0,57	0,50	-0,408**	-0,389**	-0,236*	-0,389**	0,351**	0,408**	0,317**	0,473**	0,206*	0,257*	0,264*				
OBSERVA PROCESO	0,33	0,47	-0,340**	-0,263*	-0,362**	-0,345**	0,278**	0,340**	0,186	-0,037	0,231*	0,029	0,145	0,236*			
INDAGA CUIDADOS	0,65	0,48	-0,486**	-0,563**	-0,478**	-0,492**	0,456**	0,486**	0,506**	0,499**	0,364**	0,379**	0,378**	0,602**	0,216*		
INDAGA CONTROL	0,49	0,50	-0,456**	-0,435**	-0,353**	-0,418**	0,283**	0,456**	0,350**	0,311**	0,347**	0,391**	0,448**	0,332**	0,108	0,349**	
INDICACION ADICIONAL	0,48	0,50	-0,433**	-0,542**	-0,325**	-0,570**	0,479**	0,433**	0,457**	0,554**	0,281**	0,324**	0,430**	0,357**	0,077	0,425**	0,413**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (Bilateral)

* La correlación es signifacte al nivel 0,05 (Bilateral)

6.2 Análisis Factorial:

6.2.1 Análisis factorial cuestionario RFQ

El análisis de los ítems se realizó utilizando el método de eje principal con transformación ortogonal de los factores. La siguiente tabla presenta los resultados para una solución con dos factores (Tabla 4).

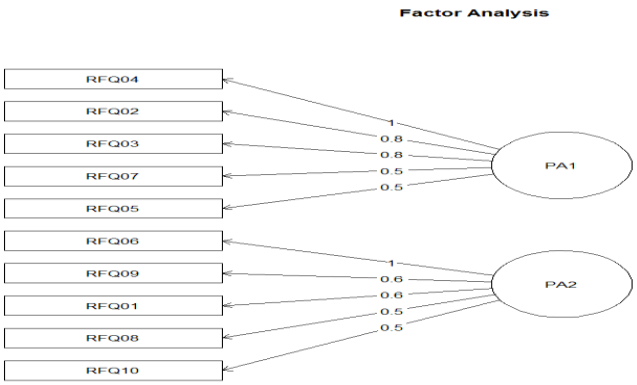
Tabla No. 4. ANALISIS DE EJE PRINCIPAL PARA RFQ

	Factor 1	Factor 2	h^2	u^2
RFQ01	-0,24	**0,56**	0,40	0,5999
RFQ02	**0,84**	0,02	0,70	0,2970
RFQ03	**0,77**	-0,13	0,63	0,3670
RFQ04	**1,01**	0,17	1,02	-0,0173
RFQ05	**0,47**	-0,45	0,47	0,5346
RFQ06	0,13	**1,00**	1,00	0,0029
RFQ07	**0,53**	-0,25	0,36	0,6351
RFQ08	-0,28	**0,53**	0,39	0,6055
RFQ09	0,01	**0,61**	0,37	0,6270
RFQ10	-0,29	**0,45**	0,32	0,6802
Suma cuadrado cargas	3,12	2,55		
Var. % total	0,31	0,26		
Var. Acumulada	0,31	0,57		
Cargas correspondientes al factor en negrilla				
h^2: comunalidad				
u^2: exclusividad o varianza única				

Los ítems 2, 3, 4, 5 y 7 son representativos del primer factor, que es en este caso la inclinación estratégica hacia la prevención (enfoque preventivo). Los ítems 1, 6, 8, 9 y 10 son representativos del segundo factor, que es en este caso la inclinación estratégica hacia la promoción (enfoque curativo). El total de los ítems del factor 1 logran predecir el 31% de la variación relativa en la inclinación estratégica de los individuos, mientras que los ítems del factor 2 predicen el 26% del total. Los dos factores en total explican un total del 57% de las inclinaciones estratégicas de los usuarios.

Los ítems 4 y 6 son los que presentan la capacidad predictiva más alta en cada factor. Las capacidades predictivas de los demás ítems en cada factor se representan en la Figura 1.

