



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PARÁMETROS DE EVALUACIÓN EN LA CALIDAD DEL
SERVICIO ODONTOLÓGICO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

HEIDY LIZ VILLADÓZOLA CORTÉS

TUTORA: Lic. MARÍA CRESCENCIA GONZÁLEZ GARCÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



*Al término de esta etapa de mi vida, quiero
expresar un profundo agradecimiento a quienes
con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a
lograr esta hermosa realidad.*



Agradezco enormemente a mi madre la Sra. Nunila Cortés Díaz por su gran amor, apoyo, paciencia, motivación y comprensión incondicional. Por enseñarme que sí se puede mientras uno quiera. Y sobre todo por ser una excelente madre, y un ejemplo de fortaleza, te amo Gordita.

A mi padre el Sr. Víctor Villadózola Aguilar ya fallecido, te agradezco que me hayas enseñado que el estudio es importante para poder defendernos en la vida. Gracias por todas tus enseñanzas que a pesar de los años siguen vivas en mí. Te amo papá, sé que estarías muy feliz de estar aquí, para ver la culminación de esta etapa en mi vida.

A mis hermanas, Azucena, Guadalupe, Citlali y Anaíd, no sé cómo agradecer todo su apoyo, sobre todo moral, académico y económico, siempre confiando en mí y alentándome a seguir, niñas las amo!!! Yo sé que cuento con ustedes incondicionalmente, y ustedes siempre contarán conmigo. Son las hermanas más maravillosas del mundo.

A mi sobrino Víctor G. Villadózola y a mi primo Alan Peña, por ser dos personitas muy importantes para mí, sé que cuento con su amor y apoyo incondicional.

A mi cuñado Rafael Quiroz, por su apoyo, ya más de 15 años, a mi abuelita Juliana, tía Eufrosina y Karen gracias a ustedes porque siempre están ahí.



Mi agradecimiento eterno a mi Alma Máter la Universidad Nacional Autónoma de México, que me brindó la oportunidad de iniciar mis estudios de bachillerato en CCH Oriente, y posteriormente por brindarme todo lo necesario para mi formación profesional dentro de la Facultad de Odontología. Soy "Orgullosamente UNAM".

Gracias al CD. Juan Medrano Morales, por el apoyo y dedicación dentro de este seminario, sus enseñanzas, experiencia y su entero interés para el desarrollo de este trabajo.

Gracias a mi Tutora Lic. María Crescencia González García. Por aceptar la tutoría para la realización de esta tesina. Por brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia, fundamentales para la culminación de este trabajo.

Gracias al C.D, Jorge Triana Estrada Director de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y al C. D. M. C Fernando Francisco Calderón Juárez, por la información proporcionada para el desarrollo de este trabajo.

Gracias a cada uno de los doctores que participaron en mi desarrollo profesional, sin su ayuda y conocimientos no estaría en donde me encuentro ahora. Especialmente C.D. Felipa de Jesús Ávila Ramírez y C.D. Andrea Lara Pérez Soto, por su interés en mi formación profesional.



A mis amigas que estuvieron conmigo y compartimos tantas aventuras, experiencias, desveladas y triunfos. Gracias a cada una de ustedes por hacer que mi estancia en la facultad fuera inolvidable Lorena Carrasco, Dulce García, Martha Palafox, Erika Martínez, Laura Carbajal, Edith Martínez, Wendy Guzmán, por su apoyo, comprensión, confianza y sobre todo por brindarme su amistad, que a pesar de que nuestros tiempos ahora no son compatibles, seguimos viéndonos con el mismo gusto. Las quiero mucho.

A Liliana Flores, Berenice Licea, Yesenia del Río, personas con las que nunca creí terminar este proceso, como olvidar las porras mutuas que nos dábamos para poder culminar nuestros trabajos. También a ustedes gracias por su amistad.

Al grupo 4 generación 2005-2010 con el cual viví una etapa maravillosa, llena de muy buenos momentos dentro y fuera de la facultad, Alba, Bety, Mae, Aivle, Mary, es difícil mencionar a todos , ¡los quiero! .Al servicio social de admisión donde encontré a personas maravillosas Marco A. Posadas gracias por todo. A la periférica Vallejo, Alejandra Dávila y Carolina Salas. Y sobre a todo Sandra Rodríguez (tiki tiki) ese último año, fuiste un apoyo importante, de hecho el único, gracias por brindarme tu amistad, descubrí a un ser bondadoso y altruista. Nunca olvidare esos días de clínica “Aní te quiero mucho”, eres la onda.



Jair Andrade, Tania Maldonado y David Gutiérrez, Sandra Iturbe, que por medio de la UNAM, en bachillerato tuve la oportunidad de conocerlos gracias por todo este tiempo de amistad y por su apoyo, que a pesar de que no los veo mucho sé que cuento con ustedes incondicionalmente.

Y por último a todas aquellas personas que compartieron esta etapa en mi vida, que por el hecho de no mencionarlos no significa que no me acuerde de ustedes.

Gracias.



2.1.3	Equipamiento.	24
2.1.4	Material requerido.	25
2.1.5	Cuadro básico y catálogo de material de curación en odontología.	27
2.1.6	Botiquín de urgencias médicas.	37
2.1.7	Recursos humanos.	38
2.1.7.1	Recursos humanos del consultorio dental.	39
2.1.7.1.1	Número de personal.	39
2.1.7.1.2	Variabilidad del personal.	40
2.1.7.1.3	Características de la labor que desempeñan.	40
2.1.7.1.3.1	Cirujano Dentista.	40
2.1.7.1.3.2	Asistente dental.	41
2.1.7.1.3.3	Técnico dental.	41
2.1.7.1.3.4	Recepcionista de consultorio dental.	42
2.1.7.1.4	Calificación del personal.	42
2.2	Proceso.	44
2.2.1	Expediente clínico.	44
2.2.2.1	Historia clínica.	45
2.2.2.2	Carta de consentimiento bajo información.	46
2.2.2.3	Hoja de egreso voluntario.	47
2.2.2	Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación.	49
2.2.2.1	Diagnóstico.	49
2.2.2.2	Tratamiento.	50
2.2.2.3	Rehabilitación.	50
2.2.2.3.1	Receta Médica.	50
2.2.3	Bioseguridad.	52
2.2.3.1	Personal.	52
2.2.3.2	Paciente.	56
2.2.3.3	Esterilización.	57
2.2.4	Relación médico-paciente.	59



2.2.5	Catálogos de evaluación estomatológica del programa SICALIDAD.	60
2.2.5.1	Modelo de evaluación del expediente clínico estomatológico	61
2.2.5.2	Cédula de gestión de riesgo para la prevención y reducción de la infección estomatológica.....	66
2.3	Resultados.....	71
2.3.2	Cambios en los conocimientos y conductas adquiridos.	71
2.3.3	La satisfacción de los pacientes.....	71
2.3.4	Beneficios de alcanzar la satisfacción del paciente.....	73
2.3.5	Eficiencia, efectividad y eficacia.....	73
	Conclusiones	75
	Glosario	77
	Bibliografía	79



Introducción

En los últimos años la calidad de los servicios de salud ha adquirido gran importancia, principalmente por que los pacientes han tenido mayor participación en lo que concierne a su salud bucal.

Los parámetros de evaluación del servicio odontológico son las condiciones mínimas indispensables para la prestación de los servicios, con el objetivo de lograr una transformación dentro consultorio dental, para beneficio de los pacientes y así pueda ser considerado de calidad.

Son numerosos los enfoques que se le han dado al estudio de la calidad, la mayor parte de los trabajos realizados por algunos autores se centra en establecer parámetros determinantes para medir la calidad del servicio. Uno de los más aceptados que se ha convertido en el modelo de uso común es el propuesto por el Dr. Donabedian, quien propone dividir la atención en tres enfoques: *la estructura, el proceso y los resultados*, se ha convertido un modelo de uso común.

La estructura dentro de la calidad del servicio odontológico la integran los instrumentos, recursos humanos y físicos con los que se cuenta dentro del consultorio. Con lo que respecta al proceso tenemos que es un conjunto de actividades que como cirujanos dentistas realizamos con y para el paciente. Los resultados son los logros que obtenemos a nivel del estado salud del paciente.

Por tanto, la evaluación de la calidad permitirá identificar problemas y dimensionarlos, y compararlos con los resultados para realizar un análisis de la calidad prestada en el servicio.



El cirujano dentista depende directamente de sus pacientes por lo cual es necesario que conozca sus necesidades actuales, para que pueda cumplir y superar las expectativas.

En este trabajo nos enfocaremos a establecer parámetros que sean útiles y aplicables dentro de la prestación del servicio odontológico. Para lograr servicios confiables y de calidad.



Objetivo:

Conocer y difundir los parámetros utilizados para la evaluación de la calidad en el servicio odontológico.



Capítulo 1. Antecedentes Históricos. ¹

1.1 La calidad en el ámbito internacional.

A principios de 1900, la realidad hospitalaria en EEUU indicaba que existían grandes déficits y que los establecimientos no eran más que pensiones para los pacientes de escasos recursos, sin que existiera un responsable del cuidado suministrado, no se examinaba adecuadamente a los pacientes y los registros clínicos eran malos.

Estas y otras conclusiones surgen en 1910 del Informe Flexner, así denominado en virtud de que su autor es considerado el iniciador de las grandes transformaciones que tuvo la atención médica en EEUU en el siglo XX. Dicho documento constituye un informe publicado sobre la mala calidad de los servicios médicos de ese país.

En 1912 se funda el Colegio Americano de Cirujanos. Entre los objetivos centrales de la nueva institución, figuró la necesidad de desarrollar un sistema de estandarización hospitalaria. Luego de realizarse una importante reunión de especialistas en Chicago en 1917, se estableció formalmente, en 1918, el Programa del Colegio de Cirujanos de Estandarización de Hospitales. En lugar de medir los resultados finales, el programa midió el cumplimiento de los estándares relacionados con la calidad del cuidado. Como consecuencia de dicha iniciativa, en 1919, se informó que sólo 89 hospitales habían cumplido con los estándares y que 692 (de más de 100 camas) habían sido rechazados. Estas conclusiones fueron consideradas en su época como siniestras, por lo cual fueron quemadas las listas en las cuales estaban registrados los establecimientos a fin de evitar su difusión, no obstante 109 hospitales corrigieron sus deficiencias.



En diciembre de 1919, el Colegio Americano de Cirujanos adoptó cinco estándares oficiales para la prestación de cuidados en los hospitales, que se dieron a conocer:

1. Los médicos y cirujanos privilegiados para ejercer en hospitales se encuentren organizados como grupo o personal definido.
2. Los médicos y cirujanos tuvieran certificados médicos y licencias médicas legales, sean competentes en su propia especialidad y tuvieran respeto por las normas éticas de la profesión.
3. El personal debe adoptar normas, reglamentos y políticas, tendientes a gobernar el trabajo profesional. En especial, celebrará reuniones por lo menos una vez al mes y el análisis y evaluación en intervalos regulares de la experiencia clínica en los distintos servicios.
4. Demostrar la exactitud y registros clínicos completos de los casos de todos los pacientes y sean archivados de manera accesible en el hospital.
5. Tener instalaciones de diagnóstico y terapéuticas disponibles para el diagnóstico y tratamiento de pacientes, incluyendo patología, radiología y servicio de laboratorio.

El Dr. Franklin Martin uno de los profesores que desarrollaron el documento, expresaba que la intención de los mismos era “salvaguardar el cuidado del paciente..., la competencia de los doctores..., asegurar el correcto diagnóstico..... y prohibir la práctica de la división de honorarios bajo cualquier disfraz ”.

La observación desprejuiciada de la realidad y la conciencia creciente de que la calidad de atención debía ser mejorada fueron los estímulos iniciales que impulsaron la idea de desarrollar un programa de acreditación. Debido a esto



se crea la Joint Commission of Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO).

El número de hospitales aprobados, que en 1919 habían llegado a 89, fue de 3290 en 1950.

El proceso de acreditación incluyó distintas etapas, entre ellas: el desarrollo de estándares razonables; la difusión del pedido voluntario; la evaluación de los establecimientos realizado por profesionales concedores de los estándares; la realización de consultas y obtención de un consenso más amplio y, por último, las acciones correctoras realizadas por los establecimientos para mejorar la calidad de los servicios.

En 1966 la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) emprendió una revisión de los estándares entendiendo que la mayoría de los hospitales de EEUU habían logrado cumplir con los estándares mínimos, al mismo tiempo, el Gobierno Federal decidió tomar parte de la definición de los niveles mínimos aceptables. En 1965 el Congreso Americano aprobó la ley por la cual se creó el Medicare (Programa Federal de Atención Médica para mayores de 65 años) aceptando que los hospitales acreditados por la JCAHO estaban en condiciones de brindar servicios sin requerir otra certificación.

Actualmente evalúa aproximadamente a 9000 organismos para el cuidado de la salud, a través de un proceso voluntario de acreditación. Esta evaluación ha conducido a un replanteamiento de la orientación normativa de la JCAHO, entendiendo que los actuales estándares, estructurales y funcionales, no son del todo suficientes para mejorar la calidad de la atención hospitalaria.

