



Instituto Técnico para la Acreditación
de Establecimientos de Salud



Manual de Acreditación

Para Establecimientos
Odontológicos

Argentina - 1era. Edición - Julio 2006



SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DE LA PLATA



MANUAL DE ACREDITACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Primera Edición, 2007
ITAES

Todos los derechos reservados

Queda hecho el Depósito que marca la ley 11.723

© 1ª Edición 2007: ITAES

Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud
Personería Jurídica Resol. IGJ 1199/93
Av. Córdoba 1827 8º C/D, 1120 Buenos Aires, República Argentina.
Tel./Fax: (54-11) 4814-0615 / 0838

Instituto Técnico para Acreditación de Establecimientos de Salud

Manual de acreditación para establecimientos odontológicos. - 1a ed. - Buenos Aires :
Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimiento de Salud - ITAES ; La Pata : So-
ciedad de Odontología de La Plata, 2007.

47 p. ; 29x21 cm.

ISBN 978-987-95575-8-7

1. Acreditación de Instituciones Odontológicas. I. Título
CDD 362.102 3

Fecha de catalogación: 21/06/2007

El derecho de propiedad de esta obra comprende para su autor la facultad de disponer de ella, publicar-la, traducirla, adaptarla o autorizar su traducción y reproducirla en cualquier forma, total o parcial, por medios electrónicos o mecánicos, incluyendo fotocopia, grabación magnetofónica y cualquier sistema de almacenamiento de información; por consiguiente nadie tiene facultad de ejercitar los derechos pre-citados sin permiso del autor y el editor, por escrito. Los infractores serán reprimidos con las penas del artículo 172 y concordantes del *Código Penal (arts. 2,9,10,71 de la Ley 11723)*

Fecha de Impresión: 07/06/07

Tirada: 100 ejemplares

Impresión y armado: LASER FACTORY

Paraguay 707, CP 1057 – Ciudad de Buenos Aires

TE: 4312-0522

laserfactory@datamarkets.com.ar

ÍNDICE

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	4
DEFINICIONES	5
REGLAMENTO de ACREDITACIÓN	9
1. Condiciones para solicitar la Acreditación	9
2. Procedimientos previos a la Evaluación	10
3. Metodología de evaluación	11
4. Dictámenes	12
5. Apelación	13
DOCUMENTOS CONCEPTUALES	15
QUE INSPIRAN EL PRESENTE MANUAL	15
El Hombre como Eje del Hospital	15
Derechos de los Pacientes	16
Acceso al tratamiento	16
Respeto y dignidad	16
Privacidad y Confidencialidad	16
Seguridad Personal	17
Identidad	17
Información	17
Comunicación	17
Consentimiento	17
Consultas	18
Denegación del tratamiento	18
El Impacto del Recurso Físico en la Garantía de Calidad	18
Principios para Formular Estándares de Acreditación	23
ESTÁNDARES	28
DE ESTRUCTURA	28
A- DE LA HABILITACIÓN	28
B- DE LOS RECURSOS HUMANOS	28
C- DE LA PLANTA FÍSICA	30
D- DEL EQUIPAMIENTO	33
DE PROCESO	35
E - DE LA BIOSEGURIDAD	35
F- CONTROL DE CALIDAD INTERNO	36
G- DEL MATERIAL UTILIZADO EN LOS EXÁMENES CLÍNICOS	36
H- DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS	36
I- DERIVACIÓN DE PACIENTES	37
ANEXO I	41
NORMAS DE BIOSEGURIDAD	41
I - VACUNA ANTI-HEPATITIS B	41
II - VACUNA ANTITETÁNICA	41
III - VESTIMENTA Y ACCESORIOS	41
PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES	41
ANEXO II	43
NORMAS DE ATENCIÓN DEL PACIENTE ODONTOLÓGICO	43
ANEXO III	45
LIMPIEZA DE LOS ELEMENTOS Y SUPERFICIES DE TRABAJO	45
ANEXO IV	46
CLASIFICACIÓN Y NORMAS ACERCA DEL INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO	46
Clasificación	46
Normas de limpieza, desinfección y esterilización	47
ANEXO V	49
EQUIPAMIENTO	49
ANEXO VI	50
INSTRUMENTAL	50

MANUAL DE ACREDITACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS ODONTOLÓGICOS

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Odontológica de La Plata (SOLP), además de ser una entidad científico-gremial sin fines de lucro, no olvida las necesidades de la población de recibir una atención en salud de alta calidad. En base a ello ha establecido un convenio de colaboración con el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos Asistenciales (ITAES) cuyo objeto es el desarrollo de un Programa de Acreditación en Odontología.

El presente Manual es el primer fruto de tal convenio entre ambas instituciones y será utilizado en la acreditación de recursos odontológicos al menos por los próximos tres años, o hasta tanto el avance del conocimiento científico o los cambios socioeconómicos y/o en el marco jurídico hagan recomendable su actualización.

Este manual de acreditación comprende tanto a los establecimientos odontológicos de clínica general como a los centros y establecimientos especializados. Es por ello que cuenta con Estándares Obligatorios o Excluyentes (todos los establecimientos deben cumplirlos para alcanzar la Acreditación) y Estándares No Obligatorios, aplicables según características del establecimiento, es decir que sólo serán de cumplimiento obligatorio para quienes desarrollen prácticas especializadas, dependiendo de cuáles sean éstas.

La Acreditación es uno de los métodos o técnicas, comprendido dentro de las modalidades de "evaluación externa por pares", destinadas a evaluar la calidad de la atención médica que brindan los establecimientos de salud. Puede ser homologado, dentro de las instituciones asistenciales, a lo que la Certificación Profesional es a los médicos. Conforma un procedimiento dinámico que califica a la totalidad del establecimiento: el resultado sólo puede ser sí o no acreditado y considera desde la planta física hasta el proceso de atención médica y el nivel de satisfacción de los usuarios.

La Acreditación se basa en la evaluación por medio de Estándares, que son un conjunto de datos e indicadores que permiten una visualización accesible y totalizadora, de algunos de los aspectos considerados significativos para verificar la existencia de condiciones básicas de calidad y seguridad. Estos estándares, que son conocidos y aceptados por el establecimiento previamente a la evaluación, configuran criterios trazadores, no descripciones minuciosas de servicios o sistemas de atención. Evalúan tanto la estructura como el proceso que se aplica, así como también los resultados y el impacto, que sobre la población producen las acciones de atención médica.



Ninguno de los estándares de acreditación es capaz por sí solo de brindar una apreciación total de la calidad de un establecimiento dado: para obtenerla es menester reunir múltiples factores, ya que cada uno mostrará aspectos parciales de esa calidad. Como se verá más adelante, en este Manual los estándares son casi cuarenta y, cada uno a su vez, contiene una gran cantidad de elementos vinculados entre sí, que contribuyen a alcanzar el concepto esencial sobre su cumplimiento.

DEFINICIONES

A los efectos del presente Manual, se adoptan las siguientes definiciones:

HABILITACIÓN:

Es el procedimiento por el cual el Estado autoriza el funcionamiento de los servicios de salud que demuestran cumplimiento de requisitos mínimos, aprobados por normas de carácter jurídico (leyes, decretos, resoluciones de las diversas autoridades de aplicación, según el caso).

Lleva implícito el poder de policía propio del Estado y su objetivo es ofrecer seguridad a la población acerca de las condiciones en que le serán brindados los servicios de atención de la salud. Normalmente es otorgado por la autoridad de aplicación correspondiente (Nacional, Provincial o Municipal) o bien es delegada en entidades deontológicas profesionales –en especial cuando se trata de los recursos humanos-. Siempre es de carácter obligatorio y por lo general se ejerce por única vez, antes del inicio de las actividades asistenciales.

CATEGORIZACIÓN:

Es el procedimiento por el cual se define el nivel de complejidad de un establecimiento según el desarrollo tecnológico alcanzado (baja, media o alta complejidad), la franja de especialidades que ofrece (establecimientos poli, oligo o monovalentes) o bien el riesgo al que enfrenta (establecimientos para agudos, para internación prolongada, para crónicos, etc.).

Su utilidad consiste en demostrar el tipo de oferta asistencial con que se dispone en una determinada área geográfica y está estrechamente ligada a la capacidad de planificar y establecer diferentes alternativas en los modelos asistenciales, a través de la conformación de redes racionales de efectores de salud.

ACREDITACIÓN:

Entendemos por Acreditación a la modalidad de evaluación de calidad de efectores de salud por los pares, periódica, voluntaria, ejercida por una entidad cuya única relación con el evaluado es la evaluación en sí, confidencial y con estándares previamente conocidos, cuyo objetivo estratégico es promover una cultura del mejoramiento continuo de la calidad.



