

Estrategia de Intervención para mejorar la calidad del servicio estomatológico de urgencias

Intervention strategy to improve the quality of the emergency odontological service

Dra. Viviana Estrada Verdeja ^I; Dra. Carmen Rosa Hidalgo ^{II}; Dra. Idelbys Expósito Martín ^{III}; Dra. Ledia Martín Zaldivar ^{IV}

I Especialista de I Grado en Ortodoncia. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Instructor. Policlínico Universitario Docente Ignacio Agramonte. Camagüey, Cuba. vestrada@finlay.cmw.sld.cu

II Especialista de II Grado en EGI. Máster en Ciencias de la Educación. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba.

III Especialista de I Grado en Ortodoncia. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Instructor. Hospital Militar Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba.

IV Especialista de I Grado en Ortodoncia. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Instructor. Policlínico Universitario Docente Previsora. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: el programa nacional de salud contempla la prestación ininterrumpida de los servicios estomatológicos de urgencia. Las características distintivas de su atención requieren el control de su calidad. **Objetivo:** mejorar la calidad del Servicio Estomatológico de Urgencia del Policlínico Ignacio Agramonte. **Método:** se realizó un estudio de intervención educativa en el servicio de urgencias estomatológicas del Policlínico Ignacio Agramonte desde enero hasta julio de 2008. Constituyeron el universo 184 pacientes mayores de 12 años y 62 prestadores de salud, se conformó una muestra probabilística de 92 pacientes de acuerdo a la prevalencia, se utilizó el programa estadístico EPIDAT. Los datos acordes a indicadores de calidad de estructura, proceso y resultado, se obtuvieron mediante tres instrumentos: guía de información estructurada, encuesta a prestadores de salud y pacientes. Se evaluó la calidad del servicio antes y tres meses después de la intervención. Los datos se procesaron

mediante sistema estadístico SPSS versión 10.1 y estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** el indicador de proceso mejoró de malo a bueno en la segunda evaluación. Antes de la intervención primó la mala calidad del servicio, luego la mayor frecuencia se presentó en la categoría regular. **Conclusiones:** antes de la intervención se diagnosticó mala calidad en los tres indicadores de estudio, pero luego persistió solo en estructura. La calidad del servicio varió de mala a regular después de la intervención, por persistir las dificultades de estructura.

DeCS: SERVICIOS MEDICOS DE URGENCIA; INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, MEDICINA ORAL, ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN

ABSTRACT

Background: the Health National Program contemplates uninterrupted benefit of the emergency odontological services. The distinctive characteristics of its attention require its quality control. **Objective:** to improve the quality of the Emergency Odontological Service at Ignacio Agramonte Polyclinic. **Methods:** an educational intervention in the emergency odontological service at Ignacio Agramonte Polyclinic was performed from January to July 2008. The universe was constituted by 184 patients older than 12 years and 62 lenders of health, it was conformed a probabilistic sample of 92 patients according to the prevalence, the statistical program EPIDAT was used. Data according to quality indicators of structure, process and result, were obtained by means of three instruments: guide of structured information, interviews to lenders of health and patients. The quality of the service was evaluated before and three months after the intervention. Data were processed by means of statistical system SPSS version 10.1 and descriptive and inferential statistics. **Results:** the indicator of process improved from bad to good in the second evaluation. Before the intervention the bad quality of the service prevailed, and then the biggest frequency was presented in the regular category. **Conclusions:** before the intervention bad quality was diagnosed in the three indicators of study, but then it persisted just in structure. The quality of the service varied from bad to regular after the intervention, to persist difficulties in the structure.

DeCS: EMERGENCY MEDICAL SERVICES; QUALITY INDICATORS HEALTH CARE; ORAL MEDICINE, INTERVENTION STUDIES

INTRODUCCIÓN

Nuestro sistema de salud es gratuito y financiado por el estado, el cual está interesado en brindar servicios con calidad. La falta de control y evaluación de esta, repercute en una disminución de las posibilidades reales para brindar una adecuada atención.¹⁻³

Evaluar la calidad de la atención médica es difícil, por su enfoque multidimensional y depende del contexto concreto en que el término vaya a emplearse. Medirla adecuadamente constituye una exigencia actual y requiere del diseño de indicadores.^{1,4,5}