Fuera de los EEUU la acreditación se extendió a distintos países. Además de Canadá, en 1973 Australia inició un programa similar que se mantiene en



vigencia. En Europa, Gran Bretaña, los Países Bajos y España tienen programas de evaluación.

En Asia, Corea del Sur tiene establecido un programa de acreditación para hospitales de referencia docentes. En Japón se ha desarrollado un programa denominado “Círculos de Calidad” tendientes a evaluar problemas relacionados con la calidad de la atención médica.

En América Latina y el Caribe existe además una importante tendencia vinculada al desarrollo de Programas de Garantía de Calidad en los últimos años.

En la República Argentina hubo diversas iniciativas del ámbito público y privado que fueron por ejemplo, desde la definición en su momento de niveles de complejidad hospitalaria, el sistema de acreditación de Residencias Médicas a través de la CONAREME, la certificación y recertificación de profesionales a través de Instituciones Científicas y Académicas, y algunas experiencias de acreditación voluntaria y privada de establecimientos.

1.2 El Desafío de la calidad en las organizaciones de salud.

En los últimos años, surgió en los Estados Unidos una serie de movimientos para mejorar la calidad de los procesos de sus productos industriales mediante varios métodos. La competencia de los mercados europeos y asiáticos llevó a este país a establecer incentivos para el control de la calidad de sus productos, inicialmente en las industrias manufactureras, como la del acero y la de productos electrónicos.

La Gestión de Calidad Total (TQM) y el Mejoramiento Continuo de la Calidad (CQI) son algunos de los modelos industriales más definidos. En Estados Unidos los profesionales de la salud comenzaron a utilizar estos modelos en los años 80s. Dentro de esta etapa se encuentran Joseph M. Juran, Philip



Crosby y W. Edwards Deming quien hizo una importante contribución a la industria manufacturera japonesa después de la Segunda Guerra Mundial. Deming, admitía que el control de la calidad mediante estadísticas era la base de la calidad de gestión y pensaba que la calidad podía mejorar si utilizáramos estas mismas técnicas para analizar los procesos y las relaciones entre los procesos. Joseph M. Juran, otro líder del movimiento para el mejoramiento de la calidad, se concentró en las responsabilidades administrativas. Su filosofía incluía la “Trilogía de Jurán”, que consistía en la planificación de la calidad, el control de la calidad y el mejoramiento de la calidad.

Para Philip B. Crosby la calidad es el establecimiento de patrones para lograr la ausencia total de defectos y que las instituciones deben establecer objetivos claros para sus esfuerzos de mejoramiento de la calidad.

En los Estados Unidos actualmente se considera que no existe un método único o particular que sea el mejor para la gestión de la calidad. La calidad depende del desempeño de las personas y de las estructuras, de los sistemas o los procesos y de los recursos disponibles para respaldar dicho desempeño.

Independientemente del enfoque, el establecimiento de un programa para mejorar el desempeño de los hospitales debe tener los siguientes principios:

1. El apoyo transferible de los dirigentes para las futuras decisiones relacionadas con la calidad de los servicios.
2. Contar con el ejemplo de dichos dirigentes, para también suponer que todos son responsables de la calidad.
3. Relacionar las prioridades institucionales inmediatas con la misión y el plan estratégico del hospital.



4. Proporcionar educación y capacitación a todo el personal hospitalario.
5. Incluir el estudio, por parte de los dirigentes, de la teoría, los principios y los métodos cuantitativos y cualitativos de las medidas de calidad en materia de salud.
- 6 Ofrecer capacitación a los facilitadores del proceso para mejorar el desempeño del personal.
7. Estimular el trabajo en equipo, la responsabilidad y los recursos necesarios para esta delegación.

1.3 La calidad en los servicios de salud en México.

En México, los primeros esfuerzos se realizaron en 1956 en el recién inaugurado hospital “La Raza”, por un grupo de médicos interesados en conocer la calidad con la que se estaba otorgando la atención médica. Con esto se dio paso a la creación de una Comisión de Supervisión Médica, cuyos logros fueron aprovechados por la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para editar el documento sobre “auditoría médica”. Según ese documento se agregaron los propios de la Secretaría de Salud, el del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores de Estado (ISSSTE), y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).²

En 1972, el proceso de auditoría médica se modernizó con la edición “Evaluación médica”, por la Subdirección general médica del IMSS, del documento y un año después con “El expediente clínico en la atención médica”.²

Entre 1972 y 1976, González Montesinos y colaboradores publicaron varios trabajos en los que aplicaron la evaluación del expediente clínico aportando



experiencias relevantes para mejorar la calidad de la atención médica y enfermería.²

En 1984 González Posada, Merelo Anaya, Aguirre Gas y Cabrera Hidalgo publicaron sus experiencias utilizando “la evaluación integral de la calidad de la atención médica” en el trabajo Sistema de Evaluación Médica, Progresos y Perspectivas e incorporaron los principios de la teoría de Donabedian, la satisfacción del usuario con los servicios recibidos y se agregó la satisfacción del prestador de servicios con el trabajo realizado por la institución con la calidad y eficiencia con que se otorga la atención médica en sus instalaciones.²

En 1985 se inició en el Instituto Nacional de Perinatología la primera experiencia de círculos de calidad en el país y América Latina, antecedente directo de mejora de la calidad total.²

En 1994 se llevó a cabo la primera encuesta específicamente dirigida para evaluar satisfacción con los servicio de salud. La encuesta, llevada a cabo por la Fundación Mexicana para la Salud mediante una muestra representativa de la población mexicana mayor de 18 años en todo el país, reveló que para esta población el principal problema de los servicios de salud es la “mala calidad” (44%), seguida de “falta de recursos”.²

1.3.1 Sistema integral de calidad (SICALIDAD).

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA) contempla en su tercera estrategia: “Situación la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”. En ésta se inscribe El Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), como el instrumento del Gobierno Federal para elevar la calidad de los servicios de salud, con enfoque en la mejora de la calidad técnica y seguridad del paciente, la calidad percibida por los usuarios y calidad en la gestión de los servicios de salud.³



Esta estrategia se incluye también en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) y está dirigida a corregir la principal causa de deficiencia en la calidad de los servicios de salud señalada por la Organización Panamericana de la Salud: falta de posicionamiento de los temas de calidad en las prioridades y agenda del sector salud.

El Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD), que se ha presentado en las diferentes entidades federativas, incluye proyectos de calidad percibida, calidad técnica y seguridad del paciente, calidad en la gestión de los servicios de salud, institucionalización de la calidad y proyectos de apoyo y reconocimiento.

1.3.2. Líneas de acción SICALIDAD.

a) Calidad percibida.

- Construir ciudadanía en salud: aval ciudadano.
- Percepción de los profesionales de la salud. Caminando con los trabajadores de la salud.
- Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones.

b) Calidad técnica y seguridad del paciente.

- Programa Nacional de Seguridad del paciente.
- Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN).
- Expediente Clínico Integrado y de Calidad (ECIC).
- Calidad de Vida en la Atención Materna: una Esperanza de Vida (CAMEV).
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PALIAR).
- Uso Racional de Medicamentos (URM).
- Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución (SUMAR).



- Atención Basada en la Evidencia: difusión, capacitación y seguimiento de Guías de Práctica Clínica (ABE-GPC).
- Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE).
- Calidad en la Atención Odontológica (CAO).
- Programa de Atención Domiciliaria (PAD).

c) Calidad en la gestión de los servicios de salud: Institucionalización de la calidad.

- Acreditación y Garantía de Calidad.
- INDICAS. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud.
- Comité Nacional por la Calidad en Salud. (CONACAS).
- Comités Estatales de Calidad en Salud (CECAS).
- Gestores de Calidad.
- Creación y fortalecimiento de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) en Hospitales y Atención Primaria.
- Modelo de Gestión para la Calidad Total hacia la competitividad adaptado al sector salud (MGCT).
- Currículum de Calidad y Seguridad del Paciente en la formación de profesionales.
- Vinculación a SICALIDAD del Programa de estímulos a la Calidad del desempeño del personal de salud.
- Plan de Mejora Continua para la Calidad y Seguridad del Paciente (PMC).

d) Proyectos de apoyo y reconocimiento.

- Proyectos de capacitación, publicaciones e investigación operativa en calidad.
- Compromisos de Calidad mediante Acuerdos de Gestión.
- Premio Nacional de Calidad en Salud.
- Premio Nacional a la Innovación en Calidad en Salud.



- Reconocimiento a la Memoria Anual del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Foro Nacional e Internacional de Calidad en Salud.
- Reuniones nacionales de SICALIDAD.
- Red SICALIDAD: Boletín.
- Instrucciones SICALIDAD.
- Evaluación del desempeño en Calidad y Seguridad del Paciente. (RADAR).³

1.3.3 La calidad en la atención odontológica.

Calidad técnica y seguridad del paciente. En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud lanzó la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, convocando a realizar una serie de acciones a favor de la seguridad del paciente. Con esta alianza se busca, además de la difusión del proyecto, identificar la dimensión de los problemas de seguridad, las posibilidades de modificación y control, los beneficios y costos agregados y los ajustes que tendrían que realizarse.

La inobservancia de los principios de seguridad en odontología ha mermado la calidad de los servicios de salud buco dental público y privado en el país. Es prioritario garantizar la seguridad, prevención, tratamiento y control de los procesos y procedimientos relacionados con el ejercicio de la profesión estomatológica, obligándose a la aplicación e implementación de conceptos éticos, clínicos, científicos y legales para evitar dañar a sus pacientes.⁴

1.3.3.1. Componentes de calidad en la atención odontológica (CAO)

Seguridad del Paciente Odontológico: Garantizar la seguridad del paciente en los centros de atención buco dental, mediante un diseño e implementación de esquemas de gestión de riesgos para la prevención de eventos adversos.⁵



Expediente Clínico Integrado y de Calidad en Estomatología. (ECIC). Implementar esquemas de capacitación, evaluación y seguimiento que promuevan la integración de un expediente clínico estomatológico con criterios uniformes y apego a la normatividad vigente, que permitan garantizar la calidad en la atención de los pacientes odontológicos.

Control de Infecciones en los Centros de Atención Buco dental (CICAB). Implementar un programa de gestión de riesgos por infecciones, para contribuir en la disminución de contaminación y presencia de infecciones en los centros de atención odontológica.

1.3.3.1.1. Aplicación del proyecto calidad en la atención odontológica.

En el marco de alineación al Sistema Integral de Calidad en Salud, SICALIDAD, desarrollará un sistema de asociación el cual garantice que cada unidad participante implementará el proyecto de Calidad en la Atención Odontológica, CAO, en un contexto de capacidad resolutiva, calidad y seguridad a favor de los pacientes.⁵

1.3.3.1.2 Etapas de aplicación del proyecto de calidad en la atención odontológica.

1a. Etapa de aplicación en la atención odontológica de primer nivel de los servicios estatales de salud, asociaciones gremiales e instituciones educativas con práctica odontológica.

2a. Etapa de aplicación en la atención de segundo nivel en los servicios estatales de salud.

3a. Etapa de aplicación progresiva en los centros de atención buco dental del tercer nivel.⁵



1.4 Definiciones y conceptos.

La calidad de la atención en servicios odontológicos se ha convertido en una necesidad para el profesional de la salud, es por esto que iniciaremos con definiciones básicas para un mejor entendimiento sobre el tema de Parámetros de Evaluación de la Calidad del Servicio Odontológico.

1.4.1 Parámetro.

Valor numérico o dato fijo que se considera en el estudio o análisis de una cuestión.⁶

1.4.2 Evaluación.

Definiremos *evaluación* como “todo proceso de comparación y emisión de un juicio de valor”.⁷

La cual clasificaremos en:

1.4.2.1 Evaluación sin estudios cuantitativos: la cual compara lo observado con estándares o normas previamente definidas como ideales, necesarias o adecuadas, tanto para la estructura como para el proceso de atención.⁷

1.4.2.2 Evaluación con estudios cuantitativos o investigación evaluativa: esta define en su diseño grupos control o testigos contemplando todos los datos recabados, de la investigación científica.⁷

1.4.3 Calidad.

La real academia Española define **calidad** como una “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como una igual, mejor o peor que los restantes de su misma especie”.⁸



La organización internacional de estandarización (ISO) define la **calidad** como “el grado en que la totalidad de las características de su producto, proceso o servicio que cumple con los requisitos para satisfacer las necesidades del cliente”.⁹

1.4.4 Calidad en salud.

Con respecto a salud se define calidad como “otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional y seguridad, con respeto a los principios éticos de la práctica médica, tendente a satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas.”¹⁰

La calidad de la atención médica es definida por Avedis Donabedian como: «El logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente.»¹¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que en el concepto de calidad en los servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos:

- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Mínimo riesgo para el paciente.
- Alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en la salud.¹²

1.4.5 Calidad en odontología.

Se define **calidad en Odontología** como la totalidad de rasgos y características del servicio odontológico, para satisfacer las necesidades de los pacientes.¹²



La calidad no es sinónimo de más tecnología, mejor trato, mejor costo, de más cantidad de trabajos realizados, de rapidez, de solución de los problemas del cliente, de capacidad técnica y ética del profesional; se puede decir que es la sumatoria de todos estos elementos.¹²



Capítulo 2. Parámetros para la evaluación en la calidad del servicio odontológico.