Generalmente es ejercida por una entidad no estatal sin fines de lucro integrada en lo posible por representantes de todos los subsectores que forman parte del sistema de salud¹. La participación de todos ellos asegura imparcialidad y seriedad en la aplicación del método y, especialmente por la integración de los propios prestadores a la entidad, brinda el apoyo político para su accionar específico. Si son los pares quienes juzgan a sus iguales, las posibilidades de discrepancias o conflictos se reducen.

Desde sus inicios la Acreditación es periódica, es decir, no existe Acreditación de vigencia permanente en sentido temporal, puesto que la calidad de los establecimientos varía con el transcurso del tiempo, tanto favorable como desfavorablemente. Por otra parte, el contenido de los estándares se renueva y perfecciona permanentemente al compás del avance en el conocimiento científico, los cambios económico sociales y la modificación de los marcos jurídicos². Esto hace que las instituciones acreditadas con una generación de estándares, deban confrontar con requerimientos más ambiciosos la próxima vez. De tal modo se obliga a los interesados a esforzarse para mantener lo alcanzado, mejorando cada día más, lo que es la base de la Mejora Continua de la Calidad.

La voluntariedad es la base del compromiso con la calidad: sólo quienes estén imbuidos de ello aceptan incorporarse a un programa que les significa una inversión. En ninguno de los ejemplos que pueden analizarse actualmente a nivel mundial se acredita obligatoriamente a los establecimientos de un área o jurisdicción dada ni son elegidos arbitrariamente por las entidades acreditadoras, ni existe compulsión alguna para someterse al procedimiento. Solamente se aplica a aquellos que soliciten explícitamente ser sometidos al proceso.

Las autoridades de los establecimientos evaluados son los únicos depositarios de las conclusiones de la evaluación. Las organizaciones acreditadoras, así como sus evaluadores, técnicos y directivos tienen vedado dar a conocer tales resultados. Por su parte, es el establecimiento quien decide qué hacer con la información, cómo difundirla y por qué vía. Entonces, los resultados del proceso de Acreditación son comunicados exclusivamente a las autoridades del establecimiento evaluado. Si se han satisfecho los requisitos aplicados, por medio de un Certificado de Acreditación y, en caso negativo, por medio de una comunicación confidencial, en la que se explicitan las razones por las que no se otorga la Acreditación, así como la opinión técnica acerca de las correcciones que se consideren necesarias para la solución de los problemas detectados. Es habitual que, durante el período de vigencia de la Acreditación, el establecimiento esté autorizado a incorporar en su papelería el logo de la entidad acreditadora y un mensaje que anuncia su condición de Acreditado. En ninguna circunstancia se comunican las conclusiones por otros medios, ni a otros interlocutores, salvo en el caso en que las autoridades de la institución autoricen explícitamente a difundir el resul-

¹Prestadores, financiadores, usuarios, e incluso el Estado, pero no en su función habitual de regulador, sino como un participante más, cuyos establecimientos, si los hubiere, debieran someterse a idénticos requisitos que el resto, sin prerrogativas ni diferencias de ninguna especie. Hay excepciones, como Cuba y Francia, en que es el Estado el que desarrolla la Acreditación.

²Por tal razón este Manual es una herramienta dinámica, que admite correcciones y ampliaciones periódicas.



tado. En definitiva, el establecimiento es el único responsable de la ulterior difusión de los resultados.

Finalmente, otra condición esencial para garantizar la objetividad del procedimiento, es que el único vínculo entre la entidad evaluadora y el establecimiento evaluado, no sea otro que la propia evaluación. Este concepto es el que prima en los Estados Unidos (EE.UU.), y viene dando buenos resultados desde hace más de ochenta años³, así como en la mayoría de los países en donde se la aplica.

En la redacción de los estándares existe un grupo de pautas que deben ser respetadas. Una de ellas es la facilidad de su verificación: la definición del estándar debe ser breve, para evitar que el exceso literario se contraponga con la necesaria objetividad. Debe ser clara, fácil de interpretar o, en caso de que ello no sea posible, contar con todas las aclaraciones y precisiones que fueren menester. La información necesaria para la evaluación debe estar al alcance de los evaluadores, sin que sea necesario que éstos desarrollen una método de investigación específico para obtenerla⁴.

Uno de los objetivos es reducir al mínimo posible el período en que los evaluadores permanecen en el establecimiento en el ejercicio de sus funciones, así como mejorar la claridad de sus conclusiones, para arribar al dictamen final más sencillo posible. Si bien la simple observación de un fenómeno es capaz de alterarlo, cuanto mayor sea el tiempo utilizado, más importantes serán las consecuencias. El objetivo es analizar el establecimiento en sus condiciones de funcionamiento habitual, sin entorpecerlas ni modificarlas.

La Acreditación no es el único método disponible para evaluar Establecimientos Asistenciales. Existen otras técnicas de evaluación externa por pares, disponibles para los servicios de salud, como las Normas ISO, el Premio Nacional a la Calidad o las "visitas especializadas" de sociedades científicas. A criterio del ITAES, así como de la totalidad de los Programas de Acreditación que se están llevando a cabo en todos los continentes, la Acreditación Hospitalaria es el procedimiento más idóneo, eficiente y eficaz, para evaluar las particulares condiciones en que se desenvuelven las instituciones que prestan servicios de salud.

No debe esperarse de este método una descripción minuciosa del hospital, ni de sus diferentes componentes. La Acreditación no sustituye -sino que complementa otros procedimientos de fiscalización sanitaria, en general implementados por autoridades estatales, aunque puedan ejecutarlos organismos no gubernamentales, como la Habilitación y la Categorización. Cada una de ellos tiene objetivos y criterios diferentes, en función de los cuales deben ser interpretados. La finalidad de la Habilitación es evaluar las condiciones estructurales con que cuenta una institución, para autorizar su funcionamiento, dando a la población la seguridad que de que cumple con los requisitos mínimos indispensables para la tarea. La Categorización, en cambio, tiene por ob-

³Concretamente, desde 1917, en que se llevó a cabo la primera evaluación de prueba.

⁴Es oportuno aclarar que los evaluadores no necesariamente son médicos o profesionales técnicos en administración hospitalaria

jetivo estratificar la oferta de servicios -según su capacidad resolutive con el fin de ordenar a los efectores en redes de derivación, integradas y complementarias.

Por su parte, el objetivo primordial de la Acreditación es evaluar la Calidad de Atención Médica, teniendo en cuenta los atributos básicos definidos por Avedis Donabedian: eficiencia, eficacia, efectividad, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad. Por consiguiente, de la aplicación complementaria de más de una de las modalidades, surgirá mayor claridad en la evaluación de un establecimiento de salud.

Calidad podría definirse como el grado en el cual los sistemas de salud facilitan la posibilidad de obtener resultados exitosos y son congruentes con los conocimientos profesionales y el desarrollo tecnológico. Si hablamos de tecnología sabemos que la eficacia, la seguridad, el uso apropiado y la eficiencia son sinónimos de calidad y se la estudia a través de la estructura, el proceso y por último el resultado.

Al aplicarlo en el campo de la salud podemos definir a la **ESTRUCTURA** como la evaluación de los recursos humanos, financieros, planta física y equipamiento destinados a la atención odontológica.

Por su parte, el **PROCESO** es la evaluación de la asistencia en sí. Específicamente, de las operaciones y procedimientos que se realizan en un establecimiento o centro odontológico. Se evalúa el acto profesional durante la atención. Está compuesto fundamentalmente por el análisis de las normas de bioseguridad, de los controles internos de calidad, los procedimientos de derivación y archivos de las historias clínicas con sus resultados.

Por último, **RESULTADO** es la evaluación del acto profesional a partir de su consecuencia. Es por ello que se realiza en un tiempo posterior (mediato o inmediato) a la atención odontológica por medio de estadísticas, autoevaluaciones, registros y otros indicadores

Pero la Acreditación no se limita a establecer la imagen de un corte "transversal" de la realidad institucional, en un momento dado de su evolución. Para convertirse en una herramienta verdaderamente útil en su misión de mejorar la calidad de la atención médica, es imprescindible que desarrolle una actitud docente, procurando implantar una cultura del mejoramiento continuo de la calidad. Ello significa brindar orientación al establecimiento, acerca de las pautas que deben seguirse para lograr ese mejoramiento. Esta función se ejerce tanto sobre los establecimientos que no hayan logrado cumplir con los estándares en un momento dado, cuanto sobre los que accedieron efectivamente al Certificado de Acreditación.

En el primer caso el objetivo central es preparar a la institución para que pueda ser acreditada en una segunda evaluación y, en el segundo, lograr una armonía funcional entre las diferentes áreas que lo componen, enfatizando los mecanismos correctores sobre las más débiles. Al mismo tiempo, ayudar al establecimiento en su preparación para afrontar la próxima evaluación trianual, cuyas exigencias se prevén mayores, e indicarle hacia dónde dirigir sus esfuerzos para mantener actualizada la Acreditación.