La atención brindada en los servicios de urgencias estomatológicas (SEU), tiene peculiaridades que la diferencian de otras consultas. La intolerancia al dolor, síntoma que generalmente presenta el paciente, hace que acuda nervioso y exaltado.^{3,6} Este estado de angustia es un importante obstáculo para lograr una adecuada relación interpersonal.^{7,8}

Adicionado a la situación de stress, el paciente puede encontrarse irritado y preocupado además, por múltiples dificultades para resolver su problema definitivamente en su área de salud.⁹

En este proceso los pacientes reclaman del odontólogo eficacia, comprensión y no aceptan que lo único que pueden pedir es que lo curen y no que lo quieran.¹⁰

Desafortunadamente la relación establecida con el paciente se torna inadecuada frecuentemente. De ahí que se estén dando pasos concretos para brindar un servicio sanitario de mayor calidad técnica, ética y humana.^{11, 12}

Los planteamientos desfavorables expresados por muchos pacientes que acuden al SEU, motivan inquietudes personales respecto a la calidad de la atención brindada en él.

Los estudios estomatológicos revisados no realizan una evaluación integral de la calidad de estos servicios, como lo exige el programa de mejora continua de la atención estomatológica.^{13, 14}

La realización de la presente investigación tiene como objetivo mejorar la calidad del Servicio Estomatológico de Urgencia del Policlínico Ignacio Agramonte.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención educativa en el servicio de urgencias estomatológicas del Policlínico Ignacio Agramonte desde enero hasta julio de 2008.

El universo se constituyó por los 184 pacientes mayores de 12 años que acudieron al servicio estomatológico de urgencias de guardia en el mes de enero del 2008 y los 31 estomatólogos y TAE que brindaron su atención en el mismo. Se conformó una muestra probabilística de 92 pacientes de acuerdo a la prevalencia, se demostró mediante programa EPIDAT su representatividad con un error de 0.2, una p 0.02 y una

confiabilidad del 95 por ciento, n= 184 con 92 pacientes. La asignación de sujetos a la muestra se realizó teniendo en cuenta los criterios de inclusión, por muestreo aleatorio simple.

Los 23 estomatólogos y 23 TAE que cumplieron los criterios de inclusión integraron la muestra.

Criterio de inclusión

- Pacientes mayores de 12 años que acudieron espontáneamente al (SEU) de guardia, en horario nocturno durante enero del 2008.
- Estomatólogos y TAE que brindaron su atención en este servicio en el período investigado, laboraran o no en esta unidad asistencial.

La investigación se concibió en tres etapas

I Etapa de diseño del método evaluativo.

II Etapa de recolección de datos.

III Etapa evaluativa de la calidad del servicio.

Etapa de diseño del método evaluativo

Se utilizó el método evaluativo cualitativo e integral, que evaluó de forma individual elementos de indicadores de calidad: estructura, proceso y resultado, se empleó como guía para su confección los elementos descritos por Donabedian y las etapas de la entrevista médica en consulta externa descritas por el Dr. Gonzalo Menéndez.^{7, 15,16}

La información sobre indicadores de calidad de estructura, se obtuvo mediante: una encuesta estructurada y una guía de observación estructurada, que se llenó según instructivo.

Las variables de estructura recogidas fueron: conocimientos sobre comunicación interpersonal, disponibilidad de recursos, condiciones del área de trabajo y área de descanso de la guardia.

Los atributos de calidad relacionados con indicadores de proceso y resultado se midieron a través de una encuesta estructurada a pacientes. Esta fue validada por el criterio de experto de cinco estomatólogos de experiencia relacionados con la actividad de urgencia, considerados por otros estomatólogos como profesionales éticos y un psicólogo. Con anterioridad a la aplicación de estos instrumentos se realizó un pilotaje en 10 pacientes para determinar su confiabilidad.

II. Etapa de recolección de datos

Se realizó a través de los tres instrumentos descritos:

- Encuesta a los prestadores de salud.
- Guía de observación estructurada.
- Encuesta estructurada a pacientes.

Durante la guardia se encuestó a los prestadores de salud. La información de la guía estructurada se recogió mediante observación por el maestrante o TAE, entrenada para

este fin. Fueron encuestados cuatro pacientes por estomatólogo en cada turno de guardia, al finalizar su consulta de urgencia.