La asistencia que prestamos tiene que ser de una calidad que sea considerada como suficiente por otros profesionales de nuestro entorno y por los propios pacientes.

El enfoque planteado por Donabedian para la evaluación de la calidad de salud es aceptado en forma generalizada por el sector salud, de acuerdo a este enfoque la calidad se estudia y se mide teniendo en cuenta tres componentes esenciales: estructura, proceso y resultados.

2.1 Estructura.

En la clínica, el consultorio dental o cualquier institución sanitaria debe reunir las condiciones mínimas ambientales, espaciales y de seguridad de acuerdo a nuestras leyes y normas.¹³ Es decir se refiere a la cantidad y calificación del personal, los equipos e instrumentos disponibles, instalaciones y algunos otros recursos materiales.¹⁴

La construcción y equipamiento de los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud, en cualquiera de sus modalidades, se sujetará a las normas oficiales mexicanas que con fundamento en la Ley General de Salud y demás disposiciones generales aplicables, expida la Secretaría de Salud, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades competentes.¹⁵

2.1.1 Instalaciones.

Dentro del Reglamento de la Ley General de Salud el artículo 59 establece que:

Los consultorios deberán contar con las siguientes áreas

- Recepción o sala de espera,



- Área para entrevista con el paciente,
- Área para exploración física del paciente,
- Área de control administrativo,
- Instalaciones sanitarias adecuadas, y
- Las demás que fijen las Normas Técnicas.

Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios en su numeral 6.1.3 .establece que el consultorio de Estomatología debe de:

6.1.3.1 Contar con un área para el sillón dental y sus accesorios asegurando los espacios necesarios para circular con prontitud y seguridad, otra para preparación de materiales, esterilización tanto por calor como por procedimientos químicos y facultativamente, contar con un área para entrevistas y aparato de Rayos X dental. .¹⁶

Con respecto a las instalaciones la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales consultorios de atención médica especializada en su fracción 5 establece, los siguientes requisitos:

La calidad en el caso de:

- Pisos: materiales antiderrapantes, lisos, lavables.
- Muros: materiales lisos y que no acumulen polvo.
- Áreas húmedas: superficies repelentes al agua.
- Plafones: superficie lisa, continua, de fácil limpieza y mantenimiento.¹⁷

La instalación eléctrica requiere contactos apropiadamente distribuidos y en número suficiente para los equipos.



No usar extensiones eléctricas o contactos múltiples en un solo contacto. ¹⁸



Instalaciones del consultorio dental.

2.1.2 Ambientes complementarios.

Para actividades de endodoncia es necesario contar con un aparato de Rayos “X” dental que cuente con un generador que produzca tensiones entre 50 y 90 kv y corrientes entre 8 y 15 mA. El sistema debe permitir la modificación de los parámetros de la exposición para ajustarse a cada paciente.¹⁹

Debe disponer de un espacio para: preparación de materiales y otro para esterilización, ya sea por calor seco, húmedo o por procedimientos químicos

Con respecto al área de espera es necesario que proporcione comodidad y seguridad al paciente y su acompañante.¹⁹

En el establecimiento es necesario que cuente con ventilación e iluminación naturales o por medios artificiales y mecánicos.¹⁹



Los servicios sanitarios se adecuarán a la proporción que lo requiera la demanda de pacientes y acompañantes.¹⁹

No debe haber elementos o mobiliario que puedan causar lesiones a los usuarios.¹⁹

2.1.3 Equipamiento.

En el servicio odontológico, éste está determinado por el equipo mínimo necesario para la atención del paciente y consta principalmente de:

Mobiliario y Equipo mínimo requerido para el Consultorio de Estomatología.

Mobiliario

- Asiento para el odontólogo
- Mueble para escribir
- Mesa con tarja
- Mueble con cajonera
- Asientos para paciente y acompañante
- Guarda de materiales, instrumental o equipo
- Sistema para guardar expedientes clínicos
- Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y para residuos peligrosos



Equipo

- Compresora de aire para unidad dental, con arranque y paro automático, con sistema automático de purga de condensados, filtros de aire. Dentro de la norma oficial NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, en su numeral 6.1.3.4 indica que la compresora de aire, debe ser lo más silenciosa posible, con filtros para aire, aislamiento de fugas de aceite y aditamentos para purgarlo.
- Unidad dental con charola, portainstrumentos, escupidera y lámpara.
- Sillón dental con plataforma y respaldo reclinable. ¹⁹

2.1.4 Material requerido.

El material odontológico indispensable para efectuar la práctica clínica odontológica se considera fungible (que se desgasta con el uso), ya que son susceptibles a su permanente renovación, es por esto que hay que hacer una revisión constante para garantizar la calidad en la prestación del servicio según marca la Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Dentro del Apéndice Normativo "B" indica:

Material requerido en el consultorio de estomatología¹⁹

- Pieza de mano de alta velocidad esterilizable.
- Pieza de mano de baja velocidad esterilizable.
- Pinza de traslado con frasco refractario.



- Torundero con tapa.
- Alveolotomo, pinza gubia.
- Contrángulo.
- Cucharilla para cirugía.
- Cureta Mc Call, derecha e izquierda, juego (Cureta C K 6).
- Elevador con mango metálico, brazo angulado izquierdo o derecho, extremo fino y corto.
- Elevador, recto acanalado, con mango metálico, 2 mm.
- Elevador de bandera, izquierdo, con mango metálico, extremo en ángulo obtuso y hoja pequeña.
- Espátula de doble extremo.
- Espátula Estiques, doble punta de trabajo.
- Espátula para preparar alginato o yeso.
- Espejo dental, rosca sencilla, plano, sin aumento No. 5
- Autoclave, olla de presión o esterilizador de operación manual (2)
- Excavador White No.17
- Explorador de una pieza con doble extremo No. 5
- Fórceps. Diferentes medidas y adecuados al operador
- Jeringa Carpulle, con adaptador para aguja desechable calibre 27 larga o corta, con entrada universal o estándar. Hendidura para introducir cartucho de anestésico desechable de 1.8 ml, 2 aletas en el cuerpo para apoyar el dedo índice y medio.
- Lima para hueso doble extremo con punta de trabajo rectangular y oval.
- Obturadores de los tipos y condiciones apropiadas al operador
- Pinza Perforadora Ainsworth.
- Porta amalgama Rower con puntas desmontables, doble extremo
- Porta matriz Toffemire universal 7 mm.
- Porta vasos para escupidera.
- Dosificador amalgamador.



- Tira puente Miller.

2.1.5 Cuadro básico y catálogo de material de curación en odontología.

Dentro de la Ley General de Salud el Artículo 29 establece que dentro del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud. Para el servicio odontológico se muestra el siguiente cuadro.

Cuadro básico y catálogo de material de curación en odontología²⁰

Aceites	Lubricante para pieza de mano de baja velocidad. Envase con aplicador con 120 ml
Agujas	Dentales. Tipo Carpule. Desechables. Longitud. Calibre. Tamaño. 20-25 mm 30 G Corta 25-42 mm 27 G Larga Envase con 100 piezas.
Alambres	Para ortodoncia de 0.80 mm y 0.90 mm Tiras de 30 cm Envase con 25 piezas.
Aleaciones para amalgama dental	En polvo de fase dispersa. Composición: Plata 68.0 - 72%.



	<p>Estaño 15.0 - 21%. Cobre 10.5 - 15%. Mercurio 3%. Máximo. Zinc 2%. Máximo. Envase con 30 a 31.1 g.</p> <p>En tabletas de fase dispersa. Composición: Plata 68.0 - 72%. Estaño 15.0 - 21%. Cobre 10.5 - 15%. Mercurio 3% máximo. Zinc 2% máximo. Envase con 80 tabletas (0.38875 g por tableta).</p>
Algodones	<p>Para uso dental. Medida: 3.8 x 0.8 cm. Envase con 500 rollos.</p>
Baberos	<p>De tela no tejida de rayón. Anatómico, autoajustable, desechable. Tamaño: adulto. Pieza .</p>
Barnices	<p>De copal. Para revestimiento de cavidades. Frasco con 15 ml y frasco con disolvente.</p>
Cementos	<p>De oxifosfato de zinc. Polvo y líquido. Caja con 32 g de polvo y 15 ml de</p>



	solvente.
	Estuche.
	Para restauración intermedia.
	De óxido de zinc (polvo) 38 g y eugenol (líquido) 14 ml.
	Con gotero de plástico.
	Juego.
	Para uso quirúrgico.
	De óxido de zinc con endurecedor (polvo) 65 g y eugenol (líquido) 30 ml
	Con gotero de plástico.
	Equipo.
	Ionómero de vidrio I.
	Para cementaciones definitivas.
	Polvo 35 g.
	Silicato de aluminio 95%-97%.
	Ácido poliacrílico 3% - 5%.
	Líquido 25 g, 20 ml.
	Ácido poliacrílico 75%.
	Ácido polibásico 10-15%.
	Juego.
	Ionómero de vidrio restaurativo II.
	Color No. 21, 22
	Polvo 15 g.
	Silicato de aluminio 95%-97%.
	Ácido poliacrílico 3% - 5%.
	Líquido 10 g, 8 ml.
	Ácido poliacrílico 75%.
	Ácido tartárico 10% -15%.
	Barniz compatible líquido 10 g.



	<p>Ionómero de vidrio con aleación de limadura de plata.</p> <table><tr><td>Polvo</td><td>15 g.</td></tr><tr><td>Silicato de aluminio</td><td>100%.</td></tr><tr><td>Líquido</td><td>10 g, 8 ml.</td></tr><tr><td>Ácido poliacrílico</td><td>45%.</td></tr><tr><td>Polvo de limadura de plata</td><td>17 g.</td></tr><tr><td>Plata 56%, estaño 29%, cobre 15%.</td><td></td></tr></table> <p>Estuche.</p>	Polvo	15 g.	Silicato de aluminio	100%.	Líquido	10 g, 8 ml.	Ácido poliacrílico	45%.	Polvo de limadura de plata	17 g.	Plata 56%, estaño 29%, cobre 15%.			
Polvo	15 g.														
Silicato de aluminio	100%.														
Líquido	10 g, 8 ml.														
Ácido poliacrílico	45%.														
Polvo de limadura de plata	17 g.														
Plata 56%, estaño 29%, cobre 15%.															
	<p>Ionómero de vidrio. Para tratamiento restaurativo atraumático.</p> <p>Polvo: 10 g.</p> <table><tr><td>Silicato de aluminio</td><td>89-95%.</td></tr><tr><td>Ácido poliacrílico</td><td>0-10%.</td></tr><tr><td>Líquido destilada.</td><td>6 g, 4.8 ml agua</td></tr><tr><td>Ácido poliacrílico</td><td>40-50%.</td></tr><tr><td>Barniz</td><td>5 g.</td></tr><tr><td>Cloruro de polivinil</td><td>10-20%.</td></tr><tr><td>Acetato etílico</td><td>75-85%.</td></tr></table> <p>Estuche.</p>	Silicato de aluminio	89-95%.	Ácido poliacrílico	0-10%.	Líquido destilada.	6 g, 4.8 ml agua	Ácido poliacrílico	40-50%.	Barniz	5 g.	Cloruro de polivinil	10-20%.	Acetato etílico	75-85%.
Silicato de aluminio	89-95%.														
Ácido poliacrílico	0-10%.														
Líquido destilada.	6 g, 4.8 ml agua														
Ácido poliacrílico	40-50%.														
Barniz	5 g.														
Cloruro de polivinil	10-20%.														
Acetato etílico	75-85%.														
	<p>Para apósito quirúrgico.</p> <p>Polvo óxido de zinc.</p> <p>Polvo rosa.</p> <p>Talco.</p> <p>Líquido: Eugenol.</p> <p>Alcohol isopropílico al 10%.</p> <p>Resina de pino.</p> <p>Aceite de pino.</p> <p>Aceite de clavo.</p> <p>Aceite de cacahuete. Estuche.</p>														



Cepillos	<p>Dental infantil, con mango de plástico y cerdas rectas de nylon 6.12, 100% virgen o poliéster P.B.T 100% virgen, de puntas redondeadas en 3 hileras, cabeza corta, consistencia mediana.</p> <p>Dental, para adulto, con mango de plástico y cerdas rectas de nylon 6.12, 100% virgen o poliéster P.B.T. 100% virgen, de puntas redondeadas en 4 hileras, cabeza corta, consistencia mediana.</p> <p>Para pulido de amalgamas y profilaxis. De cerdas blancas en forma de copa. Para pieza de mano. Para contra-ángulo.</p> <p>De cerdas negras, en forma de brocha. Para pieza de mano. Para contra-ángulo.</p>
Cintas	<p>Para portamatriz. De amalgama, metálica de 5 mm de longitud. Envase con 12 piezas.</p> <p>Para portamatriz. De amalgama, metálica de 7 mm de longitud. Envase con 12 piezas.</p>
Pastillas	<p>Reveladores de placas dentobacterianas. Tabletas sin sabor. Envase con 100 piezas.</p>



Copas	Para pieza de mano. De hule suave, blanco, en forma de cono. Envase con 12 piezas
Coronas	De acero inoxidable preconformadas, para reconstrucción de dientes anteriores y posteriores, temporales y los primeros molares permanentes. Primer y segundo molar temporal. Superior e inferior, derecho e izquierdo. Primer molar permanente Superior e inferior izquierdo y derecho. Medidas: No. 4 No. 5 No. 6 Envase con 5 piezas. Incisivo central temporal. Superior derecho e izquierdo. Medidas: No. 1. No. 2. No. 3. Envase con 5 piezas. Incisivo lateral temporal. Superior derecho e izquierdo. Medidas: No. 1. No. 2. No. 3.