Figura 1. Análisis factorial: RFQ



Los factores resultantes exhiben una buena confiabilidad interna (Cronbach alfa=0,923 para prevención y Cronbach alfa=0,868 para promoción). El RFQ en su adaptación al español conserva un patrón de dos factores y valores de confiabilidad similares a los del estudio que originó el instrumento (Higgings, Friedman, & Harlow, 2001).

6.2.2 Análisis factorial Guía de Observación

El análisis de los ítems se realizó utilizando el método de eje principal con transformación ortogonal de los factores. La tabla 5 presenta los resultados iniciales, los cuales arrojan una solución con tres factores.

TABLA No. 5 ANALISIS DE EJE PRINCIPAL PARA GUIA DE OBSERVACIÓN

		Factor 1	Factor 2	Factor 3	h^2	u^2
X1	LEE DIPLOMAS	0,13	**0,29**	0,48	0,36	0,6358
X2	TELE VARIEDADES	**1,01**	-0,03	0,10	0,99	0,0061
X3	TELE SALUD	**-1,01**	0,03	-0,10	0,99	0,0061
X4	LEE FARANDULA	**0,59**	-0,07	-0,32	0,52	0,4817
X5	LEE SALUD	**-0,59**	-0,02	0,28	0,47	0,5264
X6	TOMA FOLLETOS	-0,08	**0,84**	-0,28	0,70	0,3016
X7	SOLICITA EXPLICACION DEL PROCESO	0,03	-0,04	**0,65**	0,41	0,5933
X8	CONOCE A OTROS PACIENTES	0,06	**0,56**	-0,07	0,30	0,6996
X9	INDAGA COSTOS	0,37	0,05	**-0,41**	0,34	0,6623
X10	HA COTIZADO	0,15	0,16	**0,57**	0,43	0,5691
X11	ESCUCHA Y HACE PREGUNTAS	-0,08	**0,49**	0,02	0,25	0,7503
X12	REFIERE CONOCER INFO Y ACLARA DUDAS	-0,01	**0,52**	0,05	0,28	0,7223
X13	MUESTRA INTERES POR EL PROCESO	-0,20	-0,22	**0,38**	0,22	0,7821
X14	INDAGA CUIDADOS	-0,01	**0,51**	0,21	0,36	0,6441
X15	PREGUNTA FECHA DE CONTROL	-0,10	**0,40**	0,09	0,20	0,8005
X16	SOLICITA INDICACIONES ADICIONALES	0,05	**0,61**	0,13	0,42	0,5810
	Suma cuadrado cargas	3,02	2,51	1,71		
	Var. % total	0,19	0,16	0,11		
	Var. Acumulada	0,19	0,35	0,45		

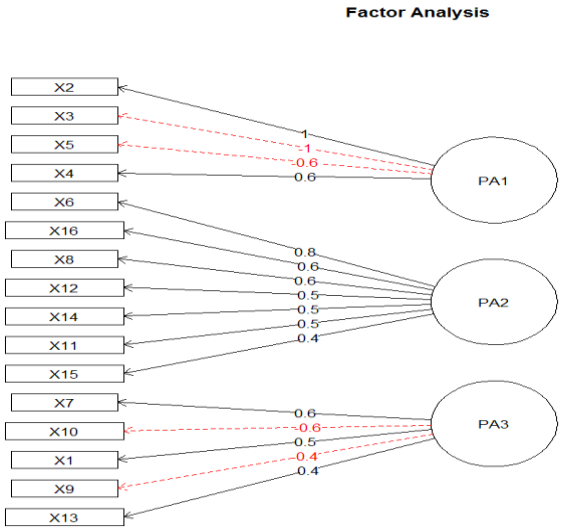
Cargas correspondientes al factor en negrilla

h^2: comunalidad

u^2: exclusividad o varianza única

Las capacidades predictivas de los ítems de la Guía de Observación pertenecientes a cada factor se presentan en la Figura 2:

Figura 2. Análisis factorial: conductas observadas



La confiabilidad interna de los tres factores resultantes sólo es aceptable para los ítems del factor 2 (Cronbach alfa=0,833). El análisis de confiabilidad del factor 1 (Cronbach alfa=-30,205) y del factor 3 (Cronbach alfa=-1,078), generó valores negativos debido a una covarianza promedio negativa entre los elementos; por tal razón, se procedió a analizar los elementos pertenecientes a cada factor.