ESTABLECIMIENTO:

Conviene aclarar desde ya, que en adelante las referencias a "Establecimiento" se refieren siempre a todo tipo de centro donde se lleven a cabo prestaciones de salud. En el caso específico este Manual el término debe ser considerado sinónimo de consultorio, centro, etc., salvo cuando se lo indique taxativamente.

El Manual no distingue a los establecimientos por el origen principal de su financiación, ni por la naturaleza jurídica a la que pertenezcan, por lo que se incluye en tal definición a los efectores estatales, privados, de Obras Sociales, mutuales, comunidades, etc.

REGLAMENTO de ACREDITACIÓN⁵

1. Condiciones para solicitar la Acreditación

- 1.1. A los fines del presente Manual, puede someterse a la acreditación del ITAES todo establecimiento asistencial odontológico que se encuentre ubicado dentro del territorio de la República Argentina.
- 1.2. Para solicitar la acreditación el establecimiento deberá reunir los siguientes **requisitos preliminares**:
 - 1.2.1. Estar habilitado por la autoridad sanitaria Nacional, Provincial y/o Municipal, según corresponda. Esto implica el reconocimiento de que todas las instalaciones fueron debidamente ejecutadas acorde con las leyes y reglamentos que las regulan. La Acreditación no es substitutiva de esas reglamentaciones, ni releva de la responsabilidad de su cumplimiento.
 - 1.2.2. Haber funcionado en forma continua durante por lo menos un año antes de la solicitud de acreditación.
 - 1.2.3. Garantizar que todo profesional que tenga acceso al uso de las instalaciones, revistando o no en relación de dependencia, se encuentre habilitado para ejercer sus actividades específicas.
 - 1.2.4. Asegurar que todos los servicios, incluidos los que eventualmente estuviesen ubicados fuera de la planta física del establecimiento, respondan a la conducción asistencial del mismo o, en caso de ser

⁵Adaptado del Manual de Acreditación de Establecimientos Asistenciales de la Argentina, COMCAM, Buenos Aires, Septiembre de 1992.



contratados, que exista una relación formal que asegure la continuidad de su funcionamiento. Será responsabilidad del establecimiento que solicite la acreditación, requerir las autorizaciones que correspondan a los proveedores contratados, a efectos de que los evaluadores del ITAES puedan verificar los estándares que se refieran a dichos servicios. La imposibilidad de llevar a cabo tales evaluaciones, por carecer de autorización específica u otro impedimento, dará lugar a que el ITAES considere que esos estándares no han sido satisfechos.

- 1.3. Los establecimientos que soliciten la Acreditación deberán cumplir además con las siguientes Condiciones Implícitas de Calidad, (requisitos de carácter general que, aunque no se hallan incluidos en los estándares específicos, son considerados excluyentes):
 - 1.3.1. Ubicación en zona inundable.
 - 1.3.2. Carencia de rampas, ascensores u otro tipo de facilidades para la circulación vertical de discapacitados, sean pacientes, técnicos o público en general, en establecimientos de más de una planta.
 - 1.3.3. Disponibilidad de agua potable interrumpida o restringida, en algunas horas del día.
 - 1.3.4. Presencia habitual de animales, domésticos o no, dentro de las instalaciones del establecimiento.
 - 1.3.5. Carencia de métodos sistemáticos de control de insectos y otros vectores.
 - 1.3.6. Filtraciones en cielorrasos y/o paredes, especialmente en áreas restringidas.
 - 1.3.7. Revoques, pintura y/o carpintería deteriorados, especialmente en áreas restringidas.
 - 1.3.8. Basura y/o escombros acumulados fuera de los lugares especialmente destinados a ese fin.

2. Procedimientos previos a la Evaluación

- 2.1. Las autoridades del establecimiento deberán dirigirse al ITAES, manifestando su intención de someterse a la evaluación. El ITAES entregará un ejemplar del Manual de Acreditación conteniendo, tanto los Estándares a aplicar, como el Reglamento a que se ajustará el procedimiento.



- 2.2. Una vez en conocimiento del Manual y del Reglamento, el establecimiento cumplimentará el Formulario Solicitud de Acreditación, **certificando satisfacer los requisitos preliminares y las condiciones de calidad implícitas**, tal como han sido consignados en los puntos 1.2 y 1.3.
- 2.3. Una vez aprobada su solicitud, el establecimiento abonará el arancel estipulado por el ITAES, según las dimensiones de su personal, con que cuenta y monto de su facturación anual de acuerdo a los balances.
- 2.4. En un plazo no mayor de cuatro (4) semanas, el establecimiento será notificado de la fecha en que se iniciará la evaluación.
- 2.5. El establecimiento deberá:
 - 2.5.1. Instruir debidamente al personal para que conteste a todos los requerimientos efectuados por el equipo evaluador.
 - 2.5.2. Disponer de toda la información necesaria mencionada en los estándares del Manual de Acreditación.
 - 2.5.3. Habilitar un espacio adecuado para el análisis de la documentación por parte de los evaluadores.
 - 2.5.4. Posibilitar que el Coordinador del equipo de evaluación, se reúna con los jefes de servicio, para instruirlos y aclarar dudas respecto al procedimiento.

3. Metodología de evaluación

- 3.1. Durante el relevamiento del establecimiento, el equipo evaluador constatará la correspondencia entre los datos obtenidos y los requisitos de los respectivos estándares, y volcará los resultados y observaciones que correspondieran en el Formulario Operativo.
- 3.2. Las técnicas empleadas en la recolección de datos serán:
 - 3.2.1. Visitas y recorridas de las instalaciones, incluyendo todas y cada una de sus dependencias.
 - 3.2.2. Observación de las estructuras, evaluación de los procesos y, eventualmente, de los resultados.
 - 3.2.3. Entrevistas con el nivel de conducción, con el personal que cumple funciones en el establecimiento, así como encuestas entre los pacientes y/o familiares.
 - 3.2.4. Análisis de la documentación facilitada por el establecimiento.
 - 3.2.5. Análisis de historias clínicas, protocolos y registros.



- 3.3. Con posterioridad a la visita, el equipo evaluador procesará los datos obtenidos, documentos o cualquier otro material relevante recibido de las dependencias del establecimiento evaluado, y recomendará a la Comisión Directiva del ITAES la emisión del dictamen que considere conveniente.

4. Dictámenes

- 4.1. **Acreditación Plena:**
Cuando el establecimiento cumpla con todos y cada uno de los estándares.
 - 4.1.1. Tendrá una validez de 3 (tres) años, a contar de la fecha del Certificado emitido por el ITAES.
- 4.2. **Acreditación Transitoria:**
Cuando el establecimiento no cumpla totalmente con hasta 3 (tres) estándares, y se considere posible la corrección de sus deficiencias en un plazo breve, la Comisión Directiva del ITAES podrá otorgar una Acreditación Transitoria.
 - 4.2.1. La Acreditación Transitoria tendrá un plazo máximo de 12 (doce) meses, a contar de la fecha de emisión del Certificado. Durante el mismo el ITAES podrá realizar nuevas evaluaciones, a solicitud o no del establecimiento, aunque exclusivamente para evaluar la puesta en marcha y evolución de las tareas destinadas a subsanar las deficiencias que impidieron el otorgamiento de la Acreditación Plena.
 - 4.2.2. El período citado podrá ser acortado cuando a juicio del ITAES existan razones para tal proceder, tanto por haberse finalizado las tareas correctivas como por no haberse ejecutado en absoluto, o bien en los casos en que el ITAES considere que su plazo de terminación, superará la duración máxima de la Acreditación Transitoria.
 - 4.2.3. Cuando el establecimiento que haya obtenido una Acreditación Transitoria cumpla con los requisitos para alcanzar la Acreditación Plena, le será otorgado un Certificado en tal sentido. En estos casos, la Acreditación Plena absorberá la duración de la Transitoria, esto es, la vigencia se contará a partir de la fecha de la primera evaluación.
- 4.3. **No Acreditado:**
En los casos en que la Comisión Directiva considere que, el establecimiento no cumple las condiciones para ser acreditado y las deficiencias no pueden ser corregidas dentro del plazo de 1 (un) año, notificará los resultados de la evaluación otorgando un plazo de 15 (quince) días corridos, para que aporte información complementaria que permitiese modificar la resolución.



Cuando el establecimiento no aporte elementos que justifiquen una nueva evaluación, o notifique cambios que a juicio del ITAES, impliquen una modificación de la situación existente en los servicios evaluados favorablemente durante el relevamiento original, la Comisión Directiva procederá a emitir una resolución de **No Acreditado**. En este caso, deberá mediar no menos de 1 (un) año, para solicitar una nueva evaluación, que deberá cumplir nuevamente con todos los requisitos exigidos.