	<p>No. 4. No. 5. No. 6. Envase con 5 piezas.</p> <p>Canino temporal superior e inferior Medidas: No. 1. No. 2. No. 3. No. 4. No. 5. No. 6. Envase con 5 piezas.</p>
Cuñas de madera	<p>De madera, para espacios interdentarios. Envase con 100 piezas.</p>
Discos	<p>Para separar, lijar o cortar dientes. De carburo. Pieza</p> <p>De carboacero con limadura de diamante en las dos caras. Pieza.</p>
Eansanchadores	<p>De canales. No. 10 al 40. No. 45 al 80. Pieza.</p>
Eyectores	<p>Para saliva, de plástico, desechable. Envase con 100 piezas.</p>



Fluoruro de sodio	<p>Para prevención de caries. Acidulado al 2%. En gel de sabor. Envase con 480 ml.</p> <p>Solución ingerible. Cada 100 ml contienen: Fluoruro de sodio equivalente a: 248.8 mg de ion flúor. Envase con 10 ml con dispensador.</p>
Formocresol	<p>Para momificación y desvitalización de la pulpa dentaria. De Buckley. Envase con 30 ml.</p>
Hilos	<p>Retractor de encías. De algodón, seco y suave, impregnado con sal de aluminio. Calibre: mediano. Envase con rollo de 3 m.</p> <p>Seda dental, sin cera. Envase con rollo de 50 m</p>
Losetas	<p>Para batir cemento. De vidrio. Tamaño: 8 x 12 x 0.5 cm. Pieza.</p>



Mercurio	Tridestilado, químicamente puro. Envase con 250 g.
Paños	Para exprimir amalgama. De algodón. Forma circular. Envase con 100 piezas
Papeles	Indicador de contacto oclusal. En tiras, con pegamento en ambas caras. Block con 15 hojas.
Pastas	Para profilaxis dental. Abrasiva. Con abrasivos blandos. Envase con 200 g.
Protector pulpar	Para sellar cavidades dentales. De hidróxido de calcio, compuesto autopolimerizable, dos pastas semilíquidas, base 13 g y catalizador 11 g con bloque de papel para mezclar. Estuche con un juego y aplicador desechable
Resinas	Autopolimerizables. Para restauración de dientes anteriores. Epóxicas a base de cuarzo y aglutinantes. Estuche con base y catalizador.



Selladores	De fisuras y fosetas. Envase con 3 ml de Bond base. Envase con 3 ml de sellador de fisuras. 2 envases con 3 ml cada uno con Bond catalizador. Jeringa con 2 ml de gel grabador. 2 portapinceles. 10 cánulas. 1 block de mezcla. 5 pozos de mezcla. 30 pinceles. 1 instructivo. Estuche
Soluciones	De acetato de clorhexidina al 10% sumatra benzoico 20 mg y alcohol etílico cbp 1 ml; barniz de cloruro de metileno poliuretano y acetato de etilo 1 ml para la prevención de caries dental. Estuche.
Tiras	De celuloide para conformar restauraciones de resina. Ancho. Calibre. 8 a10 mm Fino Envase con 50 piezas. De lija para pulir restauraciones de resina. Grueso y mediano. Envase con 150 piezas, tiras dobles.



2.1.6 Botiquín de urgencias médicas.

El consultorio estomatológico debe contar con un botiquín que incluya lo necesario para el control de las urgencias médicas que puedan presentarse en el ejercicio estomatológico.²¹ Dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Se indican los materiales, medicamentos e instrumental indispensables para la atención de urgencias.²²

Apéndice Normativo H²²

DESCRIPCIÓN
Material de curación
Apósitos
Gasas
Algodón 500 g
Sutura nylon 000
Tela adhesiva
Vendas elásticas diversas medidas
Jeringas diversas medidas
Vendas de yeso
Guantes de hule estériles
Campos estériles
Medicamentos del Catálogo del Consejo de Salubridad General
De uno a tres de los genéricos correspondientes
Para desinfección
Para anestesia local
Para cardiología
Para analgesia
Para inmunoalergias
Para intoxicaciones
Para psiquiatría
Instrumental
Mango de bisturí
Hojas de bisturí
Pinzas de campo
Pinza de disección sin dientes
Pinza de disección con dientes



Pinzas de Kelly rectas
Pinza de Kelly curvas
Porta agujas
Tijeras quirúrgicas rectas

2.1.7 Recursos humanos.

Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano, asistencia y la competencia que tiene el mismo para la atención.

Los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica odontológica, deberán contar con un responsable, mismo que deberá tener título, certificado o diploma, que según el caso, haga constar los conocimientos respectivos en el área de que se trate.²²

Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la odontología, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes. De igual forma estos documentos deberán ponerse a la vista del público el título profesional, certificados, diplomas y en general, los documentos correspondientes, que lo acrediten como tal.²³

El personal que preste sus servicios en los establecimientos para la atención médica odontológica podrá portar en lugar visible, gafete de identificación, en el que conste el nombre del establecimiento, su nombre, fotografía, así como puesto que desempeña y el horario en que asiste, dicho documento, en todo caso deberá estar firmado por el responsable del establecimiento.²⁴

Para la realización de los procedimientos médicos quirúrgicos de especialidad es necesario que el especialista haya sido entrenado para la realización de los mismos en instituciones de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes.



Poner a la vista del público un anuncio que indique la institución que les expidió el título, diploma, número de su correspondiente cédula profesional y en su caso, el certificado de especialidad vigente. También deberán consignarse en los documentos y papelería que utilicen en el ejercicio de tales actividades y en la publicidad que realicen al respecto.²⁵

2.1.7.1. Recursos humanos del consultorio dental.

Dentro del consultorio debemos de brindar servicios profesionales con cortesía, buen trato y con calidad, para lograr esto siempre debemos contar dentro del consultorio con personal capacitado. El cirujano dentista no podrá alcanzar sus metas de excelencia técnica y científica, si no tiene quien complemente su trabajo y le permita concentrarse adecuadamente a la atención del paciente.²⁶

La administración de recursos humanos tiene como objetivo proporcionar las capacidades humanas requeridas por una organización, que en nuestro caso es el consultorio dental.²⁷

2.1.7.1.1 Número de personal.

Esto va a depender directamente del tamaño del consultorio dental y de su estructura organizativa, puede variar el número de personas que brindan el servicio odontológico.

Existen consultorios dentales donde solamente labora un cirujano dentista realizando práctica dental individual, es decir, todas las labores son desempeñadas exclusivamente por el odontólogo. Mientras que cada vez más profesionales de la Odontología laboran con personal asistente, técnico y administrativo para potencializar su trabajo a través de distintos métodos de delegación de funciones. Podemos encontrar consultorios dentales con una



proporción variable de personal, entre el número de odontólogos y la cantidad de personal asistente, técnico y administrativo.

2.1.7.1.2 Variabilidad del personal.

Para poder administrar adecuadamente los recursos humanos de nuestro consultorio o en su defecto una clínica dental, se tienen que definir los tipos de trabajadores que intervendrán dentro del mismo, y para ello tomaremos en cuenta los siguientes aspectos.

- Características de la labor que desempeñan.
- Expectativas personales.
- Responsabilidades.
- Rol dentro del consultorio o clínica dental.

Los principales miembros del equipo de trabajo del consultorio dental son:

- Odontólogo general.
- Asistente dental.
- Técnico dental.
- Recepcionista de consultorio dental.

En caso de ser indispensable se deberá contar con un especialista y un técnico radiólogo.²⁸

2.1.7.1.3 Características de la labor que desempeñan.

2.1.7.1.3.1 Cirujano Dentista.

El rol del Cirujano Dentistas dentro del consultorio es el principal, ya que son los prestadores directos de servicio a los pacientes. Es decir hay una responsabilidad directa e individual. Además, también son los principales promotores de la fidelidad de los pacientes, de ellos dependerá el prestigio del consultorio dental.²⁹



2.1.7.1.3.2 Asistente dental.

Este se caracteriza por que sus labores son complementarias al trabajo del odontólogo.

La responsabilidad de este personal es directa con el paciente y complementaria. El personal asistencial está formado para trabajar en función de apoyo. El rol dentro del consultorio es de suma importancia, ya que ayuda a disminuir el tiempo de trabajo dentro de la práctica dental, entre las actividades que debe realizar son:

- Esterilizar y desinfectar instrumental y equipo, preparar y disponer los instrumentos y material requerido para tratar a cada paciente.
- Ayudar al paciente a ubicarse en el sillón dental y prepararlo para el tratamiento.
- Trabajan junto al cirujano dentista en el proceso de atención odontológica, a nivel individual o grupal.³⁰

2.1.7.1.3.3 Técnico dental.

El técnico dental desarrolla su trabajo en laboratorios propios en ocasiones dentro del consultorio dental. Su desempeño no incluye el trato directo con el paciente. Sólo en raras ocasiones el técnico dental trabaja directamente con él.³¹

Los técnicos dentales tienen las siguientes funciones:

- Mantiene consulta con el odontólogo u otros especialistas la problemática dental de casos.
- Diseña, fabrica o repara dispositivos dentales, incluyendo dentaduras totales o parciales, coronas, puentes, inlays, onlays y cierres.



- Podrán ejercer funciones de supervisión y administración de la clínica dental de laboratorio.

Sin la ayuda de un técnico dental, el odontólogo sería incapaz de ofrecer diferentes alternativas de tratamiento a sus pacientes. Un alto grado de habilidad técnica y un alto nivel de destreza manual son esenciales.³²

2.1.7.1.3.4 Recepcionista de consultorio dental.

La recepcionista tiene como responsabilidad principal recibir y orientar a los pacientes que acuden al consultorio. A esas tareas se suma la recepción, entrega y elaboración de:

- Correspondencia (cartas, facturas, depósitos, retiros, memorándums, oficios, etc.) y el archivo de la misma, entre otras labores de oficina.

En el caso de consultorios y clínicas dentales, la recepcionista proporciona, vía telefónica o de manera personal, información sobre los horarios disponibles para concertar citas, el costo de los honorarios médicos y otros estudios clínicos, y las condiciones en las cuales se deberá de presentar el paciente para ser atendido.

Así también, en ocasiones, efectúa el cobro de los honorarios, el control de los expedientes médicos e incluso puede preparar al paciente para la consulta.³³

2.1.7.1.4 Calificación del personal.

Consiste en buscar y escoger los mejores candidatos, para ocupar los puestos de trabajo relacionadas con el perfil del puesto o cargo. Se tiene la misión de obtener el mejor colaborador para la vacante existente, calificando sus aptitudes y actitudes para el puesto, como también la potencialidad y



adaptabilidad para su desarrollo dentro del consultorio dental. Específicamente consiste en el reclutamiento, selección, contratación e introducción del nuevo colaborador más idóneo. “Hombre adecuado para el puesto adecuado”, utilizando un conjunto de medios técnicos, siendo el reclutamiento y la selección de personal los encargados de la consecución de recursos humanos para la organización.

En el caso del cirujano dentista juega un papel importante la actualización de los conocimientos científicos, lo cual, sumado a la experiencia debe resultar en un tratamiento adecuado a sus pacientes.

De igual forma, cuando ya se cuenta con personal calificado, es necesario retenerlo para que se cumplan los objetivos que se fijaron dentro de la organización.

Ya que la pérdida de personal calificado es muy desilusionante sobre todo cuando se le ha invertido tiempo y luego se va a otra organización. Algunos métodos que pueden ayudar a retener el personal calificado dentro de la organización son:

- Proporcionar un buen ambiente de trabajo.
- Asignar a la persona un espacio donde pueda desempeñar su trabajo.
- Dentro del aspecto de un buen ambiente hay que tener un trato digno.

Características que debe tener el servicio odontológico.

- Mantener siempre la calidad de servicio.
- Control de calidad.
- Constante Capacitación del personal.



2.2 Proceso.

Lo definiremos como: los procedimientos, métodos y actividades por los cuales se canaliza la atención para la obtención de un resultado.³⁴

Para evaluar el proceso tomaremos en cuenta los siguientes parámetros

2.2.1 Expediente clínico.³⁵

La Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales, en su numeral 4.1.10. Define al Expediente clínico como: al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el estomatólogo debe hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención.

9.1. El estomatólogo es el responsable de elaborar el expediente clínico, que debe expresarse en lenguaje técnico estomatológico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras o tachaduras.