Realizando una evaluación cuidadosa de los 4 elementos que componen el factor 1 se observa que debido a la formulación de los enunciados, los ítems X2 (Mira la televisión y se detiene en programas de variedades) y X3 (Mira la televisión y se detiene en canales de salud), al igual que los ítems X4 (Lee revistas de farándula) y X5 (Busca información en revistas de salud disponibles en la sala), son mutuamente excluyentes y presentan resultados idénticos pero de signo contrario, lo cual indica que si un usuario hace una actividad, no hace la otra. Por tal motivo se decide eliminar los ítems X2 y X4.

Al evaluar los 5 elementos que componen el factor 3 se observa que los dos ítems relacionados con costos del tratamiento, X9 (Indaga acerca de costos del tratamiento y

facilidades de pago) y X10 (Refiere que ha realizado varias cotizaciones para el mismo tratamiento); y los dos ítems relacionados con las conductas del usuario ante el proceso de tratamiento, X7 (Solicita explicación del proceso que le será realizado en la consulta) y X13 (Muestra interés por el proceso o desea observarlo); se separan de los demás ítems de la guía de observación en un factor con una capacidad predictiva muy baja, que solo explica las conductas del usuario en un 11% del total. Además, la separación de estas variables en un factor puede indicar que en conjunto los ítems relacionados con conductas frente al costo del tratamiento y su proceso de realización no están midiendo la inclinación estratégica del usuario hacia la promoción o hacia la prevención, si no otra clase de comportamientos. Por tal motivo se decide eliminar los ítems X7, X9, X10 y X13. Una vez eliminados 6 ítems en total, se analizan nuevamente los 10 ítems finales, encontrando una solución con un solo factor. Los resultados se presentan en la tabla 6.

Tabla 6. ANALISIS DE EJE PRINCIPAL PARA GUIA DE OBSERVACIÓN

	Factor 1
EL USUARIO DEL SERVICIO BUSCA EN LA SALA LOS DIPLOMAS DEL PROFESIONAL Y LOS LEE	**0,575**
MIRA LA TELEVISION Y SE DETIENE EN LOS CANALES DE SALUD	**0,734**
BUSCA INFORMACION EN REVISTAS DE SALUD DISPONIBLES EN LA SALA	**0,669**
TOMA FOLLETOS INFORMATIVOS DISPONIBLES EN LA SALA, LOS LEE O LOS LLEVA	**0,684**
REFIERE CONOCER A OTROS PACIENTES QUE HAN SIDO ATENDIDOS Y LOS RESULTADOS QUE HAN OBTENIDO	**0,458**
ESCUCHA LAS EXPLICACIONES DEL ODONTOLOGO Y HACE PREGUNTAS	**0,592**
HACE REFERENCIA A INFORMACION QUE CONOCE Y BUSCA ACLARAR DUDAS	**0,595**
INDAGA ACERCA DE LOS CUIDADOS QUE DEBE OBSERVAR PARA CONSERVAR SU TRATAMIENTO	**0,728**
PREGUNTA SI DEBE REGRESAR A CONSULTAS DE CONTROL Y CUANDO	**0,574**
SOLICITA INDICACIONES ADICIONALES	**0,686**

Cargas correspondientes al factor en negrilla

Los 10 ítems seleccionados son representativos de un factor único, en este caso conductas cuya aparición denota una inclinación estratégica hacia la prevención (enfoque preventivo). Debido a que las observaciones en la guía son tabuladas con “si” en caso de la aparición de la conducta o con “no” en caso de ausencia de la misma, la

no aparición de las conductas denotaría una inclinación estratégica hacia la promoción (enfoque curativo), permitiendo de esta forma la segmentación.

La confiabilidad interna para el factor resultante (Cronbach alfa=0,867) es adecuada y valida el uso de los ítems seleccionados como herramienta para segmentar los usuarios utilizando la aparición o ausencia de ciertas conductas como criterio.

6.3 Relación entre instrumentos

Con el fin de correlacionar los resultados obtenidos del RFQ y la guía de observación, las variables normalizadas de los ítems de la escala de promoción y de la escala de prevención del RFQ, y las variables normalizadas correspondientes a los 10 ítems finalmente seleccionados de la Guía de Observación, fueron transformadas en tres variables de destino que fueron denominadas “promoción”, “prevención” y “conductas”.