- 4.4. Cuando los establecimientos incluidos en el punto 4.2, notifiquen haber cumplimentado las modificaciones que motivaron la postergación, o aporte elementos que lo justifiquen, se procederá a una nueva constatación en terreno. En base a ésta se tomará la decisión definitiva.
- 4.5. El Dictamen será comunicado a las autoridades del establecimiento, en forma confidencial y fehaciente por la Comisión Directiva del ITAES, en un plazo no mayor a 10 (diez) días corridos a partir de la fecha de su emisión.
- 4.6. **La facultad de dar a conocer públicamente el resultado de la evaluación quedará a cargo de la conducción del establecimiento, y exclusivamente durante y no más allá del período de vigencia de la Acreditación.**

5. Apelación

- 5.1. Los dictámenes negativos de la Comisión Directiva del ITAES podrán ser apelados ante la misma dentro los 30, (treinta), días corridos a partir de la fecha de su notificación fehaciente, y cuando el establecimiento interesado considere que existen elementos que puedan hacer variar la primitiva decisión.
- 5.2. La Comisión Directiva concederá audiencia a las autoridades del establecimiento dentro de los 40, (cuarenta), días posteriores a la solicitud de apelación, comunicando para ello la fecha y hora de la reunión con no menos de 20, (veinte), días de antelación.
- 5.3. Las autoridades del establecimiento podrán concurrir a la audiencia acompañadas por asesores y deberán proporcionar información oral o escrita y ofrecer testimonios durante la audiencia. Asimismo la Comisión Directiva podrá citar a cualquiera de los miembros del equipo evaluador que realizó la tarea de campo.
- 5.4. La Comisión Directiva del ITAES no considerará ninguna presentación o testimonio relacionado con medidas tomadas por el establecimiento con posterioridad a la fecha de notificación fehaciente del Dictamen negativo.



- 5.5. Después de haber comenzado una audiencia, la Comisión Directiva del ITAES podrá suspender transitoriamente la misma con el propósito de evaluar la presentación, pasando a cuarto intermedio hasta el momento oportuno.
- 5.6. Una vez analizados los antecedentes y la información y testimonios presentados durante la Audiencia, la Comisión Directiva del ITAES tomará, en un lapso no mayor de 60 días de la fecha de iniciación del procedimiento de apelación o de finalización del receso, una de las siguientes medidas:
 - 5.6.1. Acreditar al establecimiento.
 - 5.6.2. No acreditarlo.
- 5.7. El Dictamen Final emitido en segunda instancia por la Comisión Directiva será inapelable.
- 5.8. En el caso de decidirse por la afirmativa, se emitirá el correspondiente Certificado de Acreditación, que tendrá idénticas características y otorgará los mismos derechos que todo el que haya sido emitido sin apelación previa.



DOCUMENTOS CONCEPTUALES QUE INSPIRAN EL PRESENTE MANUAL

*El Hombre como Eje del Hospital*⁶

“El desarrollo de programas de Garantía de Calidad es una necesidad en términos de eficiencia y una obligación en términos éticos y morales. Toda institución hospitalaria, dada su misión esencial en favor del hombre, debe preocuparse por un mejoramiento permanente en tal forma que logre una integración armónica de las áreas médicas, tecnológicas, administrativas, económicas, asistenciales y si fuere el caso también, de las áreas docentes y de investigación.

Es el hombre cuyo organismo no funciona adecuadamente, es el Hombre que padece, que sufre, que se desequilibra, que se debilita en sus capacidades, en su desarrollo personal o en sus realizaciones con la sociedad, es ese hombre el que le da la razón de la existencia a la entidad de salud. Esa persona debe ser recibida, tratada, comprendida y aceptada con todo lo que es en su ser finito, pero también con su destino trascendente.

Ella posee en sí misma una riqueza insondable, valores y tesoros ocultos en su interior, que no siempre aparecen ante el ojo clínico del Profesional de la Salud, ni pueden someterse a exámenes de laboratorio ni pueden descubrir mediante los más sofisticados aparatos, llámense tomógrafos o de medicina nuclear o los que vendrán próximamente.

Un “Manual de Acreditación de Hospitales” adquiere su pleno sentido cuando al determinar los criterios para evaluar las diferentes áreas, integra el concepto de la Institución como un lugar donde se recuperan y se tratan los profundos valores humanos, donde todos los participantes activos en la recuperación de la salud son conscientes de que están tratando con “seres humanos”, cuando aceptan que ayudan a aliviar dolores, sufrimientos, desequilibrios humanos y así entregan lo mejor de si mismos para devolver a sus pacientes la felicidad, la paz, la armonía, el equilibrio con las personas y cosas que los rodean, en una palabra, para producir alegría en sus semejantes”.

⁶OPS / FLH Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe - Septiembre 1991.



Derechos de los Pacientes⁷

Acceso al tratamiento

A todo individuo se le deberá dar el acceso imparcial al tratamiento o alojamiento disponible o que se indique médicamente, sin considerar su raza, credo religioso, sexo, nacionalidad o procedencia del pago para el tratamiento.

Respeto y dignidad

El paciente tiene el derecho de recibir el tratamiento respetuoso en todo momento y bajo todas circunstancias, como reconocimiento de su dignidad personal.

Privacidad y Confidencialidad

El paciente tiene derecho a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes derechos:

- El derecho a rehusarse a hablar o a ver a alguien que no esté oficialmente relacionado con el hospital, incluyendo visitantes o personas oficialmente relacionadas con el hospital pero no involucradas directamente en su tratamiento.
- El derecho de usar el vestido personal apropiado, así como otros objetos religiosos simbólicos, siempre que no interfieran con los procedimientos del diagnóstico o del tratamiento.
- El derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable. Esto incluye el derecho a pedir que se tenga una persona del mismo sexo durante ciertas partes de un examen médico, durante el tratamiento o el procedimiento efectuado por un profesional del sexo opuesto, así como el derecho a no permanecer desnudo durante más tiempo que el necesario, para llevar a cabo el procedimiento médico para el cual se le pidió desnudarse.
- El derecho a esperar que toda consulta o mención de su caso sea hecha discretamente y que no haya gente presente, que no esté directamente involucrada en su tratamiento, sin su consentimiento.
- El derecho a que su historia clínica sea leída solamente por los que están directamente involucrados en su tratamiento o de supervisar la calidad de éste, así como por otras personas solamente con su autorización previa por escrito, o la de su representante legal autorizado.
- A esperar que toda comunicación y registros pertenecientes a su tratamiento, incluyendo la procedencia del pago, sean tratados confidencialmente.

⁷Extraído del Manual de Acreditación de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO, Chicago, 1985.

- El derecho a que se le dé aislamiento y la protección que se consideren necesarios para su seguridad personal.

Seguridad Personal

El paciente tiene el derecho de esperar una seguridad razonable en la medida que las prácticas y las instalaciones del hospital lo permitan.

Identidad

El paciente tiene el derecho a saber la identidad y la posición profesional de los individuos que le estén prestando servicios, así como el derecho a saber qué médico o profesional de la salud está principalmente a cargo de su tratamiento. Esto incluye el derecho del paciente a saber si existe alguna relación profesional entre los individuos que lo están tratando, así como la relación con otras instituciones de salud o educativas involucradas en su tratamiento. La participación de un paciente en programas de entrenamiento clínico o para obtener información con propósitos de investigación deberá ser voluntaria.

Información

El paciente tiene derecho a obtener del profesional responsable de la coordinación de su tratamiento, la información completa y actualizada del diagnóstico (hasta donde se sepa), su tratamiento o cualquier pronóstico. Dicha información deberá comunicarse al paciente de manera que se pueda esperar la comprensión de éste. Cuando no se considere médicamente aconsejable dar esta información al paciente, dicha información será puesta a disposición de un individuo autorizado.

Comunicación

El paciente tiene el derecho al acceso a personas ajenas al hospital a través de visitas, de manera verbal y escrita. Cuando el paciente no hable, ni entienda el idioma predominante de la comunidad, deberá tener acceso a un intérprete. Esto es de particular importancia cuando dichas barreras idiomáticas representen un problema continuo.

Consentimiento

El paciente tiene el derecho a participar, razonablemente informado, en las decisiones relacionadas con su tratamiento de salud. Hasta donde es posible, esto deberá basarse en una explicación clara y concisa de su condición y de todos los procedimientos técnicos implícitos, incluyendo la posibilidad de cualquier riesgo de muerte o reacciones serias, de problemas relacionados con su recuperación y su posible salida satisfactoria. El paciente no deberá estar sujeto a ningún procedimiento sin su consentimiento voluntario, competente y cuerdo, y el de su representante autorizado legalmente. Cuando haya alternativas médicas significativas para su tratamiento, también se le deberá informar al paciente.

El paciente tiene el derecho a saber quién es el responsable de autorizar y llevar a cabo los procedimientos o el tratamiento.



Al paciente se le deberá mantener informado si el hospital se propone realizar o emprender experimentación humana o algún otro proyecto educativo o de investigación que afecten su salud o su tratamiento. Asimismo, el paciente tiene el derecho de rehusarse a participar en dicha actividades.

Consultas

Bajo petición y a su cuenta, el paciente tiene derecho a consultar con un especialista.