9.1.1. El expediente clínico debe contar como mínimo con los siguientes documentos:

9.1.1.1. Identificación del consultorio o unidad.

9.1.1.2. Nombre del estomatólogo.

9.1.1.3. Identificación de la Institución o Consultorio. Especificar: Nombre, tipo y ubicación.

9.1.1.4. Identificación del paciente. Como mínimo: Nombre completo, sexo, edad, domicilio y lugar de residencia.



2.2.2.1 Historia clínica.

Dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006 establece los requisitos que debe contener la misma.

9.2.1. Interrogatorio.

9.2.2. Factores de riesgo conforme a características de la zona donde habita, nivel socioeconómico, accesibilidad a los servicios, de higiene, hábitos bucales y de alimentación.

9.2.3. Antecedentes heredo-familiares.

9.2.4. Antecedentes personales patológicos.

9.2.5. Antecedentes personales no patológicos.

9.2.6. Aparatos y sistemas.

9.2.7. Exploración física que consta de: cavidad bucal, cabeza, cuello y registro de signos vitales.

9.2.8. Motivo de la consulta.

9.2.9. Padecimiento actual.

9.2.10. Odontograma inicial, debe referirse a la situación en la que se presenta el paciente.

9.2.11. Odontograma de seguimiento y es el mismo que el final, debe referirse a la situación de alta del paciente.

9.2.12. Estudios de gabinete y laboratorio (en caso de que se requieran).

9.2.13. Diagnóstico.



9.2.14. Fecha.

9.2.15. Nombre y firma del estomatólogo, del paciente o representante legal del paciente.

9.3. Notas de evolución. Se debe elaborar cada vez que se proporcione atención al paciente y consta de: fecha y actividad realizada con nombre y firma del estomatólogo, del paciente o representante legal del paciente.

9.3.1. Incluir en la historia clínica: Nota Tratamiento e indicaciones estomatológicas, en el caso de medicamentos señale dosis, vía y periodicidad.

9.4. Nota de interconsulta (en caso de que se realice), debe elaborarla el estomatólogo y debe constar de:

9.4.1. Nombre a quien se dirige,

9.4.2. Criterios de diagnóstico,

9.4.3. Estudios de gabinete y laboratorio,

9.4.4. Sugerencias de diagnóstico y tratamiento.

2.2.2.2 Carta de consentimiento bajo información.

Son los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, terapéuticos o rehabilitatorios.³⁶

La carta de consentimiento bajo información debe expresarse en lenguaje sencillo sin usar terminología técnica, es revocable mientras no inicie el procedimiento y no obliga al estomatólogo a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado al paciente.³⁶



9.5.1 El estomatólogo debe obtener cartas de consentimiento bajo información adicional a la prevista cuando el procedimiento lo requiera.

9.5.2. La Carta de consentimiento bajo información debe contar como mínimo:

- Nombre del paciente.
- Nombre de la institución.
- Nombre del estomatólogo.
- Diagnóstico.
- Acto autorizado de naturaleza curativa.
- Riesgos.
- Molestias.
- Efectos secundarios.
- Alternativas de tratamiento.
- Motivo de elección.
- Mayor o menor urgencia.
- Lugar y fecha donde se emite.
- Autorización al estomatólogo para atención de contingencias y urgencias, derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad de prescripción.
- Nombre completo y firma del estomatólogo, paciente y testigos.

En la NOM-168-SSA1-1998, se establece, que el expediente clínico debe estar bajo custodia del estomatólogo o la institución, en su caso, y debe ser conservado por un periodo mínimo de 5 años.

2.2.2.3 Hoja de egreso voluntario.

Se debe realizar cuando el paciente decide no continuar con la atención del estomatólogo con plena conciencia de las consecuencias que dicho acto pudiera originar y debe integrarse conforme a lo señalado en la NOM-168-SSA1-1998.³⁶



10.1.2.2. Deberá ser elaborada por un médico a partir del egreso y cuando el estado del paciente lo amerite; deberá incluirse la responsiva médica del profesional que se encargará del tratamiento y constará de:

10.1.2.2.1. Nombre y dirección del establecimiento;

10.1.2.2.2. Fecha y hora del alta;

10.1.2.2.3. Nombre completo, edad, parentesco, en su caso, y firma de quien solicita el alta;

10.1.2.2.4. Resumen clínico que se emitirá con arreglo en lo previsto en el apartado 5.8. de la presente Norma, el cual indica:

- 5.8. Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente.

10.1.2.2.5. Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo;

10.1.2.2.6. En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva;

10.1.2.2.7. Nombre completo y firma del médico que emite la hoja; y

10.1.2.2.8. Nombre completo y firma de los testigos. ³⁶



2.2.2 Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación.

2.2.2.1 Diagnóstico.

El diagnóstico es la primera y más importante herramienta con la que cuenta el odontólogo para acercarse a las condiciones salubres de un individuo. El diagnóstico es el resultado del análisis que se realiza en una primera instancia (historia clínica) y tiene como fin permitir conocer el padecimiento actual poder actuar en consecuencia, sugiriendo tratamiento o no. Ese análisis diagnóstico se basa en la observación de síntomas existentes en el presente o en el pasado.³⁷

Los pacientes tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o se le apliquen.³⁸

Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico.³⁹

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante, les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, se exprese siempre en forma clara y comprensible se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.⁴⁰



En su numeral 4 la Carta de los derechos Generales de los Pacientes él puede “Decidir libremente sobre su atención: El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.”⁴⁰

2.2.2.2 Tratamiento.

Enterar de las posibilidades de éxito o de fracaso de cualquier procedimiento estomatológico, así como de sus riesgos y beneficios, sin crear falsas expectativas.

Contar con facilidades para obtener una segunda opinión: El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.⁴⁰

2.2.2.3 Rehabilitación.

Tiene como objetivo el estudio y la aplicación de los procedimientos educativos, preventivos, operatorios y terapéuticos para preservar y devolver al Órgano Dentario la integridad anátomo-funcional y estético. Le compete el diagnóstico y pronóstico de las enfermedades bucales, los procedimientos estéticos, educativos y preventivos; procedimientos conservadores de la vitalidad pulpar y el tratamiento de las lesiones dentarias posibles de restauración,

2.2.2.3.1 Receta Médica.

Es la orden escrita y emitida por el médico o cirujano dentista, para que se surta o dispense uno o varios medicamentos al paciente. La elaboración de la receta sigue un esquema definido conforme a la legislación:⁴¹



En el Reglamento de Insumos para la Salud en el apartado de Prescripción indica para la emisión de la receta lo siguiente:

La receta médica es el documento que contiene, entre otros elementos, la prescripción de uno o varios medicamentos y podrá ser emitida por:

- I. Médicos;
- II. Homeópatas;
- III. Cirujanos dentistas;
- IV. Médicos veterinarios, en el área de su competencia;
- V. Pasantes en servicio social, de cualquiera de las carreras anteriores, y
- VI. Enfermeras y parteras.

Los profesionales a que se refiere el presente artículo deberán contar con cédula profesional expedida por las autoridades educativas competentes. Los pasantes, enfermeras y parteras podrán prescribir ajustándose a las especificaciones que determine la Secretaría.

La receta médica deberá contener impreso

- Nombre completo
- Domicilio completo
- Número de cédula profesional de quien prescribe
- Fecha y la firma autógrafa del emisor

El emisor de la receta al prescribir, indicará

- Dosis
- Presentación



- Vía de administración
- Frecuencia
- Tiempo de duración del tratamiento.⁴²

Las recetas médicas expedidas a usuarios deberán tener el nombre del médico, el nombre de la institución que les hubiere expedido el título profesional, el número de la cédula profesional emitida por las autoridades educativas competentes, el domicilio del establecimiento y la fecha de su expedición.

Las recetas expedidas por especialistas del área médica además de lo mencionado en el artículo anterior, deberán contener el número de registro de especialidad, emitido por la autoridad competente.⁴³

2.2.3 Bioseguridad.

Es la aplicación de conocimientos, técnicas y equipamientos para prevenir a personas, consultorios, áreas hospitalarias y medio ambiente, de la exposición a agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico.⁴⁴

2.2.3.1 Personal.

El cirujano dentista y el personal del consultorio dental están expuestos a una gran variedad de microorganismos desde esporas, bacterias, hongos y virus y protozoarios que pueden estar en la sangre y saliva de los pacientes. Cualquiera de estos microorganismos pudiera causar una enfermedad infecto-contagiosa desde: la simple gripe hasta neumonía, hepatitis B, tuberculosis, herpes y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Por eso todos los pacientes deben considerarse potencialmente infectados y por lo tanto se deben aplicar todas las precauciones de bioseguridad.⁴⁵



Con respecto a la bioseguridad la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales establece lo siguiente.⁴⁶

8.1. En la práctica clínica institucional, educativa y privada, el estomatólogo, estudiante de estomatología, técnico y personal auxiliar que brinden servicios de salud bucal, deben prevenir los riesgos de tipo biológico provocados por el contacto con sangre y otros tejidos, como mucosas, piel no intacta y las secreciones corporales.⁴⁶

Con base en las siguientes medidas preventivas deben:

8.1.1. Utilizar, con todo paciente y para todo procedimiento clínico, medidas de barrera como son: bata, anteojos o careta y guantes y cubre bocas desechables, para atender a cada paciente; deberán ser utilizadas exclusivamente en el sitio y momento quirúrgico ex profeso.⁴⁶

Riesgos Profesionales.

8.5.1. Con el propósito de evitar riesgos profesionales propios de la actividad estomatológica es obligación del estomatólogo, estudiante de estomatología y personal auxiliar:

8.5.1.1. Que tengan contacto con sangre, saliva o secreciones de pacientes por la práctica clínica institucional y privada, aplicarse las vacunas contra la hepatitis B, tétanos, rubéola y sarampión.⁴⁶ Para la aplicación de vacunas según exposición y riesgo consultar las especificaciones en la NOM-036-SSA2-2002.la cual indica en los siguientes apartados.⁴⁷

Vacuna Doble viral (SR) contra el sarampión y rubéola.

6.6.4 En adultos en riesgo epidemiológico: trabajadores de la salud, estudiantes de enseñanza media y superior, empleados del ejército y la armada, prestadores de servicios turísticos, asimismo, personas en



riesgo epidemiológico y seropositivo al VIH que aún no desarrollan el cuadro clínico del SIDA.⁴⁷

6.6.5 Esquema: dosis única;

Vacuna contra hepatitis B

6.8.4 Grupos de edad y de riesgo: se puede aplicar la vacuna desde el nacimiento; se debe vacunar a trabajadores de la salud en contacto directo con sangre, hemoderivados y líquidos corporales.⁴⁷

8.5.2. Contar con el consentimiento del interesado, ya sea personal de salud bucal o paciente, para realizar la prueba de detección del VIH conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993.

8.5.3. Los tejidos de lesiones sospechosas serán enviados para su análisis y diagnóstico al laboratorio correspondiente.

8.5.4. Pulir y retirar las obturaciones de amalgama bajo chorro de agua, para evitar la aspiración de polvo y mercurio y así prevenir el riesgo provocado por el mercurio a nivel sistémico.⁴⁶

8.5.5. Cumplir con las recomendaciones señaladas por el fabricante para el uso de productos como mercurio, jabones, anestésicos locales, eugenol, alcoholes y otros para prevenir los riesgos de tipo químico.⁴⁶

8.5.6. Orientar al personal de salud sobre el uso de manguitos o tapones auditivos, así como las ventajas de realizarse audiometrías en forma periódica.

8.5.7. Aplicar los principios de la ergonomía en odontología, para la correcta adaptación física, anatómica y fisiológica del personal con su equipo y área de trabajo, para prevenir los riesgos de fatiga, várices y osteoarticulares provocados por problemas posturales.⁴⁶



8.5.8. Proporcionar primeros auxilios, a quien sufra lesiones accidentales con instrumental o material contaminado en el área estomatológica, de acuerdo a la NOM-010-SSA2-1993. la cual indica en su numeral 5.8 que: ⁴⁸

En caso de probable exposición al VIH del personal de salud, o por quienes cuidan a personas con VIH o SIDA al tener contacto con sangre de un paciente mediante punción (piquete o pinchadura), cortadura o salpicadura en mucosas o piel con heridas, se realizarán de inmediato las siguientes acciones:

- Suspender inmediatamente la actividad;
- Exprimir la herida para que sangre;
- Lavar con abundante agua y jabón;
- Acudir de inmediato al servicio hospitalario más cercano o a la autoridad del hospital donde el accidente ocurra, para:
- Constatar por escrito el incidente;
- Tomar una muestra sanguínea basal, para la detección de anticuerpos contra el VIH. Esta prueba inicial es fundamental para demostrar que la persona era negativa al VIH antes del accidente;
- Establecer las medidas necesarias para determinar si el paciente accidentado se encuentra realmente infectado por el VIH;
- Recomendar que se eviten las relaciones sexuales sin la protección de un condón de látex (preservativo), o poliuretano (condón femenino), ante la posibilidad de infección. Estas precauciones podrán suspenderse en cuanto se determine que no hubo seroconversión;
- Considerar la posibilidad de iniciar, antes de transcurridas seis horas a partir del accidente, la administración de Zidovudina



profiláctica (1,200 mgs. diarios, dividido en tres dosis al día, durante 15 días);

e) Posteriormente, se tomarán muestras sanguíneas de seguimiento a los tres, seis y 12 meses, diagnosticándose como caso de "infección ocupacional" aquél que demuestre seroconversión durante dicho período.⁴⁸

2.2.3.2 Paciente.

La finalidad de estas medidas de seguridad es procurar que nuestros pacientes reciban atención en un medio lo más aséptico posible para reducir al máximo la posibilidad de contagio; así como de evitarlo durante la realización de los tratamientos quirúrgicos. Todo ello se debe realizar y poner en práctica a todos los niveles.⁴⁹

La atención de los mismos será el siguiente:⁵⁰

8.1.2. Realizar el lavado de manos con agua potable, jabón líquido, soluciones antisépticas y secar con toallas desechables o secador de aire, antes de colocarse los guantes e inmediatamente al retirarlos.