Utilizando estas tres variables que resumen los resultados del estudio se realizó una primera correlación con las variables demográficas: género, edad, estrato, antigüedad y complejidad como variables de control. Los resultados de las correlaciones se presentan en la tabla 7.

Tabla 7. CORRELACIONES ENTRE VARIABLES FINALES

	GENERO	EDAD	ESTRATO	ANTIGÜEDAD	COMPLEJIDAD	PROMOCION	PREVENCION
GENERO							
EDAD	-0,043						
ESTRATO	0,016	0,071					
ANTIGÜEDAD	-0,158	0,316**	-0,028				
COMPLEJIDAD	-0,290**	0,336**	0,079	0,283**			
PROMOCION	-0,024	-0,079	-0,244*	0,036	-0,041		
PREVENCION	0,145	0,002	0,161	-0,018	0,086	-0,786**	
CONDUCTAS	0,1	-0,019	0,162	-0,103	-0,075	-0,800**	0,808**

**** La correlación es significativa al nivel 0,01 (Bilateral)**

*** La correlación es significante al nivel 0,05 (Bilateral)**

No se observan correlaciones significativas entre las variables demográficas y las variables “promoción”, “prevención” y “conductas”. Por tal razón se decide realizar una nueva correlación utilizando sólo las variables objeto de estudio. Los resultados de la correlación entre las variables “promoción”, “prevención” y “conductas”, se presentan en la tabla 8.

Tabla 8. CORRELACIONES VARIABLES

	PROMOCION	PREVENCION
PROMOCION		
PREVENCION	-0,786**	
CONDUCTAS	-0,800**	0,808**

**** La correlación es significativa al nivel 0,01 (Bilateral)**

Las correlaciones entre las variables objeto de estudio dejan en evidencia que existe una relación significativa entre los ítems del RFQ y los ítems finalmente seleccionados de la Guía de Observación. Además, que dicha relación es independiente de variables como el género, la edad, el estrato socioeconómico, la antigüedad del usuario en la conducta o la complejidad del procedimiento que va a realizarse.

7 Conclusiones y Recomendaciones

Es posible realizar la segmentación de los usuarios de servicios odontológicos de consulta particular utilizando los criterios de promoción y prevención planteados en la teoría enfocada en la regulación. Para tal fin, deben tomarse como base una serie de conductas cuya aparición indica una inclinación estratégica hacia la prevención (enfoque preventivo) o cuya ausencia indica una inclinación estratégica hacia la promoción (enfoque curativo).

Para determinar dicha inclinación, debe observarse el comportamiento del usuario antes, durante y después de la consulta odontológica y contabilizar las conductas observables. A mayor cantidad de conductas observables, mayor será la tendencia del usuario hacia la prevención. En sentido contrario, a mayor cantidad de conductas observables menor será la tendencia hacia la promoción. Cabe anotar que esto es posible siempre y cuando las conductas a observar se encuentren formuladas de tal manera que su presencia indique inclinación estratégica hacia la prevención (enfoque preventivo), o su ausencia denote inclinación hacia la promoción (enfoque curativo).

De acuerdo con los hallazgos del estudio, la aparición o ausencia de las conductas seleccionadas permite determinar el enfoque estratégico del usuario independientemente de variables demográficas como el estrato socioeconómico, la edad, el género, la antigüedad en la consulta o la complejidad del procedimiento a realizar.

Las diez conductas más relevantes durante la consulta odontológica, que al ser observables permiten la segmentación de los usuarios son:

- El usuario del servicio busca en la sala los diplomas del profesional y los lee.
- Mira la televisión y se detiene en los canales de salud.
- Busca información en revistas de salud disponibles en la sala.

- Toma folletos informativos disponibles en la sala, los lee o los lleva.
- Refiere conocer a otros pacientes que han sido atendidos y los resultados que han obtenido.
- Escucha las explicaciones del odontólogo y hace preguntas.
- Hace referencia a información que conoce y busca aclarar dudas.
- Indaga acerca de los cuidados que debe observar para conservar su tratamiento.
- Pregunta si debe regresar a consultas de control y cuando.
- Solicita indicaciones adicionales.