III. Etapa evaluativa de la calidad del servicio

Evaluación individual de la calidad:

Se creó una escala de valores establecida por el autor del estudio utilizando como límites máximos el 50, 80 y 100% que permitió categorizar la calidad de estructura, proceso y resultado en: buena, regular y mala.

Criterios de calidad de estructura

- Buena calidad: 23 – 28 ptos.
- Regular calidad: 15 – 22 ptos.
- Mala calidad: valor máximo 14 ptos.

- Criterios de calidad de proceso

- Buena: 14 -16 ptos.
- Regular: 9 y 13 ptos.
- Mala: valor máximo 8 ptos.

Criterios de calidad de resultados

- Buena: 6 - 7 ptos.
- Regular: 4 - 5 ptos.
- Mala: valor máximo 3 ptos.

Evaluación general de la calidad del servicio: detectada y percibida.

A partir de la sumatoria de los puntos máximos alcanzados de forma individual se estableció una escala del uno al 51 como cifra máxima resultante.

Criterios de calidad detectada

- Buena: De 37 a 51 ptos.
- Regular: De 21 a 36 ptos.
- Mala: Valor máximo 20.

La calidad percibida por el paciente: se evaluó según una escala numérica de valoración de Dembo-Rubinstein con un rango de uno hasta diez de menor a mayor calidad.

- - - - -
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Se le solicitó al paciente que expresara numéricamente según su criterio la calidad del servicio circulando solo un número en la pregunta de la encuesta diseñada para este fin.

Criterios calidad percibida

- Buena calidad: 8-10
- Regular calidad: 5-7
- Mala calidad: valor máximo 4

Se identificó las dificultades y causas que incidieron negativamente en la calidad del servicio y se informó por escrito a la dirección del departamento de estomatología los resultados obtenidos y sugerencias para mejorar estos.

Aspectos éticos

A prestadores de salud y pacientes, se les explicó el motivo de la investigación, que la información sería para uso exclusivo del investigador y que no entrañaría daño ni perjuicio.

Los datos se procesaron en micro computadora Pentium III a través del procesador estadístico SPSS para Windows versión 10.0. Se realizó distribuciones de frecuencia a las variables estudiadas. Se utilizó el test de hipótesis de proporciones con categoría mutuamente excluyente y estadística inferencial, para determinar si existían diferencias significativas entre los valores comparados ($P < 0.05$) con una confiabilidad del 95% y un error de 0.05. Los resultados se presentaron en tablas en frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

Según los criterios de calidad establecidos en este estudio, la mala calidad predominó en los tres indicadores de calidad estudiados. Aunque el valor más alto se encontró en el indicador de estructura para un 56.5%, el análisis estadístico demostró significación estadística ($p < 0.05$) solo en la mala calidad del proceso. (Tabla 1)

Tabla 1. Comportamiento de la calidad del servicio según indicadores de calidad

Indicador de Calidad	B		R		M	
	No	%	No	%	No	%
Estructura	0		40	43.5	52	56.5
Proceso	21	22.8	28	30.4	43*	46.8
Resultado	19	20.7	34	37	39	42.3

Nota: Los porcentos son en base a 92 pacientes.

* $p < 0.05$

Entre las dificultades que afectaron la calidad de estructura de acuerdo a condiciones del local de trabajo, primaron las relacionadas con el equipamiento de la consulta (84), seguido de deficientes condiciones higiénicas sanitarias del local en 72 casos. Atendiendo a la disponibilidad de recursos las mayores dificultades se

presentaron por: guantes y extractores pulpares escasos en 67 pacientes. Los medicamentos disponibles frecuentemente se reportaron no óptimos para su uso (68) y escasa cantidad de carpules anestésicos. Las condiciones del área de descanso que más negativamente incidieron fueron: mala higiene con una frecuencia de 84 y mala ventilación del cuarto en según 80 prestadores de salud. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de dificultades inherentes a indicadores de calidad de estructura

Indicadores de estructura	Dificultades	No
Condiciones del local de trabajo	Dificultad con el equipamiento	84
	Deficientes condiciones higiénicas	72
	Inadecuadas condiciones en higienizar instrumental	68
Disponibilidad de recursos materiales	Guantes	76
	Extractores pulpares	68
	Baberos	56
	Recetarios y papel para método	52
Disponibilidad de medicamentos	Medicamentos no óptimos	68
	Carpules anestésicos escasos	56
Condiciones del área de descanso	Mala higiene del cuarto	84
	Cuarto mal ventilado	80
	Olores desagradables	48
	Baño en estado inadecuado	40
	Poca privacidad.	36