8.1.3. Usar un par de guantes nuevos con cada paciente. Todos los guantes clínicos serán desechables, de látex u otros materiales, no estériles para operatoria y estériles para cirugía. Se usarán guantes gruesos de hule o nitrilo para lavar material e instrumental.

8.1.1.1. Utilizar para la protección del paciente: babero y campos quirúrgicos desechables y anteojos de protección cuando el caso lo requiera. Las barreras deben mantener su integridad para ser protectoras.

8.2. Evitar la contaminación cruzada, a través de:

8.2.1. Con todo paciente utilizar el mayor número de artículos desechables como vasos y puntas de eyector y biberones. Estos deberán ser descartados después de un solo uso.



8.2.1.1. En caso de utilizar portavasos o portaconos, éste se deberá cambiar y esterilizar con cada paciente.

8.2.2. Proporcionar a todo paciente al inicio de cada sesión clínica, solución antiséptica a fin de realizar colutorios.

8.2.3. Usar un sistema de succión eficiente, así como dique de hule desechable cuando lo permita el procedimiento clínico.

8.2.4. Emplear agujas estériles nuevas y cartuchos de anestesia nuevos con cada paciente; y en caso de sufrir contaminación deberán sustituirse.

8.2.5. Manipular con especial cuidado todo material e instrumental punzocortante, para evitar lesiones accidentales.

8.2.6. Utilizar cubiertas desechables o limpiar y desinfectar con sustancias con actividad tuberculocida entre cada paciente las áreas, expuestas a los aerosoles y salpicaduras, tocadas con guantes, material e instrumentos contaminados, tales como: lámpara de la unidad y de fotocurado, escupidera, aparato de rayos X, cabezal y brecera.

2.2.3.3 Esterilización. ⁵⁰

8.2.7. Envolver en paquetes el instrumental y material para su esterilización de acuerdo con las técnicas y equipo a utilizar.

8.2.8. Esterilizar para su uso todo instrumental, material o equipo que penetre tejidos blandos o duros. Así como aquel que se contamine con sangre o cualquier otro fluido corporal. Los desinfectantes con actividad tuberculocida no sirven para tal fin.

8.2.9. Esterilizar y no solamente desinfectar las piezas de mano de alta, baja velocidad así como los contra-ángulos, ya que se contaminan internamente. Del mismo modo se deberán esterilizar o desechar las puntas de la jeringa



triple, cureta ultrasónica, fresas y piedras rotatorias, después de utilizarlas con cada paciente. La esterilización debe ser mediante vapor a presión.

8.2.10. Todas las técnicas de esterilización son falibles; por lo que se deben aplicar mensualmente testigos biológicos como control de calidad de los ciclos de esterilización, de acuerdo con la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

8.2.11. Depositar los desechos punzocortantes potencialmente contaminados como agujas, hojas de bisturí y alambres de ortodoncia en un recipiente de polipropileno color rojo, con separador de agujas, abertura para depósito y tapa que cierre con seguridad; resistente a fractura y punción, así como a la pérdida de contenidos al caerse. Deben poder ser destruidos por métodos físicos; contar con la leyenda "RESIDUOS PELIGROSOS PUNZOCORTANTES BIOLÓGICO-INFECCIOSOS" y el símbolo universal de riesgo biológico. Estos depósitos se llenarán hasta el 80% de su capacidad.

8.3. Arrojar directamente al drenaje los desechos recolectados en el aspirador quirúrgico. Lavar y desinfectar la tarja y los recipientes con hipoclorito de sodio (blanqueador doméstico) diluido 1:10.

8.3.1. Guardar el mercurio residual en frascos de plástico con agua, cerrados herméticamente. Para el destino final referirse a la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos y a su Reglamento.

8.4. Limpiar y desinfectar los materiales de laboratorio y otros elementos que hayan sido utilizados en el paciente como impresiones, registro de mordida, aparatos protésicos u ortodóncicos, antes de ser manipulados.

8.4.1. Limpiar y desinfectar el mobiliario, equipo y accesorios que entren en contacto con tejidos del paciente antes de enviarlos a mantenimiento o reparación.



2.2.4 Relación médico-paciente.

Es la interacción que se lleva a cabo entre un prestador de servicio de salud, en nuestro caso el cirujano dentista y una o varias personas con una necesidad de asistencia, con el objetivo de diagnosticar, curar, o mejorar sus condiciones de salud o prevenir una enfermedad.⁵¹ Esta relación está sostenida principalmente por la comunicación. En la formación del odontólogo y de los integrantes de los equipos de salud en general, es fundamental aplicar de manera correcta los procesos de comunicación y los principios éticos de la medicina.

La comunicación permite transmitir al paciente información fundamental para contar con su colaboración y confianza, y poderla convertir incluso en enseñanza útil para que participe activamente en su proceso de atención médica. Si durante este proceso el cirujano dentista, quien funge como emisor, emplea términos técnicos y el código que se utiliza resulta inaccesible para el paciente, el mensaje no será entendible.

La comunicación médico-paciente debe ser un diálogo que permita el intercambio de ideas y que brinde la oportunidad al paciente de expresar sus dudas, preocupaciones y desacuerdos, estableciéndose un mecanismo de retroalimentación hacia el médico y dándole la oportunidad de identificar qué información no ha sido adecuadamente interpretada, para aclarar cualquier confusión que haya surgido. Existe un grupo de principios necesarios para establecer una buena relación con el paciente entre los que se encuentran:

- Una buena primera impresión.
- Dedicarle el tiempo necesario.
- Mostrar interés por el problema del paciente.
- Satisfacer las expectativas del paciente.
- Mantener la confianza y el respeto mutuo.



- Tratarlo como quisiéramos que nos trataran si tuviéramos el mismo problema de salud; etc.
- Nunca abandonarlo.⁵³

2.2.5 Catálogos de evaluación estomatológica del programa SICALIDAD.⁵⁴

La Dirección de Calidad y Educación en Salud, cuenta con catálogos de evaluación de la calidad en los servicios de salud. Ellos no se encargan directamente de realizarlas, generalmente son las áreas de Calidad de las Unidades Operativas las que llevan a cabo el proceso. Estas cuentan con profesionales de la salud, quienes reciben una capacitación previa, no específicamente son odontólogos, pueden ser médicos, enfermeras, epidemiólogos y muy frecuentemente lo realiza el Comité de Seguridad del Paciente.

Dirección General de Calidad y Educación en Salud sugiere que las evaluaciones se realicen de manera trimestral como mínimo, sin embargo, cada unidad reconoce su capacidad para poder emplear mayores recursos para las evaluaciones.

Cuando las evaluaciones no cumplen con los parámetros establecidos, generalmente se llevan a cabo sesiones a través de los Comités Técnicos de la Unidad donde se realizaron. Estos Comités cuentan con programas de mejora continua de manera que analizan las desviaciones y generan planes de corrección, y se genera la estadística correspondiente para medir la efectividad de las acciones tomadas, muchas veces envían los informes ejecutivos a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Actualmente se tienen asociadas al proyecto CAO (calidad en la Atención Odontológica), unidades de 1^o, 2^o y 3^{er} nivel de atención. Estas evaluaciones se realizan solamente en unidades de la Secretaría de Salud y en



Universidades que imparten la Licenciatura en Odontología. En un futuro tienen el objetivo de abarcar todo el Sistema Nacional de Salud.

2.2.5.1 Modelo de evaluación del expediente clínico estomatológico.⁵⁴

SECRETARÍA DE SALUD				
SICALIDAD	DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD			
	DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD			
	DIRECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA			
MODELO DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO				
* Todas las celdas de calificación deberán ser llenadas según corresponda: 0= No cumple, 1= Cumple y NA=No aplica				003
* El estomatólogo es el responsable de elaborar el expediente clínico, que debe expresarse en lenguaje técnico estomatológico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras o tachaduras.				
DE DATOS GENERALES	1	2	3	4
1	Identificación del consultorio o unidad.			
2	Nombre del estomatólogo.			
3	Identificación de la Institución o Consultorio. Especificar Nombre, tipo y ubicación.			
4	Identificación del paciente. Como mínimo: Nombre completo, sexo, edad, domicilio y lugar de residencia.			
TOTAL	3	0	0	0

Modelo de evaluación del expediente clínico estomatológico.



SICALIDAD		SECRETARÍA DE SALUD		
		DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD		
		DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD		
MODELO DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO				
* Todas las celdas de calificación deberán ser llenadas según corresponda: 0= No cumple, 1= Cumple y NA=No aplica		ECIC. 003		
DE2	HISTORIA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA	1	2	3
1	Antecedentes heredo-familiares.			
2	Antecedentes personales patológicos.			
*3	Antecedentes personales no patológicos.			
4	Interrogatorio por aparatos y sistemas.			
5	Exploración Física (cavidad bucal, cabeza, cuello y registro de signos vitales)			
6	Motivo de la consulta.			
7	Padecimiento actual.			
8	Odontograma inicial (situación en la que se presenta el paciente)			
9	Odontograma de seguimiento (y es el mismo que el final, debe referirse a la situación de alta del paciente)			
10	Estudios de gabinete y laboratorio (en su caso)			
11	Diagnóstico.			
12	Terapuetica empleada (vía, dosis, periodicidad)			
13	Tratamiento y/o indicaciones estomatológicas			
14	Fecha de la exploración y realización del odontograma inicial			
15	Fecha de la exploración y realización de odontogramas de seguimiento			
16	Nombre, cédula profesional y firma del estomatólogo			
17	Firma del paciente o tutor y/o representante legal.			
TOTAL		0	0	0
* En los antecedentes no patológicos se debe mencionar factores de riesgo conforme a características de la zona donde habita, nivel socioeconómico, accesibilidad a los servicios, de higiene, hábitos bucales y de alimentación.				

Modelo de evaluación del expediente clínico estomatológico.



SICALIDAD	SECRETARÍA DE SALUD	
	DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	
	DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD	
	DIRECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA	
MODELO DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO		

* Todas las celdas de calificación deberán ser llenadas según corresponda: 0= No cumple , 1= Cumple y NA=No aplica

		1							
DE3	EN GENERAL DE LAS NOTAS MÉDICAS	NE	NI	NUE	NTE	NPE-O	NFE-A	NPO-Q	NPO-A
1	Nombre del paciente	1	1	1	1	1	1	1	1
2	Edad y sexo	1	1	1	1	1	1	1	1
3	Fecha y hora de elaboración	1	1	1	1	1	1	1	1
4	Signos vitales (peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura)	1	1	1	1	1	1	1	1
5	Diagnostico	1	1	1	1	1	1	1	1
6	Pronostico	1	1	1	1	1	1	1	1
7	Nombre, cédula profesional y firma del odontólogo	1	1	1	1	1	1	1	1
8	Firma del paciente o tutor y/o representante legal.	1	1	1	1	1	1	1	1
DE4 NOTA DE EVOLUCIÓN (NE)									
9	Se integra al expediente una nota de evolución cada vez que se proporciona atención al paciente	1							
10	Actividad realizada (cotejar con odontograma de seguimiento)	1							
11	Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	1							
12	Indicaciones estomatológicas (vía, dosis, periodicidad y plan de cuidados)	1							
DE5 NOTA DE INTERCONSULTA (NI)									
9	Nombre a quien se dirige		1						
10	Estudios de gabinete y laboratorio		1						
11	Sugerencias de diagnóstico y tratamiento		1						
DE6 NOTA DE URGENCIAS ESTOMATOLÓGICAS (NUE)									
9	Motivo de la consulta.			1					
10	Resumen del interrogatorio			1					
11	Impresión diagnóstica			1					
12	Actividad realizada			1					
13	Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento			1					
14	Indicaciones estomatológicas (vía, dosis, periodicidad y plan de cuidados)			1					
DE7 NOTA DE REFERENCIA Y TRASLADO ESTOMATOLÓGICO (NTE)									
9	Motivo de envío				1				
10	Establecimiento que envía y establecimiento receptor				1				
11	Nombre del médico responsable de la recepción del paciente en caso de urgencia				1				
12	Criterios diagnósticos				1				

Modelo de evaluación del expediente clínico estomatológico.