Recomendaciones para futuros estudios:

Se recomienda la realización de futuras investigaciones que enriquezcan y depuren las conductas a observar en los usuarios, permitiendo una segmentación cada vez más efectiva del mercado de consumidores de servicios odontológicos de consulta particular.

Cabe anotar que, basándose en los hallazgos del presente estudio y en la experiencia del investigador en el manejo de usuarios de servicios odontológicos, es importante considerar que conductas relacionadas con la posición del usuario ante el costo del tratamiento o el proceso que se seguirá para la realización del mismo, no son buenos criterios para construir ítems que tengan como finalidad la segmentación de los usuarios. Se llega a la conclusión de que existe la posibilidad de que en un medio como el colombiano, en donde el presupuesto familiar y el costo de los productos y servicios suele ser una preocupación común a todos los estratos socioeconómicos, el costo del tratamiento es importante tanto para quienes se inclinan estratégicamente hacia la promoción (enfoque curativo) como para quienes lo hacen hacia la prevención (enfoque preventivo). Algo similar puede suceder con la conducta del usuario ante el proceso que se seguirá para la realización de su tratamiento, el cual es de interés para todos indistintamente de su inclinación estratégica.

Es importante resaltar que el presente estudio no pretende validar una versión en español del cuestionario RFQ. Como sugerencia metodológica para futuros estudios, el investigador recomienda la realización del proceso de validación de la versión en

español del cuestionario. Dicho proceso debe incluir un estudio cualitativo que permita hacer una traducción conceptual del término “psyched”, del ítem 3 del cuestionario RFQ en inglés. Posterior al análisis cualitativo, se sugiere confirmar la pertinencia de la traducción del concepto “enfoque hacia la promoción y prevención” estadísticamente.

Sin embargo, cabe anotar que a pesar de la no realización de un proceso de validación de la versión del cuestionario adaptada al español, puede observarse que los ítems traducidos se comportan estadísticamente de manera similar a como lo hacen en la versión original en inglés.

Recomendaciones para la industria:

Este estudio concluye que, para el caso de la clínica odontológica estudiada, la segmentación de los consumidores de servicios odontológicos de consulta particular es posible mediante el uso de los criterios de promoción y prevención planteados en la teoría enfocada en la regulación. El logro de una efectiva segmentación, puede facilitar los esfuerzos de mercadeo encaminados a vender los servicios de una forma más eficaz y eficiente, basándose en las características e intereses de cada segmento. El presente estudio demuestra que la observación de la conducta del consumidor antes, durante y después de la consulta odontológica puede orientar el reconocimiento de segmentos del mercado y constituye una herramienta de fácil manejo tanto para el odontólogo como para su personal auxiliar.

Por tal razón, el investigador recomienda la sensibilización tanto del personal auxiliar como de los odontólogos, con el fin de implementar en la práctica diaria la observación guiada de la conducta de sus usuarios, como herramienta de reconocimiento de sus intereses y posible predictor de sus comportamientos. La incorporación de la segmentación de los usuarios en el ejercicio diario de la consulta odontológica, puede permitir al profesional el reconocimiento de motivaciones y deseos de sus clientes, que van más allá de las necesidades dentales evidentes en el examen clínico, facilitando de esta manera un conocimiento más profundo y asertivo del usuario que permitirá la construcción de una relación cliente – empresa más intima y duradera.

8 Bibliografía

Arnau, M. (08 de Diciembre de 2008). *El nuevo consumidor colombiano.* Recuperado el 01 de Septiembre de 2010, de www.dinero.com: http://www.dinero.com/administradores/mercadeo/nuevo-consumidor-colombiano_51171.aspx

Crowe, E., & Higgins, T. (1997). Regulatory Focus and Strategic Inclinations: Promotion and Prevention in Decision-Making. *Organizational Behavior and Human Decision Processes , 69* (2), 117–132.

Departamento Administrativo de Planeación Municipal. (2011). *Alcaldía de Cali.* Recuperado el 01 de Diciembre de 2011, de http://planeacion.cali.gov.co/dapweb/index.asp

Elespectador.com. (03 de Agosto de 2009). *Elespectador.com.* Recuperado el 06 de Junio de 2011, de http://www.elespectador.com/articulo154179-odontologos-desafian-recesion

Escobar, C. (Noviembre de 2007). *Publicidad médica: Compromiso con los pacientes.* Recuperado el 05 de Septiembre de 2010, de Salud y Estetica en Colombia: http://www.saludyesteticaencolombia.com/negocios/MainAnnounce2.asp?key=50

Franco, S. (1994). Proceso vital humano - Proceso salud enfermedad: Una nueva perspectiva. En *Memorias de ética, universidad y salud* (págs. 67 - 68). Santa Fé de Bogotá.