Las funciones de comunicación más afectadas en indicadores de proceso fueron: el no brindar una atenta escucha, ni el tiempo necesario para que expresaran su preocupación según 69 y 56 pacientes. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de dificultades inherentes a indicadores de calidad de proceso

Indicadores de proceso	Dificultades	No
Atenta escucha	Inadecuada	69

Tiempo para expresar su preocupación.	Insuficiente	56
Lenguaje extraverbal	Gestos inapropiados	51
Información al paciente	Escasa	49
Trato recibido	Indiferente	44

Las principales dificultades detectadas en indicadores de resultado, estuvieron relacionadas con la reiterada asistencia de los pacientes al (SEU) por la misma causa, cifra que ascendió a 61 y prolongado tiempo sin resolver el problema de salud en 53 pacientes. (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de dificultades inherentes a indicadores de calidad de resultado

Indicadores de resultado	Dificultades	No.
Asistencia al servicio de urgencia	Reiterada	61
Tiempo para resolver el problema de salud	Prolongado	53
Resolutividad del motivo de consulta	No resolvieron	44

En la calidad detectada, primó una mala calidad del servicio, con un (44.6%), mientras que de acuerdo a la percepción del paciente sobresalió, en un 55.5% y el análisis estadístico de este último, resultó altamente significativo ($p < 0.001$). (Tabla 5)

Tabla 5. Comportamiento de la calidad del servicio detectada y percibida

Calidad del servicio	Calidad del servicio detectada		Calidad del servicio percibida	
	No.	%	No.	%
Buena	22	23.9	20	21.7
Regular	29	31.5	21	22.8
Mala	41	44.6	*51	55.5

* ($p < 0.001$)

DISCUSIÓN

Existe una estrecha interrelación entre estructura, proceso y resultado, que deriva en que la estructura más perfecta no garantiza la calidad del proceso ni de los resultados y a su vez estos, no pueden existir sin una estructura adecuada. Los elementos y marcos estructurales del entorno brindan determinada información que complementan o afectan

el proceso comunicativo. Estos principios de calidad del Dr. Jiménez¹ y Dra. Sosa Rosales¹³ respaldan los resultados de mala calidad detectados como predominantes en el servicio evaluado.

Adicionada a las inadecuadas condiciones del área de trabajo, las del área de descanso referidas por los prestadores, también pudieron influir de forma indirecta negativamente en la calidad del servicio, criterio defendido por Guerrero Pupo^{17, 18} en investigaciones que ha efectuado.

El equipamiento de la consulta se vio afectado por: sillón y jeringa de aire no funcional, imposibilidad de utilizar el equipo de Rayos X. Entre las deficientes condiciones higiénicas sanitarias del local estaban: no encontrarse adecuadamente limpio, con olores desagradables, desechos infecciosos en el suelo y charcos de agua.

Otras dificultades se presentaron por: guantes escasos o de tamaño inadecuado, así como la indicación de volverlos a usar; extractores pulpares escasos, en mal estado o limas en lugar de estos; la existencia de un solo babero para todos los pacientes; falta de recetario y papel para método. Se comprobó además un fraguado deficientemente de medicamentos como: resina para férula, cemento quirúrgico, óxido de zinc y eugenol, así como una escasa cantidad de carpules anestésicos, principalmente en turnos de guardia de fin de semana.

Se insiste en la necesidad de que las acciones administrativas de cada servicio deben dirigirse a mejorar estas situaciones en la medida de sus posibilidades.

Se puso de manifiesto en el estudio, la poca importancia que aún muchos profesionales prestan a los temas de comunicación y relación médico paciente y como no privilegian los factores afectivos en esta relación, por la presión asistencial y la tendencia a racionalizar el tiempo, que impide brindarle al paciente una atenta escucha y el tiempo suficiente para que expresen sus preocupaciones, como plantea Bárbara Almaralesen¹⁹ trabajos realizados por ella.