Denegación del tratamiento

El paciente podrá rehusar tratamiento hasta donde se lo permita la ley. Cuando la denegación del tratamiento por el paciente, o su representante autorizado legalmente, impida la prestación del tratamiento adecuado según las normas profesionales, la relación con el paciente se dará por terminada previo acuerdo.

El Impacto del Recurso Físico en la Garantía de Calidad

Calidad es el desideratum de fines del siglo XX. La Garantía de Calidad, la Gestión total de la Calidad (TQM), el Mejoramiento Continuo de la Calidad (CQI), las Normas de las Series ISO 9000 y 10000, etc., se han convertido en elementos esenciales en el área de la Administración de las Organizaciones.

El Premio Nacional a la Calidad de la República Argentina expresa que “.. el concepto de Calidad ha evolucionado significativamente durante los últimos años; de ser universalmente concebido como un valor referido a las características físicas de bienes materiales, fue ampliado su contenido, incorporando componentes que tiene que ver con percepciones y expectativas respecto de todo tipo de prestaciones. Hoy la calidad dejó de estar definida por el “prestador”, para pasar a ser definida por el “destinatario” de la prestación, el cual debe resultar plena y consistentemente satisfecho con la misma. Esto es aplicable en todos los niveles en que pueda establecerse una relación usuario/prestador, o, en un sentido general, cliente/proveedor..”.

Por otra parte reconoce que “..Junto a la evolución del concepto de calidad evolucionó también la forma de practicarla en las organizaciones dedicadas a la producción de bienes y servicios. De ser una función de control aplicada al final del proceso.. fue convirtiéndose en un instrumento preventivo, aplicado a lo largo de la cadena que forman todos esos procesos..”.

Entre los principios y valores que derivan del concepto de Calidad reitera que: “..la Calidad se prevé y se diseña (:) debe ser aplicada desde la etapa misma del diseño del bien o servicio a prestar, pasando luego por todos los procesos necesarios para concretar dicha prestación..”. Así mismo reconoce que “..La Calidad es un proceso de mejora continua: los requerimientos y expectativas de los clientes no permanecen estáticos sino que evolucionan y se modifican constantemente.. una organización debe ser objeto de un mejora continua que permita satisfacer constantemente las necesidades

cambiantes del mercado, a la vez que optimice la utilización de recursos y, por ende, los resultados operativos..”.

Por su parte la OPS/OMS reconoce, para los servicios de salud, que: “..para desarrollar efectivamente un programa de garantía de calidad es necesario que estén presentes las siguientes variables: calidad técnica de los profesionales; uso eficiente de los recursos; minimización de riesgos de lesiones asociadas por los servicios de salud ofrecidos y satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y accesibilidad a los servicios de salud..”.

En este contexto de garantía de calidad y uso eficiente de los recursos, partimos del reconocimiento del Recurso Físico como un medio: espacio-instrumento, para acceder a la salud, condicionado por el medio ambiente social y físico, a partir de la interacción con los recursos humanos, financieros y legales. Se extiende, de esta manera, la acepción de eficiencia de los recursos, a la calidad integral de los recursos, soporte de las acciones de salud y de la calidad de los servicios.

Sin embargo se reconoce que el impacto de la calidad del Recurso Físico en la calidad de los servicios no ha sido aún taxativamente reconocido. Dicha calidad debería ser algo más que un atributo estético de la envolvente espacial de una situación técnica; no debería ser solamente algo para agregar al edificio en su etapa final de construcción, sino que debería influir en todo el proceso de planeamiento del Recurso Físico, desde su principio hasta su terminación y continuar subsecuentemente en su mantenimiento, adaptaciones y cambios.

Este proceso de planeamiento debe concebirse mediante un método científico que asegure la referida calidad del producto: un edificio que provee calidad de servicios y calidad de medio ambiente.

Con este objetivo el CIRFS ha definido un proceso de planeamiento del Recurso Físico en Salud, a través de una metodología reconocida por la OPS/OMS en la cual se identifican cinco etapas: Formulación, Programación, Proyecto, Ejecución y Operación, con una interacción entre etapas que permite profundizar, con un grado de definición creciente, el tema de análisis, mediante una dinámica que acompaña la vida del recurso físico como un continuum de planificación, implementación y control-evaluación.

Por otra parte se reconoce que el Recurso Físico en Salud, para garantizar la Calidad de Atención, debe dar respuesta a condicionantes referida a los aspectos: Espacial-Funcional, Constructivo, de Equipamiento y de Mantenimiento, partiendo de la premisa que dichas condicionantes se enfatizan y valorizan diferentemente acorde a la perspectiva del grupo de atención: la comunidad, el persona, el paciente, etc.

* En lo referente al aspecto Espacial-Funcional:

- En la respuesta a las necesidades de la población mediante la planificación del Recurso Físico, acorde a la definición de su Rol en la red de servicios de salud,



que delimite el perfil de comportamiento de los servicios y su dimensionamiento en relación a la propuesta / metas de producción y que defina un Plan Maestro o Director para cada establecimiento que contribuya al ordenamiento, desarrollo y evolución del mismo, definiendo el marco de su reformulación, remodelación y ampliación.

- En la evaluación de la Calidad basada en la performance de los servicios, más que en la evaluación de la calidad en términos de procesos, con la concurrente conformación e interacción de los espacios y su dimensionamiento, como resultado de la calificación y cuantificación de las actividades y tareas, de las líneas de proceso, del recurso humano participante: personal, paciente y familiar y del equipamiento seleccionado.
- En la solución efectiva físico-funcional a las barreras arquitectónicas en los accesos y las circulaciones, tanto horizontales como verticales – desarrollando rampas, incorporando elevadores con comandos accesibles, sistemas de señalización Braille reforzando a los sistemas convencionales, etc.; y en los locales, con énfasis en aquellos donde las actividades que se desarrollan requieren seguridad, además de independencia y privacidad para los pacientes.
- En las condiciones ambientales mediante la búsqueda de espacios curativos, que concurren a la recuperación de la salud del paciente; tomando al mismo como centro del diseño arquitectónico y respondiendo al enfoque de la atención centrada en el paciente, referente usuario en conjunto con el personal del establecimiento y los diferentes visitantes / familiares.
- En la satisfacción de dicho usuario, mediante espacios confortables, humanizados, que resulten atractivos a partir de cualidades de: orientación, conexión con el medio ambiente, escala humana y significación simbólica.
- En lo referente a orientación, expresada en la facilidad del reconocimiento de la organización espacial – de los servicios y de la unidad de salud – que se inicia en la identificación clara de los accesos y se continúa en la orientación interna, en la facilidad de localizar el punto de destino dentro del edificio; no se restringe a un problema de señalización, sino que se constituye en un principio de programación y diseño, conformando un sistema de orientación.
- En lo referente a la conexión con el medio ambiente, mediante un continuum que se desarrolla gradualmente desde la comunidad hacia la privacidad del individuo, manteniendo así mismo la permanente conexión entre el interior de los espacios y el medio ambiente circundante. Principio que se apoya en la incorporación del aventamiento en todas las áreas del hospital, aún aquellas restringidas como centro quirúrgico y cuidado intensivo, en donde la iluminación natural y las visuales al exterior se incorporan como elementos terapéuticos para el paciente y de confort para el personal.



- En lo que respecta a la escala humana, mediante una apropiada relación entre la dimensión de las formas y los espacios y la figura humana, manteniendo un adecuado balance entre la escala humana y la escala comunitaria.
 - En la concepción de un sistema de seguridad que reduzca a su mínima expresión los factores de riesgo existentes en el establecimiento, mediante la identificación de los mismos, la adopción de las medidas de prevención consideradas más eficaces y el desarrollo paralelo de los procesos de respuesta ante la concreción de un accidente o siniestro. En consecuencia el establecimiento debe encarar como primordial la elaboración y puesta en marcha de un plan de seguridad, estableciendo un código de procedimiento para las áreas, los sistemas y los equipos.
- * En lo referente al aspecto Constructivo: (obra civil e instalaciones):
- En la selección adecuada de los elementos y materiales constitutivos de la obra civil, en lo concerniente a sus características físicas – resistencia, durabilidad, condiciones acústicas, facilidad de limpieza – y estéticas – color, textura, calidez – a fin de contribuir a la humanización del espacio.
 - En el diseño de un sistema de iluminación que a partir de un máximo aprovechamiento de la luz natural, brinde adecuada dosificación de los niveles de luz artificial, resaltados en los planos de trabajo y favorecidos en los ambientes por la selección de una gama de colores adecuados, con tratamientos superficiales que eviten la generación de brillos y reflejos. Así mismo deben evitarse desniveles lumínicos tales como la proyección de sombras o los deslumbramientos en áreas tales como circulaciones en rampas y cajas de escaleras.
 - En el correcto diseño de las instalaciones que contemple la interacción entre los distintos subsistemas y sus redes internas de distribución, procurando coordinar las posiciones de acceso para comando y mantenimiento, haciéndolas accesibles de manera tal de lograr que el funcionamiento global de los subsistemas se regule y sea mantenido sin producir interferencias en el servicio brindado ni molestias a los usuarios.
 - En la confiabilidad de las instalaciones por la calidad, continuidad y seguridad de los suministros: por ejemplo, la renovación y acondicionamiento del aire y sus condiciones de filtrado, temperatura y humedad; los suministros eléctricos mediante la instalación de unidades de tipo UPS, o de las tierras equipotenciadas en áreas de tratamientos críticos (Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Cuidado Intensivo y Neonatología), etc.
- * En lo referente al Equipamiento
- En la concepción del mismo a partir de la consideración de la ergonomía, es decir el estudio de los requerimientos del trabajo en relación a las capacidades



físicas y psicológicas de las personas así como sus limitaciones. El objetivo de la disciplina es prevenir el desarrollo de desórdenes ocupacionales y de reducir el potencial de fatiga, error o actos no seguros, a través de la evaluación y diseño de los procesos, el medio ambiente, los recursos físicos y los métodos de adiestramiento del recurso humano, para encontrar las capacidades de los usuarios específicos. Una revisión crítica desde la ergonomía del equipamiento existente y del equipamiento a diseñar permitirá alcanzar sistemas de productos que faciliten la interacción entre el equipo de salud, el producto y el paciente.