DE8 NOTA PRE-OPERATORIA (NPE-O)									
12	Fecha de la cirugía a realizar							1	
13	Diagnóstico pre-operatorio							1	
14	Plan quirúrgico							1	
15	Riesgo quirúrgico							1	
16	Cuidados y plan terapéutico preoperatorio							1	
DE9 NOTA PRE-ANESTÉSICA (NPE-A)									
12	Evaluación clínica del paciente							1	
13	Tipo de anestesia							1	
14	Riesgo anestésico							1	
15	Medicación preanestésica							1	
DE10 NOTA POST-OPERATORIA (NPO-Q)									
12	Operación planeada								1
13	Operación realizada								1
14	Diagnóstico post-operatorio								1
15	Descripción de la técnica quirúrgica								1
16	Hallazgos transoperatorios								1
17	Reporte de gasas y compresas								1
18	Incidentes y accidentes								1
19	Cuantificación de sangrado								1
20	Resultados e interpretación de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico transoperatorios								1
21	Estado post-quirúrgico inmediato								1
22	Plan manejo y tratamiento post-operatorio inmediato								1
23	Envío de piezas y biopsias quirúrgicas para examen macroscópico								1
DE11 NOTA POST-ANESTÉSICA (NPO-A)									
12	Medicamentos utilizados								1
13	Duración de la anestesia								1
14	Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia								1
15	Cantidad de sangre o soluciones aplicadas								1
16	Estado clínico del enfermo a su egreso de quirófano								1
17	Plan manejo y tratamiento inmediato								1
TOTAL		12	11	14	12	13	12	20	14

Modelo de evaluación del expediente clínico estomatológico.



Parámetros de evaluación en la calidad del servicio odontológico.



SECRETARÍA DE SALUD						
SICALIDAD		DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD				
		DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD				
		DIRECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA				
		MODELO DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO				
* Todas las celdas de calificación deberán ser llenadas según corresponda: 0= No cumple , 1= Cumple y NA=No aplica		ECIC.003				
DE12	CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN.	1	2	3	4	5
1	Se expresa en lenguaje sencillo sin usar terminología técnica					
2	Se realizan tantos consentimientos bajo información como procedimientos lo ameritan					
3	Nombre del paciente.					
4	Nombre de la institución.					
5	Nombre del estomatólogo.					
6	Diagnóstico.					
7	Acto autorizado de naturaleza curativa.					
8	Menciona riesgos.					
9	Especifica posibles molestias.					
10	Describe posibles efectos secundarios.					
11	Menciona alternativas de tratamiento ofrecidas al paciente.					
12	Menciona motivo de elección del tratamiento					
13	Pronóstico					
14	Especifica el grado de urgencia (mayor o menor)					
15	Lugar y fecha donde se emite.					
16	Autorización al estomatólogo para atención de contingencias y urgencias, derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad de prescripción.					
17	Nombre completo y firma del estomatólogo					
18	Nombre y firma del paciente o tutor y/o representante legal					
19	Nombre y firma de los testigos					
TOTAL		0	0	0	0	0
* Revocable mientras no inicie el procedimiento y no obliga al estomatólogo a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado al paciente.						

Carta de consentimiento bajo información

SECRETARÍA DE SALUD						
SICALIDAD		DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD				
		DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD				
		DIRECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA				
		MODELO DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO				
* Todas las celdas de calificación deberán ser llenadas según corresponda: 0= No cumple , 1= Cumple y NA=No aplica		ECIC.003				
DE13	NOTA DE EGRESO VOLUNTARIO ESTOMATOLÓGICA	1	2	3	4	
1	Nombre y dirección del establecimiento	1	1	1	1	
2	Nombre del paciente	1				
3	Fecha y hora del alta hospitalaria	1				
4	Nombre completo, edad, parentesco y firma de quien solicita el alta voluntaria	1				
5	Resumen clínico	1				
6	Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo	1				
7	En su caso, nombre completo y firma del médico tratante	1				
8	Nombre completo y firma de los testigos	1	1	1	1	
TOTAL		8	2	2	2	

Nota de egreso voluntario estomatológica.



2.2.5.2 Cédula de gestión de riesgo para la prevención y reducción de la infección estomatológica.⁵⁴

		SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD			
CÉDULA DE GESTIÓN DE RIESGO PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA INFECCIÓN ESTOMATOLÓGICA					
1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN					
1.1 Entidad Federativa:		1.2 Jurisdicción:			
1.3 Nombre de la Unidad:		1.4 CLUES:			
1.5 Dirección:					
1.6 Nombre del Director:					
1.7 Nombre del Responsable del Proyecto C.A.O.					
1.8 Teléfono:		1.9 Fax:		1.10 Correo Electrónico:	
1.11 Período analizado:		1.12 Año:		1.13 Tasa Infección Estomatológica:	
1.14 La Unidad cuenta con un Comité para Detección y Control de Infecciones:	Constituido	SI ()	NO ()	Activo	SI () NO ()
1.15 Las infecciones Estomatológicas, en caso de presentarse, son analizadas por el Comité	SI ()	NO ()			





SSA

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

CÉDULA DE GESTIÓN DE RIESGO PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA INFECCIÓN ESTOMATOLÓGICA

Registre en las columnas de la derecha, en el servicio correspondiente, la calificación de 0 si el concepto no se cumple, con 1 si se cumple parcialmente, con 2 si está completo y NA cuando no aplique.

2. MEDIDAS GENERALES PARA EL EQUIPO DE SALUD (BIOSEGURIDAD).																								
CONCEPTO A VERIFICAR	ESTOMATOLOGÍA PRIMER NIVEL					ESTOMATOLOGÍA SEGUNDO NIVEL					OTRO SERVICIO													
	Di	UN	MR	MR	JEU	NER	S	UN	MR	MR	JEU	NER	S	UN	MR	MR	JEU	NER	S					
	Turno	U	A	U	U	U	U	U	U	A	U	U	U	U	U	U	U	U	A	U	U	U	U	U
2.1 Se cuenta con un programa de lavado de manos.																								
2.2 Se usan cubrebocas desechables en todos los procedimientos Estomatológicos y lo reemplaza entre cada paciente																								
2.3 Se usan guantes quirúrgicos e estériles para procedimientos quirúrgicos y guantes de exploración (és ténil o no) para cualquier otro procedimiento clínico.																								
2.4 Se usa bata quirúrgica estéril para procedimientos quirúrgicos y bata limpia, abotonada / abrochada completamente, exclusivamente en el área de consulta, para cualquier otro procedimiento clínico.																								
2.5 Durante la actividad clínica utiliza protectores oculares (anticojos, caretas), y los desinfecta entre cada paciente.																								
2.6 Utiliza campo de trabajo operativo durante la actividad clínica y lo reemplaza entre cada paciente																								
2.7 Por lo menos desinfecta la pieza de alta velocidad, baja velocidad, geríngica triple y escupidora entre cada paciente.																								



SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

CÉDULA DE GESTIÓN DE RIESGO PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA INFECCIÓN ESTOMATOLÓGICA

Registre en las columnas de la derecha, en el servicio correspondiente, la calificación de 0 si el concepto no se cumple, con 1 si se cumple parcialmente, con 2 si está completo y NA cuando no aplica.

3. BÚSQUEDA INTENCIONADA DE INFECCIÓN ESTOMATOLÓGICA																								
CONCEPTO A VERIFICAR	ESTOMATOLOGÍA PRIMER NIVEL					ESTOMATOLOGÍA SEGUNDO NIVEL					Otro servicio													
	Día	LIN	MAI	MEJ	JUN	VEJ	S 0	LIN	MAI	MEJ	JUN	VEJ	S 0	LIN	MAI	MEJ	JUN	VEJ	S 0					
Turno	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V				
3.1 Se realiza búsqueda de factores de riesgo.																								
3.2 Se corrigen en la medida de lo posible los factores de riesgo detectados.																								
3.3 Se revisan expedientes clínicos.																								
Subtotal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL																								

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

CÉDULA DE GESTIÓN DE RIESGO PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA INFECCIÓN ESTOMATOLÓGICA

Registre en las columnas de la derecha, en el servicio correspondiente, la calificación de 0 si el concepto no se cumple, con 1 si se cumple parcialmente, con 2 si está completo y NA cuando no aplica.

4. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA PACIENTES DE ALTO RIESGO.																								
CONCEPTO A VERIFICAR	ESTOMATOLOGÍA PRIMER NIVEL					ESTOMATOLOGÍA SEGUNDO NIVEL					Otro servicio													
	Día	LIN	MAI	MEJ	JUN	VEJ	S 0	LIN	MAI	MEJ	JUN	VEJ	S 0	LIN	MAI	MEJ	JUN	VEJ	S 0					
Turno	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V				
4.1 Se efectúan medidas de barrera para el manejo de pacientes de alto riesgo.																								
Subtotal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL																								



INDICADOR **SI CALIDAD** SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

CÉDULA DE GESTIÓN DE RIESGO PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA INFECCIÓN ESTOMATOLÓGICA.

Registre en las columnas de la derecha, en el servicio correspondiente, la calificación de **0** si el concepto no se cumple, con **1** si se cumple parcialmente, con **2** si está completo y NA cuando no aplique.

CONCEPTO A VERIFICAR		QUIRÓFANO											
		Día		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL	
Turno		M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A
5.1 Se realiza limpieza y desinfección entre cada procedimiento quirúrgico de las superficies horizontales y de artículos de uso quirúrgico.													
5.2 Se realiza limpieza y desinfección completa de toda el área.													
5.3 Se cumple con las normas vigentes sobre la calidad de aire.													
5.4 El lavado de manos quirúrgico cumple con la normatividad.													
5.5 El personal mantiene buena higiene.													
5.6 La ropa de trabajo y el equipo cumple con los requisitos mínimos necesarios.													
5.7 Desinfección de alto nivel y esterilización.													
Subtotal													
TOTAL													

Rehabilitación en el quirófano.

INDICADOR **SI CALIDAD** SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

CÉDULA DE GESTIÓN DE RIESGO PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA INFECCIÓN ESTOMATOLÓGICA

7. Antibióticos utilizados por procedimientos			
Rehabilitación Bucal		Estomatología Pediátrica	
Endodoncia		Protesis Bucal	
Endoperiodontología		Prótesis bucal e implantología	
Periodoncia		Cirugía Oral y Maxilofacial	
Odontopediatria		Prótesis Maxilofacial	



2.3 Resultados.

Cuando hablamos de resultados, nos referimos al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también podríamos evaluarlo en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en la salud de nuestros pacientes que puede ser atribuido a la asistencia recibida.

Donabedian describe a los resultados como: “aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual”.

2.3.2 Cambios en los conocimientos y conductas adquiridos.

- El conocimiento acerca de su padecimiento actual.
- El cambio de comportamiento que repercute en la salud.

Es un hecho que los pacientes suelen ser pobres cuidadores de su salud oral, y más aún es muy común que los pacientes abandonen su tratamiento o no sigan las indicaciones que se les dan. Para poder tener éxito en el cambio de conducta necesitamos que sean activos y capaces de tomar decisiones. Es por esto que será necesario trabajar en conjunto para que éste sea participe de manera activa, es decir alentarlos, intégralos como parte esencial del tratamiento y así cumplir los objetivos del tratamiento.

2.3.3 La satisfacción de los pacientes.

La satisfacción del paciente la entendemos como: la medida en que la atención odontológica y el estado de salud y o rehabilitación resultante cumplen con las expectativas del usuario.⁵⁵



A esta se le otorga gran importancia ya que, además de constituir el juicio de los pacientes sobre la calidad de la asistencia recibida tiene una influencia directa sobre los propios resultados.

La satisfacción del paciente es uno de los principales objetivos a conseguir dentro de la práctica del cirujano dentista.

El grado de satisfacción no depende sólo de la prestación de los servicios, sino también de la solución de sus expectativas. Cuando la expectativa del paciente es baja o está acostumbrado a tener un acceso limitado a los servicios, puede no percatarse del nivel real de calidad y estar recibiendo servicios deficientes sin ninguna objeción.

Con respecto a los factores que determinan la satisfacción de los pacientes parecen importantes aquellos que tienen que ver con:

- El rendimiento percibido (en cuanto al desempeño que el paciente considera haber obtenido luego de adquirir el servicio).⁵⁶
- Trato cordial (saludo agradable, sonrisa cálida, etc.) y oportuno.
- Necesidad de pertenecer y sentirse importante.
- Necesidad de ser reconocidos.
- Cumplimiento con los horarios (el tiempo dedicado a la consulta, la espera previa a la consulta y las dificultades para obtener otra cita).
- Ambiente agradable (en cuanto a iluminación, ventilación, orden, limpieza, confort).
- Personal suficiente y capacitado.
- Información adecuada y por escrito (información que reciben sobre su padecimiento actual, sobre todo la relacionada con los riesgos del diagnóstico y del tratamiento).
- Exámenes efectivos y de alto valor diagnóstico.
- Tratamientos eficaces.



- Satisfacción en su estado de salud.
- Costo del tratamiento (exigencia de la calidad aumenta en relación directa con el precio).

2.3.4 Beneficios de alcanzar la satisfacción del paciente.

Existen diversos beneficios que toda organización (consultorio dental) puede obtener al lograr la satisfacción de sus pacientes, los cuales explicaremos enseguida con esto nos quedara más claro la importancia de lograr la satisfacción del paciente.