El profesional de la salud debe desarrollar una relación empática con su paciente y establecer un diálogo amable con un lenguaje claro y sencillo, ser comprensivo, tolerante, atento, afectuoso, cuidar la información verbal y extra verbal transmitida, e inspirarle confianza al paciente. Fundamentos de esta relación analizados por otros investigadores.^{20, 21}

Al igual que otros estudiosos se considera, que se debe continuar profundizando en la superación de los profesionales en el campo de la ética con una vinculación práctica.²²⁻

24

Alonso Ruiz Luna²⁵ plantea que el mejor modo de obtener información de primera mano es cuando se analiza la calidad percibida por el usuario a través de las percepciones y deseos del verdadero protagonista del Sistema de Atención Sanitaria: el usuario.

En la encuesta a pacientes se detectó, que el indicador de resultado se vio afectado, por la reiterada asistencia de los pacientes tres veces o más en 61 casos, prologado tiempo sin resolver el problema de salud por turnos muy lejos y/o falta de recursos y en menor frecuencia, no haber resuelto en esta consulta de urgencia la causa que los hizo asistir. La mala calidad del servicio percibida por el paciente, estuvo influenciada por elementos de estructura como: el aspecto de la consulta, funcionamiento inadecuado de los equipos y falta de recursos. Estos resultados confirman lo planteado por Donabedian según Jiménez Paneque,¹ quien sostiene que los aspectos de estructura solo contribuyen en el paciente a crear un clima de satisfacción y tranquilidad cuando aprecian, que todo el entorno material y social que lo rodea, está en función de satisfacer sus necesidades.

CONCLUSIONES

1. Se diagnosticó mala calidad en los tres indicadores estudiados.
2. Existieron dificultades en atributos de indicadores de estructura como: inadecuadas condiciones del local de trabajo, del área de descanso y disponibilidad de recursos, en más de las tres cuartas partes de los casos.
3. En más de la mitad de los pacientes atendidos, existieron dificultades en indicadores de calidad de proceso: no brindar una atenta escucha, ni tiempo necesario durante el interrogatorio y uso de un lenguaje extraverbal inapropiado.
4. En el indicador de resultado sobresalió, en más de la mitad de los pacientes atendidos, las siguientes dificultades: asistencia reiterada al servicio de urgencias por la misma causa y prolongado tiempo sin resolver el problema de salud.
5. La calidad del servicio detectada por el investigador y percibida por el paciente fue mala.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez Paneque R E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública. 2004; 30(1):17-36.
2. Blanco Ruiz A O, García López E, Rodríguez García L O, Menéndez Laria A, Sotres Vázquez J. La relación estomatólogo paciente. Importancia de los factores sociales. Rev Cubana Estomatol. 2004; 41(1).
3. Agranatti P. Cuestiones éticas en la Odontología. Parte I. Rev Méd Electrón [en internet]. 2002 [citado 2 feb 2007]: [aprox. 23 p.]. Disponible en:<http://adolyfa.org.ar/arts/odontología.pdf>.

4. García Rosique PM, Herrera Hernández N, Torres Sariol ML. Calidad de los servicios médicos especializados. 3ª. Parte. Rev Méd Electrón [seriada en internet]. 2007 [citado 27 de may 2008]; 29(5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%/tema14.htm>
5. García-Roco O N, Pérez González Z, Moras Hernández M A, Monteagudo Canto A. Reflexiones éticas sobre una aplicación científico-médica de actualidad: La distracción osteogénica. Rev Humanidades Méd. 2005; 5(13): 19-25.
6. Blanco Ruiz A O, García López E, Rodríguez García L O, Menéndez Laria A, Sotres Vázquez J. La relación estomatólogo paciente. Importancia de los factores sociales. Rev Cubana Estomatol. 2004; 41(1).
7. González Menéndez R. Relación equipo de salud-paciente-familia. Aspectos éticos y tácticos. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.p.157.
8. Licia A. El manejo de las urgencias en Ortodoncia. Ortod Clínica. 2003; 6(3):154-64.
9. Quiñones Márquez D. Patologías pulpares y periapicales más frecuentes en urgencias en 2 clínicas estomatológicas. Rev Cubana Estomatol [en Internet]. 2000 [citado 4 feb 2008]; 37(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/Est/vol37_2_00/est02200.htm.
10. Rodríguez Silva H. La relación médico-paciente. Rev Cubana Salud Pública [seriada en internet]. 2006 [citado 27 de may 2008]; 32(4): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?acript=sci arttext&pid=S0864-34662006000400007>
11. Luengas Aguirre M I de F. La bioética en la relación clínica en la odontología. Rev Asoc Méd Mej. 2003; 60(6): 6-14.
12. Díaz Valdés K, Iglesias M A. Influencia de la relación médico-paciente en consultas estomatológicas en el municipio San Cristóbal, Pinar del Río. CIGET Pinar del Río. 2005; 7(2):18-23.
13. Sosa Rosales M de la C. ¿Cómo lograr la Calidad en la Clínica Dental? [serie en internet]. 2002 [citado 20 feb 2008]: [aprox. 53 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/galerías/pdf/uvs/saludbucal/artcalidad.pdf>
14. Abay Debs V, Palma López M, Pérez Álvarez S. Resolutividad de los servicios de urgencia en estomatología: Necesidad de estrategias para el cambio. Rev Arch Méd Camagüey [serie en internet]. 2004 [citado 20 de feb 2008]; 8(4): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/2004/v8n4/927.OK.orig.htm>
15. García Rosique PM, Herrera Hernández N, Ibarrola Pedroso W. Calidad de los servicios médicos especializados (I parte). Rev Méd Electrón [seriada en internet]. 2007 [citado 27 de may 08]; 29(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