Higgings, E. T., Friedman, R., & Harlow, R. E. (2001). Achievement orientations from subjective histories of success: promotion pride versus prevention. *European Journal of Social Psychology , 31*, 3-23.

Higgins, E. T. (1998). Promotion and prevention: Regulatory focus as a motivational principle. *Advances in Experimental Social Psychology* , 1-46.

McClelland, D. (1961). *The Achieving society.* Nueva York: Van Nostrand Reinhold.

Organizacion Mundial de la Salud, O. (21 de Noviembre de 1986). *Carta de Ottawa.* Recuperado el 6 de Junio de 2011, de http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf

Posada A., J., & Arango C., A. (1998). ¿Qué pasa con la práctica odontológica en Colombia? *Revista CES Odontología , 11* (2), 61 - 62.

Priego Alvarez, H. R. (2005). *Consumo en Salud: Análisis Mercadológico del Comportamiento del Consumidor Sanitario.* Tesis Doctoral del Programa de Doctorado en Salud Pública y Métodos de Investigación Biomédica, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Restrepo, H. E. (2005). Conceptos, evolución histórica y enfoques de promoción de la salud. *Seminario Taller "Promoción de la salud".* Medellin: Facultad de Salud Universidad de Antioquia.

Robbins, S. P. (1998). *La administración en el mundo de hoy.* Mexico D.F.: Prentice Hall.

Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (2005). *Comportamiento del consumidor.* Mexico: Pearson Educación de México.

Silva, Y. (2005). Calidad de los servicios privados de salud. *Revista de Ciencias Sociales , 11* (1), 167 - 177.

Sosa Rosales, M. d. (2010). *Promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades.* Recuperado el 06 de Junio de 2011, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf

Uribe J., T. M. (Septiembre de 1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Revista de la Facultad de Enfermeria Universidad de Antioquia* .

9 ANEXOS

9.1 Regularory Focus Questionnaire (RFQ):

This set of questions asks you about specific events in your life. Please indicate your answer to each question by circling the appropriate number below it.				
1. Compared to most people, are you typically unable to get what you want out of life? [-0.65]				
1	2	3	4	5
Never or seldom		**Sometimes**		**Very often**
2. Growing up, would you ever ``cross the line'' by doing things that your parents would not tolerate? [-0.80]				
1	2	3	4	5
Never or seldom		**Sometimes**		**Very often**
3. How often have you accomplished things that got you ``psyched'' to work even harder? [0.37]				
1	2	3	4	5
Never or seldom		**A few times**		**Many times**
4. Did you get on your parents' nerves often when you were growing up? [-0.65]				
1	2	3	4	5
Never or seldom		**Sometimes**		**Very often**
5. How often did you obey rules and regulations that were established by your parents? [0.56]				
1	2	3	4	5
Never or seldom		**Sometimes**		**Always**
6. Growing up, did you ever act in ways that your parents thought were objectionable? [-0.84]				
1	2	3	4	5
Never or seldom		**Sometimes**		**Very often**
7. Do you often do well at different things that you try? [0.54]				
1	2	3	4	5
Never or seldom		**Sometimes**		**Very often**
8. Not being careful enough has gotten me into trouble at times. [-0.55]				
1	2	3	4	5
Never or seldom		**Sometimes**		**Very often**
9. When it comes to achieving things that are important to me, I find that I don't perform as well as I ideally would like to do. [-0.51]				
1	2	3	4	5
Never true		**Sometimes true**		**Very often true**
10. I feel like I have made progress toward being successful in my life. [0.81]				
1	2	3	4	5
Certainly false				**Certainly true**
11. I have found very few hobbies or activities in my life that capture my interest or motivate me to put effort into them. [-0.53]				
1	2	3	4	5
Certainly false				**Certainly true**
	Items Prevención			Items Promoción