- Un paciente satisfecho, por lo general, vuelve al consultorio para que se le brinde de nuevo un servicio. Por tanto, se obtiene como beneficio su lealtad y por ende, la posibilidad de brindar el mismo u otros servicios adicionales en el futuro.
- El paciente comunica a otros sus experiencias positivas con el servicio. Por tanto, se obtiene como beneficio una difusión gratuita que el paciente satisfecho realiza a sus familiares, amistades y conocidos.
- El paciente deja de lado a la competencia. Por tanto, el consultorio dental obtiene como beneficio un determinado lugar (participación) en el mercado.

2.3.5 Eficiencia, efectividad y eficacia.⁵⁷

Eficiencia

Esta se lleva a cabo cuando se desea saber cómo ha sido el uso de los recursos es decir cómo se han desarrollado las actividades en relación a la cantidad de recursos utilizados, estimados o que han sido programados en relación al grado en que se han aprovechado los mismos para la prestación del servicio.



Efectividad

Relación que existe entre los resultados logrados dentro del consultorio dental en comparación con los resultados propuestos. Es decir, permite la medición del grado de cumplimiento de los objetivos que han sido planificados.

También se puede utilizar como una referencia para la medición de determinados parámetros de calidad y para poder controlar los desperdicios en los procesos.

Eficacia

Valora el impacto de lo realizado en el consultorio dental, también del producto que se elabora o del servicio que se brinda.

Evalúa si el servicio prestado es el adecuado para el consultorio dental. No es necesario llegar a tener el 100 % de efectividad en el servicio que se presta, sino saber si corresponde a lo que realmente se debería haber realizado y si logrará satisfacer al paciente o tener presencia en el mercado odontológico.

La eficacia está relacionada con la calidad, en donde se evalúa si es un servicio adecuado y si satisface las necesidades de los pacientes.⁵⁷



Conclusiones

Es indispensable tener conocimiento de la Ley General de Salud, Normas Oficiales y Reglamentos de la ley General de salud que rigen nuestra profesión. Ya que en todos estos documentos están establecidos los requisitos mínimos para prestar servicios de calidad, por lo tanto es indispensable su aplicación.

El establecer parámetros para evaluar la calidad del servicio odontológico son de suma importancia para el cirujano dentista, puesto que, como prestador de servicio le son de gran utilidad para identificar problemas asistenciales dentro del consultorio dental, ya que estos dependen directamente de sus pacientes y esto puede ayudar a conocer las necesidades actuales y futuras de sus pacientes.

En la actualidad se toma mayor conciencia sobre los derechos del paciente, ya que si queda insatisfecho con el servicio que se le brindó, podría cambiar de doctor o llevar al cirujano dentista a procedimientos legales.

Es por esto que se necesita implementar una mejora continua de la calidad, realizando evaluaciones constantes del instrumental, equipamiento, que se encuentre en condiciones óptimas para trabajar, además de mantenerse actualizado con la adquisición de nuevas tecnologías. Aunque esto no siempre garantiza la calidad porque, en ocasiones, con lo que respecta a la estructura podría ser excelente pero la relación médico paciente no, es decir no hay una buena comunicación o el trato del paciente no es el adecuado.

Con lo que respecta al personal debe ser el idóneo y estar capacitado, además de que tenga buena actitud con el equipo de trabajo y sobre todo con los pacientes.



Así tenemos que en conjunto los parámetros que se establecieron para la evaluación de la calidad, se complementan entre sí ya que si falta alguno de estos habrá alguna falla dentro de la prestación del servicio, no se cumpliría con el objetivo principal y por lo tanto el servicio sería deficiente, y afectaría directamente a los resultados.



Glosario

Atención médica. Conjunto de servicios que se proporcionan al usuario, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Consentimiento informado. Aceptación expresa del usuario o persona responsable de éste, de someterse a estudios paraclínicos, tratamiento médico, quirúrgico de rehabilitación, en base a la información de riesgos y beneficios.

Marco normativo. Leyes, reglamentos, normas políticas y principios éticos que señalan el límite a funciones de los prestadores del servicio médico.

Motivo de queja. Apreciación del usuario que origina su insatisfacción con la prestación de servicios médicos.

Norma Oficial Mexicana. Disposición de carácter obligatorio que se deriva de la Ley Federal de Metrología y normalización.

Obligaciones de medios. Conjunto de conocimientos científicos, recursos técnicos y tiempo necesario que el prestador del servicio debe poner al servicio de su paciente. Los principales son: elaborar una historia clínica basada en el interrogatorio y la exploración, seguir la NOM del expediente clínico, formular diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento congruentes entre sí: solicitar consentimiento bajo información, utilizar instalaciones, equipos, instrumental y procedimientos de acordes a la *lex artis*, apoyarse en otros profesionales en caso de que los requiera supervisar la evolución de los pacientes a su cuidado y proporcionar informes médicos.

Obligaciones de resultados. El prestador del servicio ofrece resultados concretos de su atención. En general la ley no exige resultados a los médicos, excepto en algunos casos de cirugía estética, odontología, pruebas de laboratorio, y exámenes paraclínicos.



Obligaciones de seguridad. Conjunto de acciones para evitar accidentes en la atención médica.

Prestador del servicio. Cualquier institución de salud de carácter público, social o privado, así como los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, que ejerzan su actividad para dichas instituciones o de manera independiente.

Servicio. Conjunto de actividades que buscan responder a las necesidades de un cliente. Se define un marco en donde las actividades se desarrollarán con la idea de fijar una expectativa en el resultado de éstas.



Bibliografía

- 1.- Williams I. Calidad de los servicios de salud Pp. 1-6 Hallado en http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf Fecha de consulta 11082011.
- 2.- De la Fuente JR, Tapia Conyer R, Lezana F. Miguel A. L a información en salud. Ed Mc Graw Hill interamericana. 1ª edición 2002. 127 fecha de consulta 18082011
- 3.- <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/sicalidad.html> Última modificación: Viernes 10 de junio de 2011, a las 13:00 hrs., por David Soriano. Fecha consulta. 11092011.
- 4.- Calidad técnica y seguridad del paciente. Hallado en <http://www.saludcampeche.gob.mx/index.php/innovacion-y-calidad/programas-del-departamento-de-gestion-de-calidad/83-calidad-tecnica-y-seguridad-del-paciente> Fecha de consulta. 11092011
- 5.-Calidad en la atención odontológica. Hallado en http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/diptico_cao.pdf Fecha de consulta 09092011.
- 6.- Diccionario de la lengua española. Hallado en <http://www.wordreference.com/definicion/par%C3%A1metro> Fecha de consulta 11092011
- 7.- Sonis A. Medicina Sanitaria y Administración de la Salud. Tomo II Atención de la Salud .4a edición 1990. Pp.306
- 8.- De la Fuente JR, Tapia Conyer R, Lezana F. Miguel A. L a información en salud. Ed Mc Graw Hill interamericana. 1ª edición 2002. Pp. 127.
- 9.- Aguirre– Gas Héctor Gerardo Mediagráfico Artemisa, vol.76 No.2 Marzo-abril 2008. 189



10.- De la Fuente JR, Tapia, Conyer R, Lezana F. Miguel A. La información en salud. Ed Mc Graw Hill interamericana. 1ª edición 2002. Pp. 127.

11.- Fajardo_Dolci G. La relación médico paciente ¿Un mito o una realidad para brindar atención médica de calidad? Revista Médica del Hospital General de México Vol. 72 Num.3 Jul-Sep. 2009 Pp. 119-120 Hallado en <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2009/hg093a.pdf> Fecha de consulta 2 oct 2011.

12.- Rosales M. ¿Cómo lograr la calidad en la clínica dental? Hallado en www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/artcalidad.pdf Fecha de consulta 5092011

13.- Martínez H J Nociones de salud 1ª edición España 2003 edit. .Ediciones Díaz Santos. Pp.311

14, 15, 24.- Artículo 26, 59, 25. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Hallado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmptsam.html>

16, 23, 25, 38, 39.- Artículo 46,79, 83.51 Bis,51 Bis 2,. Ley General De Salud Diario Oficial de la Federación 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 1 de septiembre de 201. Hallado en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>. Fecha de consulta 09092011

16, 18, 19, 22.- NORMA Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Hallada en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/178ssa18.html> Fecha de consulta 260811.



17.- Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales consultorios de atención médica especializada. Hallado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/197ssa10.html> en Fecha de consulta 11092011

20.- Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación. Hallado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/cbc250204.html> Fecha de consulta 12102011

21.- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, publicada el 6 de enero de 1995. Hallado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m013ssa24.html> Fecha de consulta 12022011

22,29.- Concepto y objetivos de la función de admisión y empleo. Hallado en <http://es.scribd.com/doc/2619348/concepto-y-objetivos-de-la-funcion-de-admision-y-empleo> Fecha de consulta 27092011.

26.- Cárdenas M. Administración de Personal: Capacitación, Adiestramiento Reclutamiento y Selección. Fecha de consulta 16102011. Disponible en <http://www.odontomarketing.com/art68dic2002.htm>

27.- Otero M. J El personal asistente en el Consultorio Odontológico. Hallado en http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_02_MAYO_2000.htm. Fecha de consulta 16102011.

28,- Olórtogui Y. Administración de recursos humanos en clínicas y hospitales. Dante. Fecha de consulta 29092011. Hallado en <http://www.gestiopolis.com/recursos2/documentos/fulldocs/rrhh/adrrhhclin.htm>



30.- Asistentes de dentista. Hallado en <http://www.bls.gov/es/ooh/ocos163.htm>. Fecha de consulta 27092011.

31.- Holcomb C. About Dental Lab Technicians. Fecha de consulta 25092011. Hallado en http://www.ehow.com/about_4567234_dental-lab-technicians.html#ixzz1Yy8Q8BnX

32.- Técnico dental. Hallado en <http://www.bda.org/dcps/work-in-dent/technician-technologist.aspx> Fecha de consulta 25092011.

33.- Perfiles. Información sobre las actividades de las ocupaciones. Recepcionista 38, Hallado en <http://www.observatoriolaboral.gob.mx/work/sites/ola/resources/LocalContent/687/1/perfil38Recepcionista.pdf> Fecha de consulta 26092011.

34.- Sonis A. medicina sanitaria y administración de salud tomo II 4 edición Pp 308.

35, 46, 50 - Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. Hallado en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5063213&fecha=08/10/2008. Fecha de consulta 25092011.

36.- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico. Hallado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html> Fecha de consulta 21092011.

37.-Hallado en <http://www.definicionabc.com/general/diagnostico.php> Fecha de consulta 3102011

40,52.- Carta a los derechos generales de los pacientes. Hallado en <http://camebc.gob.mx/site/educacion/carta-a-los-derechos-generales-de-los-pacientes>. Fecha de consulta 2102011.



- 41.- Requisitos de las recetas medicas. Disponible en <http://www.isea.gob.mx/Formatos/Regulacion%20Sanitaria/REQUISITOS%20ODE%20LAS%20RECETAS%20MEDICAS.pdf> Fecha de consulta. 16102011
- 42.- • Artículo .28, 29. 30 Reglamento de Insumos para la Salud. Hallado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ris.html> Fecha de consulta 14102011.
- 43.- Artículo 64 y 65 Reglamento General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Hallado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlqsmptsam.html> Fecha de consulta 27102011.
- 44.- Vilela L. ¿Qué es bioseguridad en odontología? Hallado en <http://limadentalpartners.com/blogdental/bioseguridad-odontologia-dentistas-lima-turismo-dental.html> fecha de consulta 17102011.
- 45.- Del Valle S. Normas de bioseguridad en el consultorio odontológico. Volumen 40 N° 2 / 2002. Hallado en http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/2/normas_bioseguridad_consultorio_odontologico.asp Fecha de consulta 12102011.
- 47.- NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. Hallado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/036ssa202.html> Fecha de consulta 6102011
- 48.- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Hallado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/010ssa23.html> Fecha de consulta 12102011.



49.- Silvestre FJ., Simó JM., Requeni J., Clavero A*. Asepsia y antisepsia en la práctica odontológica para lograr el control de la infección cruzada. Protocolos de asepsia en odontología. Labor dental - Vol. 9 - nº 2 4/2008 Pp.81

51.- Relación Médico Paciente. Hallado en <http://www.slideshare.net/eduardo2312/relacin-mdico-paciente-ppt> Fecha de consulta 2102011.

53.- Fajardo-Dolci G. La relación médico-paciente. Revista Médica del Hospital General de México. Vol. 73 Num.3 Jul-Sep. 2009. Pp. 119-120 hallado en <http://www.mediagraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2009/hg093a.pdf> Fecha de consulta 02102011

54.- Catálogos de evaluación estomatológica del programa SICALIDAD. Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

55.- La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Massip C; Ortiz R; Llantá M; Peña M; Infante I. Hallado en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm Fecha de consulta 5102011

56.- Aguirre H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Publica de México Marzo–Abril México vol.32 núm.002 Instituto Nacional de Salud Publica Cuernavaca Morelos Pp. 170-180. Hallado en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10632208> Fecha de consulta. 06102011.

57.- La eficiencia, la efectividad y la eficacia Hallado en <http://www.gestion.org/estrategica/estrategia-de-productos-y-servicios/3001/la-eficiencia-la-efectividad-y-la-eficacia.html> Fecha de consulta 25102011