- En la selección de equipos que respondan a los procesos que se deben realizar, que posean la complejidad tecnológica acorde al contexto en el que serán utilizados y que garanticen su funcionamiento en condiciones de uso con continuidad y seguridad, por la disponibilidad de accesorios y repuestos, así como de servicios de mantenimiento eficientes y probados.
- En el aseguramiento de la calidad de la producción de equipos médicos a través de un esquema integral que aborde todas las etapas de ciclo de vida del producto: investigación, proyecto y desarrollo, producción y post producción, estableciendo para cada etapa, fases y tareas que den respuesta a los objetivos definidos para cada una de ellas. Por ejemplo, en la etapa de investigación los objetivos principales se deben dirigir a realizar los estudios de factibilidad tecnológica, productiva y de mercado del equipo propuesto. Se incluye la definición y descripción del equipo, a partir del conjunto de características de calidad que dé respuesta a las exigencias de los clientes, en la consideración de características funcionales, de seguridad, sensoriales, configuración y disposición de las instalaciones, normas y regulaciones legales, condiciones de envase y empaque y aseguramiento de la calidad. Igualmente se determina la clasificación, el grado de complejidad tecnológico-productiva y las características constructivas del equipo que se desea proyectar. Y en la etapa de postproducción el objetivo fundamental se debe dirigir a garantizar que el equipo médico fabricado satisfaga las exigencias del consumidor a partir de su calidad, fiabilidad y condiciones de seguridad, ejecutándose la recuperación de la información relacionada con su comportamiento, en las condiciones reales de adiestramiento del personal que operará los equipos y del personal del servicio técnico, así como brindando la asistencia técnica y realizando los ensayos y comprobaciones previstas.

* En lo referente al mantenimiento:

- En la consideración del mantenimiento como el conjunto de actividades que permite la operación del edificio, las instalaciones y el equipo en forma continua, confiable, de la manera más eficaz y eficiente posible, respetando las normas y manteniendo el nivel de resolución tecnológica permanentemente actualizado; mediante la implementación de una metodología de trabajo desarrollada en base a grupos interdisciplinarios apoyados por una capacitación continua.



- En el marco de la conservación de la unidad de salud, con actividades de reemplazo: renovación y recambio, reajuste y mantenimiento: predictivo, preventivo, programado y correctivo, y de buen uso de la capacidad instalada.

* Conclusiones:

Como conclusión podemos señalar que si en la década del 80 el paradigma vigente enfatizó la respuesta eficiente del Recurso Físico a la programación funcional de los servicios, la década del 90 define como paradigma la extensión de la respuesta de un medio ambiente relacionado con el hombre, concurrente con lo que señalar ale arquitecto Frank Lloyd Wright, cuando orientaba a los arquitectos en el uso del diseño para promover una actitud positiva de curación: “El paciente no debe nunca percibir la sensación de enfermedad.. La salud debe se una constante ante sus ojos”.

Principios para Formular Estándares de Acreditación⁸

Nota preliminar: el documento que se transcribe a continuación, es uno de los componentes principales del Proyecto ALPHA⁹. Fue presentado por primera vez en el Simposio de Acreditación, previo a la 14ª Conferencia Internacional de la ISQua, en Chicago en 1997. A continuación se hizo una ronda de consultas a las entidades acreditadoras participantes en el Proyecto. La versión consolidada, fue aprobada en el Simposio de Acreditación previo a la 15ª Conferencia de la ISQua, en Budapest en 1998. Fue nuevamente revisado en el Simposio previo a la 16ª Conferencia de Melbourne en 1999. El ITAES tuvo una activa participación en todas las etapas de elaboración y actualmente forma parte del Comité, encargado de la revisión permanente y el perfeccionamiento de estos principios.

Formular estándares de calidad para servicios de salud, es considerado por la mayoría de los países -e incluso por regiones dentro de los países- como lo que mejor satisface sus necesidades particulares en cada momento. La mayoría de los estándares, también se basan firmemente en lo que consideran prácticas aceptables, los mismos que deberán aplicarlas. En otras palabras, los estándares de atención de la salud deben ser adecuados, aceptables y creíbles.

Dado que los países / regiones son muy diversos y el desarrollo de sus sistemas de salud difiere ampliamente, la ISQua decidió desarrollar una matriz de principios internacionales, que pueden ser usados para sustentar el desarrollo de sus propios estándares -como una guía consolidada por las diversas entidades acreditadoras. Se sugiere que un conjunto común de principios, puede sustentar los estándares empleados por todas las entidades acreditadoras, como parte de sus propios programas de acredita-

⁸International Society for Quality in Health Care (ISQua).

⁹Agenda for Leadership in Programs of Healthcare Accreditation (ALPHA, actualmente *ISQua Accreditation Program*, IAP).

ción. Estos principios deben ser aplicables, sin tener en cuenta el estado evolutivo de los estándares en cada país.

El primer anteproyecto de principios internacionales fue aprobado en el Simposio de Acreditación de Chicago en 1997. En esa oportunidad, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations de los EE.UU., se encargó de facilitar las tareas de la ISQua, examinando el borrador del documento de trabajo. Luego se pidió a las entidades acreditadoras que compararan sus propios estándares de acreditación con el anteproyecto. Con posterioridad a la etapa de evaluación y a la extensa discusión de Budapest en 1998, el documento quedó consolidado y se presenta ahora, mediante la siguiente matriz de principios.

Se invita a las entidades acreditadoras a que adecuen a estos principios sus instrumentos de aplicación.

1. Deben requerirse ciertos **CONCEPTOS CLAVE**, que sustenten todos los estándares, sin tener en cuenta cómo se presenta su contenido. Estos conceptos deben contemplar:

Enfoque de los estándares:

- requisitos claramente documentados para que los pacientes se involucren en el proceso de atención.
- respeto por los derechos de los pacientes (se dan explicaciones claras con respecto a las alternativas de tratamientos; se proporciona a los pacientes la posibilidad de optar durante el proceso de atención). Nota: Esto puede variar de acuerdo a los valores de cada país y a la etapa de desarrollo en que se encuentre la entidad acreditadora.
- enfoque en el usuario

Responsabilidad¹⁰ de los prestadores de servicios de salud:

- responsabilidad por la calidad de la atención del paciente
- mejora continua
- se requiere monitoreo de la calidad (un método sistemático de monitorear la calidad de la atención, para lo cual existe documentación y acciones a seguir).

Gerenciamiento:

- óptima utilización del recurso
- gestión del riesgo (procesos específicos para minimizar y/o eliminar riesgos para los pacientes y el personal)
- procedimientos claros de gerenciamiento
- participación amplia en la planificación estratégica (un proceso claro para asegurar la participación extendida)

¹⁰ El término empleado en el texto original es "accountability", cuya traducción más aproximada es "responsabilidad", en el sentido social antes que individual, de "actitud de servicio" (N. del T.).



Gestión de la cobertura¹¹:

- vinculación con otros prestadores de servicios de salud de la comunidad (para asegurar una adecuada coordinación y derivaciones apropiadas, dentro y fuera de la organización de servicios de salud)

2. El TIPO de estándares está claramente definido.

Los estándares están clasificados en primer lugar como: estructura, proceso y/o resultado. Debe reconocerse que los estándares pueden no ser totalmente de uno u otro tipo, pero debe ser posible identificar el tipo predominante. También debe notarse que, dado que ningún tipo es superior a otro, tanto uno como otro pueden ser apropiados, según las circunstancias históricas y el país en que se apliquen.