9.2 Cuestionario RFQ versión español:

La siguiente serie de preguntas indagan acerca de eventos específicos de su vida. Por favor indique su respuesta a cada pregunta utilizando la escala de uno a cinco. Para su conveniencia, la escala y su interpretación se ubicarán en la parte inferior de cada pregunta, por favor conteste encerrando en un círculo el número apropiado:

1. Comparado con las demás personas, ¿Típicamente no le es posible obtener lo que quiere en su vida?				
1	2	3	4	5
Nunca o pocas veces		**Algunas veces**		**Muy frecuentemente**

2. Al crecer, ¿Alguna vez "cruzó la línea" haciendo cosas que sus padres no toleraban?				
1	2	3	4	5
Nunca o pocas veces		**Algunas veces**		**Muy frecuentemente**

3. ¿Frecuentemente sacaste de casillas a tus padres cuando crecías?				
1	2	3	4	5
Nunca o pocas veces		**Algunas veces**		**Muy frecuentemente**

4. ¿Con qué frecuencia obedecía las reglas y regulaciones establecidas por sus padres?				
1	2	3	4	5
Nunca o pocas veces		**Algunas veces**		**Siempre**

5. Al crecer, ¿Alguna vez actuó de una manera que sus padres consideraran cuestionable?				
1	2	3	4	5
Nunca o pocas veces		**Algunas veces**		**Muy frecuentemente**

6. ¿A menudo hace bien las diferentes cosas que intenta?				
1	2	3	4	5
Nunca o pocas veces		**Algunas veces**		**Muy frecuentemente**

7. No ser suficientemente cuidadoso me ha metido a veces en problemas				
1	2	3	4	5
Nunca o pocas veces		**Algunas veces**		**Muy frecuentemente**

8. Cuando se trata de lograr cosas que son importantes para mí, encuentro que no me desempeño tan bien como idealmente quisiera hacerlo.				
1	2	3	4	5
No es cierto		**Algunas veces es cierto**		**Muy frecuentemente cierto**

9. Siento que progreso hacia el éxito en mi vida.				
1	2	3	4	5
Totalmente falso				**Totalmente cierto**

10. He encontrado muy pocos hobbies o actividades que capturen mi interés o me motiven a poner empeño en ellos.				
1	2	3	4	5
Totalmente falso				**Totalmente cierto**

	Ítems Prevención		Ítems Promoción

9.3 Guía de Observación

GUIA DE OBSERVACION

Antes de diligenciar recuerde tomar los siguientes datos de la historia clínica del paciente

NOMBRE:				
GENERO:	**F**	**M**	**EDAD:**	
ESTRATO:			**ANTIGÜEDAD:**	

MOMENTO 1: EL USUARIO EN LA SALA DE ESPERA

	SI	NO
X1: El usuario del servicio busca en la sala los diplomas del profesional y los lee.		
X2: Mira la televisión y se detiene en los programas de variedades.		
X3: Mira la televisión y se detiene en los canales de salud.		
X4: Lee revistas de farándula		
X5: Busca información en revistas de salud disponibles en la sala		
X6: Toma folletos informativos disponibles en la sala, los lee o los lleva.		

MOMENTO 2: DURANTE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA ODONTOLOGICA

	SI	NO
X7: Solicita explicación del proceso que le será realizado en la consulta.		
X8: Refiere conocer a otros pacientes que han sido atendidos y los resultados que han obtenido.		
X9: Indaga acerca de costos del tratamiento y facilidades de pago.		
X10: Refiere que ha realizado varias cotizaciones para el mismo tratamiento.		
X11: Escucha las explicaciones del odontólogo y hace preguntas.		
X12: Hace referencia a información que conoce sobre el tema y busca aclarar dudas.		
X13: Muestra interés por el proceso o desea observarlo.		

MOMENTO 3: AL FINALIZAR LA CONSULTA

	SI	NO
X14: Indaga acerca de los cuidados que debe observar para conservar su tratamiento.		
X15: Pregunta si debe regresar a consultas de control y cuando.		
X16: Solicita indicaciones adicionales.		

Espacio para diligenciamiento exclusivo por parte del odontologo tratante

PROCEDIMIENTO REALIZADO

COMPLEJIDAD

BAJA	MEDIA	ALTA