- <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol1%202007/tema14.htm>
16. Abay Debs V. Grado de satisfacción de la población en cuanto a los servicios de estomatología que recibe. *Rev Arch Méd Camagüey* [en internet]. 2004 [citado 20 de feb 2008]; 8(3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v8n3/775.htm>
 17. Guerrero Pupo J. Salud laboral sostenible. Puesto de trabajo. En: *Memorias. Primer Taller Internacional Salud y Calidad de Vida. Holguín: Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.* [serie en internet]. 2003 [citado 2 abr 2008]: [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/ger/No9/Definiciones%20administracin.htm>.
 18. Guerrero Pupo J C, Cañedo Andalia R, Rubio Rodríguez SM, Cutiño Rodríguez M, Fernández Díaz DJ. Calidad de vida y trabajo: algunas consideraciones sobre el ambiente laboral de la oficina. *Acimed* [serie en internet]. 2006 [citado 2 abr 2008]; 14(4) [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol14_3_06/aci01306.htm
 19. Almarales Pupo B. Barreras que afectan la comunicación médico paciente. *Hospital "Lucía Iñiguez Landín".* 2002. *Correo Científico Médico de Holguín.* 2003; 7(2).
 20. Rivas J L. Ética en odontología. *Odontol Ejerc Profes* [serie en internet]. 2005 [citado 6 jun 2008]; (ago). [aprox. 38 p.]. Disponible en: <http://www.Odontomarqueting.com/art205ago2005.htm>
 21. Péres Irons I, Sánchez Rodríguez R, Macías Sera R. Guía práctica español-inglés para entrevistar a una paciente en la consulta de Ginecología y Obstetricia *Rev Cub Estomatol* [en Internet]. 2003 [citado 4 feb 2008]; 11(6): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11_6_03/aci16603.htm.
 22. Rosales Reyes S, Rodríguez Méndez G. La docencia estomatológica cubana, 45 años en función de las necesidades del pueblo. *Rev Habanera Cienc Méd* 2004; 3(8):10-4.
 23. Fernández Garrote L M, Llanes Fernández L, Llanes Llanes E. Reflexiones sobre la ética en la investigación clínica y epidemiológica. *Rev Cubana Salud Pública* [serie en internet]. 2004 [citado 20 feb 2008]; 30(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662004000300011&script=sci_arttext.pdf.
 24. Díaz Valdés K, Iglesias Iglesias MA. Influencia de la relación médico-paciente en consultas estomatológicas en el municipio San Cristóbal, Pinar del Río. *CIGET Pinar del Río.* 2005; 7(2):18-23.

25. Ruiz-Luna A, Barrera Ávila J M, García Luque R. Manual de Indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias [en Internet]. 2000 [citado 22 may 2008]: [aprox. 19 p.]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20indicadores%20Calidad.pdf>

Recibido: 2 de junio de 2009

Aprobado: 25 de septiembre de 2009

Dra. Viviana Estrada Verdeja. Email: vestrada@finlay.cmw.sld.cu