- Estándares de estructura: las condiciones estructurales de una organización para brindar servicios de calidad, como p. ej. la existencia de un comité ejecutivo de personal médico.
- Estándares de proceso: describen cómo se debe realizar una actividad, como p. ej. el registro de títulos del personal médico.
- Estándares de resultados: un grado o nivel de actuación aceptable, logrado según ciertos requisitos y/o especificaciones preestablecidos, como p. ej. que la tasa de inmunizaciones debe encontrarse en un nivel determinado.

3. El ALCANCE de los estándares está claramente definido.

¿Los estándares contemplan el funcionamiento global o el espectro de actividades de una organización de servicios de salud o enfocan por partes las actividades / prestaciones de la organización? ¿Los estándares están enfocados en departamentos / servicios o en grupos de pacientes/clientes? Debe existir el propósito de extender la cobertura y mejorar los servicios de salud dentro de toda la organización, ya sea un establecimiento único, una red o sistema regional o, incluso, un plan de salud.

4. El CONTENIDO de los estándares es integral y está claramente estructurado. El contenido puede construirse a partir diversas pero aceptables maneras.

4.1. Estructura básica de los estándares

La estructura básica de los estándares debería incluir requisitos tales como:

- gobierno definido de la organización con una función claramente establecida
- gerenciamiento definido de la organización
- estándares relativos al cuerpo médico (organización, normas de atención, evaluación, competencias)

¹¹ En este caso, el término original es "outreach", que es la denominación que tiene en el Servicio Nacional de Salud británico, el trabajador social que orienta a los pacientes en el uso de los servicios. También quiere decir "extender" o "superar". Aquí fue considerado como la orientación al paciente para utilizar los servicios fuera del establecimiento o "gestión de la cobertura" (N. del T.).



- estándares relativos a enfermería (organización, normas, evaluación, competencias)
- estándares de farmacia
- estándares de historias clínicas
- estándares de seguridad
- derechos básicos de los pacientes (consentimiento)

4.2. Estándares Departamentales / funcionales

Si una organización de servicios de salud está ordenada por departamentos y/o funciones (unidades específicas de prestaciones; p. ej. farmacia, diagnóstico por imágenes, lavandería, quirófano, etc.), podrían aplicarse estándares adecuados para cada departamento / función (incluyendo departamentos médicos y no-médicos, como dirección y gerencia). Los estándares departamentales podrían tratar temas como:

- la función del departamento (misión o definición de propósitos)
- ¿qué tareas cumple el departamento? (funciones y actividades claramente especificadas)
- ¿a quién presta servicios el departamento? (grupos poblacionales atendidos, servicios a otros departamentos, servicios no prestados)
- ¿cuáles son las normas de procedimientos que guían la prestación de servicios en el departamento? (pueden especificarse normas importantes y procedimientos)
- ¿quién presta servicios dentro del departamento? (capacidades requeridas al personal; evaluación de su desempeño)
- ¿cómo es evaluada la prestación de servicios? (garantía de calidad; mejoramiento de la calidad; etc.)

4.3. Proceso de Atención del Cliente / paciente

Los estándares deben centrarse en el paciente, es decir, seguir al paciente desde el momento de su admisión en un establecimiento de salud hasta el momento de su alta o de su traslado a otro establecimiento. Estos estándares podrían abordar componentes específicos del proceso de atención del paciente:

- admisión
- evaluación de las necesidades de atención del paciente
- programación de la atención
- prestación de servicios
- evaluación de la atención
- programación del alta / traslado

Estos estándares podrían aplicarse a determinados grupos de pacientes, como los que requieren atención clínica, atención quirúrgica, atención oncológica, obstetricia y ginecología, salud mental, rehabilitación, etc. Los estándares también podrían aplicarse, tanto a los pacientes internados como a los ambulatorios o a los derivados.



5. Los estándares se formulan mediante un **PROCESO** bien definido. Debe emplearse y documentarse un proceso dividido en 6 etapas al formular los estándares:

- Existe una bien definida participación de pares (los que aplicarán los estándares) cuando se formulan los estándares.
- Existe un proceso de consultas para asegurar que los principales referentes sectoriales¹² tengan la oportunidad de opinar sobre los estándares.
- Existe un reconocimiento y cumplimiento, cuando corresponda, de las leyes vigentes y de las regulaciones del Gobierno regional o nacional.
- Existen evidencias de una investigación apropiada, que asegura que los estándares están actualizados y se basan en informaciones vigentes y prácticas.
- Existe un proceso que garantiza que los estándares se prueban a través de experiencias piloto, antes de su aplicación plena.
- Existe un proceso definido para evaluar y revisar los estándares en períodos regulares.

6. Los estándares están preparados para **MEDIR** su cumplimiento.

La medición del cumplimiento de los estándares puede hacerse a través de diferentes procedimientos; tanto mediante el empleo de escalas matemáticas sofisticadas, como por medio de condiciones verbales de satisfacción. El cumplimiento puede ser verificado por los evaluadores (expertos externos que visitan la organización), o a través de un proceso previo de autoevaluación, combinado con la verificación posterior del evaluador. Lo más importante es que haya una descripción clara, sobre cómo debe ser medido el cumplimiento por los evaluadores. Se recomienda que exista un procedimiento, que incluya un conjunto básico de indicadores de medición.

ISQua cree que tomados en conjuntos, estos 6 principios proporcionan a las entidades acreditadoras nacionales, una base sólida para la formulación de estándares de atención de la salud. ISQua reconoce que se requiere cierta variedad y flexibilidad, según la evolución de cada entidad acreditadora y las diferencias culturales. Sin embargo, estos principios constituyen una guía común y consistente para el desarrollo de estándares.

¹² El término original es “key stakeholders”, que está referido a los principales líderes del Sector, tanto a los que cumplen funciones directivas formales, como a los que tienen atributos de dirigentes sin detentar cargos directivos (N. del T.).

ESTÁNDARES

DE ESTRUCTURA

A- DE LA HABILITACIÓN

Texto del estándar	Aclaración del texto	Información disponible
A-1. El establecimiento cuenta con la habilitación expedida por autoridad competente donde consta nombre del / los propietarios y/o del / los directores reconocidos.	<p>La habilitación es condición indispensable para el funcionamiento de todos los efectores de salud.</p> <p>En el caso de la Odontología, deberá contar con la respectiva categorización de acuerdo con la complejidad disponible y las normas jurisdiccionales aplicables (Establecimiento, Centro Odontológico, etc.).</p>	Original o copia autenticada de la habilitación.

B- DE LOS RECURSOS HUMANOS

Texto del estándar	Aclaración del texto	Información disponible
<p>B-1. El establecimiento está bajo la dirección de un profesional odontólogo que cumple con los requisitos legales vigentes en la jurisdicción.</p> <p>En los casos en que el establecimiento cuente con más de un Director, todos ellos tendrán que cumplir individualmente estos requisitos.</p>	<p>El Director debe tener título habilitante y matrícula otorgada por la autoridad de aplicación correspondiente.</p> <p>Cuando corresponda, según normas jurisdiccionales, deberá tener habilitación como Director.</p>	<p>Título profesional original o copia autenticada.</p> <p>Certificado de matriculación.</p> <p>Disposición o acto administrativo (según la jurisdicción) que demuestre el reconocimiento oficial como Director.</p>
<p>B-2. En los Centros Odontológicos el Director –o por lo menos uno de ellos, en caso de dirección colegiada- deberá tener entrenamiento en administración de establecimientos de salud.</p> <p>El presente estándar no es aplicable a consultorios unipersonales.</p>	<p>En el o los legajos de los Directores deberán existir antecedentes de asistencia a cursos sobre administración sanitaria.</p>	Legajo del o los Directores.
B-3. Todos los odontólogos que se desempeñan en el establecimiento cuentan con título habilitante y	Todos los profesionales con responsabilidad en atención de pacientes deben estar habilitados pa-	Legajos de los profesionales odontólogos, con título y matrícula.



matrícula profesional vigente en la jurisdicción.	ra ello.	
B-4. De tratarse de un establecimiento con estructura departamental o por servicios, quienes desempeñen las jefaturas deberán demostrar más de tres (3) años de experiencia en la especialidad.	Se considera que 3 años es el mínimo de experiencia necesaria para ser responsable de un servicio.	Legajos de los Jefes de Departamento y/o Servicios.
B-5. En el establecimiento se desempeñan asistentes sin diplomar pero con entrenamiento suficiente.	Para el caso de no poseer título específico con la función se dejará constancia del nivel educativo alcanzado y se aclarará que entrenamiento recibió para la función asignada.	Título y/o constancia de trabajos anteriores en la función o de antigüedad del trabajo actual.
B-6. El establecimiento cuenta con normas de limpieza.	Las normas deben contener al menos pautas sobre frecuencia de la limpieza y elementos a utilizar. El personal de limpieza estará informado de las normas de limpieza que requiere su función.	Plantilla horaria, normas de limpieza.

Recomendaciones para el Mejoramiento

- *El establecimiento cuenta con el personal administrativo entrenado en la función de atención al público.*
- *Asegura la atención de urgencia durante las veinticuatro horas, 365 días al año y esta atención está registrada. (No aplicable a consultorios unipersonales)*



C- DE LA PLANTA FÍSICA

Texto del estándar	Aclaración del texto	Información disponible
C-1. El establecimiento cumple con lo establecido en la legislación de la jurisdicción correspondiente en lo referente a la planta física.	En la Provincia de Buenos Aires debe poseer, según Decreto 3280/90: a- un ambiente para consultorio con una superficie mínima de 7,50 metros cuadrados con un lado de no menos de dos metros lineales, más un ambiente destinado a sala de espera b- Un ambiente destinado al baño. Cuando se trate de varios consultorios se admitirá un baño cada tres consultorios.	Planos del establecimiento o verificación in situ.
C-2. Sistema alternativo de iluminación	Este sistema reemplaza a la iluminación artificial en casos de corte de energía eléctrica y al menos estará implementado en áreas de circulación de público y puertas de acceso y salida del establecimiento.	Verificación in situ.
C-3. De existir sistemas computarizados de gestión asistencial y/o administrativa, deberá contar con sistema de energía ininterrumpida que permita el apagado normal del sistema sin pérdida de datos.		Verificación in situ.
C-4. El establecimiento posee una sala destinada a la espera de las personas, adecuada a la capacidad de atención.	La sala de espera tendrá asientos de acuerdo al promedio de pacientes atendidos diariamente	Registro de pacientes diarios.
C-5. La sala posee fácil ingreso para discapacitados.	Posee facilidades para el ingreso de pacientes con distintas capacidades (rampa o similares).	Verificación in situ.
C-6. La iluminación y ventilación de todos los ambientes son adecuadas a las condiciones climáticas del lugar.	Cuando las condiciones climáticas lo requieran, se deberá disponer de sistemas de climatización (ventilación, refrigeración y/o calefacción mecánicas). En todos los casos las cámaras de combustión deberán estar aisladas de los ambientes. No se aceptarán sistemas que consumen oxígeno directamente de los ambientes.	Verificación in situ.



	La iluminación de los ambientes con acceso de público deberá ser suficiente para permitir leer sin inconvenientes.	
C-7. Los ambientes destinados específicamente a consultorios tienen dimensiones adecuadas a las necesidades, permitiendo libre circulación para el profesional y los auxiliares.	Las dimensiones de los consultorios serán acordes al volumen del personal profesional y auxiliar que en ellos se desempeña.	Verificación in situ.
C-8. Los revestimientos de pisos y paredes deben ser de fácil higiene.	Los materiales deberán ser impermeables, lisos y lavables.	Verificación in situ.
C-9. La construcción del consultorio carece de elementos que puedan acumular y/o esparcir suciedad.	Los cielorrasos no deben presentar molduras ni elementos que permitan acumular polvillo e insectos. En la sala de atención odontológica se evitarán ventiladores (de techo u otro tipo), molduras, empapelados de paredes, etc.	Verificación in situ.
C-10. El consultorio posee comunicación directa con la sala de espera y su ingreso está claramente señalizado.	El ingreso al consultorio no debe requerir la circulación por otros ambientes. Existe clara señalización que impide el acceso involuntario del público.	Verificación in situ.
C-11. El consultorio dispone de facilidades para el correcto trabajo de profesionales y auxiliares.	Debe disponer de mesada de trabajo con pileta de lavado conectada al agua y al desagüe. Se observará que la mesada de trabajo ofrezca suficiente superficie para los vaciados o preparación de distintos medicamentos.	Verificación in situ.
C-12. Si dentro del ambiente existiera la instalación de más de un equipo dental, estos deberán estar separados uno del otro mediante un tabique fijo de una altura mínima de dos metros y cada uno de los espacios destinados a consulta existentes dentro de un mismo ambiente debe cumplir con las normas mínimas de espacio y equipamiento. El área administrativa puede ser común.		Verificación in situ.



<p>C-13. Existen sanitarios en el establecimiento suficientes para el personal y los pacientes.</p>	<p>Se considera mínimo un baño cada tres consultorios.</p> <p>Deben estar próximos al área de consulta y/o sala de espera y poseer al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • inodoro y lavamanos, • agua caliente y fría, • elementos de lavado (jabón en cualquiera de sus modalidades), • de secado (toallas de tela o papel, individuales o en equipos dispensadores; equipos de aire caliente, etc.) y • recipiente para residuos. <p>Salvo en consultorios individuales, los sanitarios para pacientes y público serán distintos de los destinados al personal del establecimiento.</p>	<p>Verificación in situ.</p>
<p>C-14. Los sanitarios cuentan con correcta ventilación e iluminación.</p>	<p>Es deseable que la ventilación sea natural. Ante su imposibilidad, debe disponer de sistemas de circulación forzada de aire que aseguren la renovación ambiental.</p> <p>La iluminación puede ser natural o artificial.</p>	<p>Verificación in situ.</p>
<p>C-15. La higiene de los sanitarios es correcta.</p>	<p>No existen residuos fuera de los recipientes adecuados para ello; no hay charcos en el piso; los artefactos se encuentran limpios, así como los elementos de iluminación y ventilación disponibles.</p>	<p>Verificación in situ.</p>
<p>C-16. Existe un ambiente para el personal administrativo (en caso de existir éste), con correcta ventilación e iluminación.</p> <p>Se encuentra ubicado físicamente dentro del establecimiento, permitiendo la circulación sin obstáculos del o de los profesionales y demás auxiliares.</p>	<p>Área especial, independiente del o de los consultorios, que permite el trabajo del personal administrativo.</p> <p>La iluminación (artificial o natural) permite la lectura sin esfuerzo. La ventilación, natural y/o artificial, es adecuada a las condiciones ambientales.</p> <p>Se observará que se mantenga la relación de espacio necesaria para el trabajo de todo el personal.</p>	<p>Verificación in situ.</p>
<p>C-17. Cuenta con equipo radiológico odontológico y caja de reve-</p>	<p>Equipo radiológico para Odontología, de potencia mínima 70 mA</p>	<p>Visualización directa.</p>



lado.	50 kV, con <ul style="list-style-type: none"> • localizador cilíndrico metálico, diámetro máximo a la salida de 7 cm., • espesor mínimo para hierro galvanizado de 2 mm o cubierta interna plomada de 0,5 mm. • la distancia mínima y filtro adicional acorde con la potencia del equipo según especificaciones de la autoridad sanitaria correspondiente. 	
C-18. El equipo radiológico está habilitado por la Autoridad de Aplicación.		Habilitación del equipo radiológico.

Recomendaciones para el Mejoramiento

- Posee sistema alternativo de energía eléctrica.
- Cuenta con un ambiente destinado a las tomas radiográficas que se encuentra habilitado por la autoridad de aplicación.

D- DEL EQUIPAMIENTO

Texto del estándar	Aclaración del texto	Información disponible
D-1. El equipamiento mínimo se muestra en el anexo V.		Listado de instrumental en utilización.
D-2. El instrumental mínimo según especialidades se muestra en el anexo VI.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Listado básico general 2. Instrumental básico para operatoria 3 Instrumental básico para endodoncia 4. Instrumental básico para cirugía 5. Instrumental básico para prótesis 6. Instrumental básico para periodoncia. 	Listado de instrumental en utilización.
D-3. El equipamiento se encuentra en perfectas condiciones de uso. El mantenimiento respeta las condiciones del fabricante.	<p>No existen componentes del equipo ni del instrumental con mal funcionamiento o en condiciones que entorpezcan su utilización (oxidación, roturas, arreglos que no respetan las especificaciones de fábrica).</p> <p>Se realizan servicios de manteni-</p>	<p>Verificación in situ.</p> <p>Normas de mantenimiento del equipo. Registro de supervisiones del equipo.</p>



	miento preventivo de acuerdo a recomendaciones del fabricante.	
D-4. El laboratorio de prótesis dentales cuenta con la habilitación y equipamiento correspondiente. El laboratorio de prótesis es propio o contratado, en cuyo caso debe existir relación formal.	La relación formal se establece por medio de un contrato. El título del responsable debe figurar en éste.	Original o fotocopia autenticada de la habilitación expedida por el Ministerio de Salud. Contrato entre el establecimiento y el laboratorio.
D-5. El laboratorio de prótesis está a cargo de personal técnico competente.	El responsable posee título de técnico en prótesis dentales o equivalente, de acuerdo a normas jurisdiccionales.	Título habilitante del profesional a cargo del mismo.
D-6. Al laboratorio de prótesis llegan exclusivamente los modelos, realizados en el consultorio odontológico y no las impresiones. Los modelos son acompañados de una Orden de Trabajo	Los modelos deben ser vaciados inmediatamente de tomada la impresión. La Orden de Trabajo debe contener: <ul style="list-style-type: none"> • Datos del profesional • Datos del paciente • Fecha • Indicación detallada de las tareas a realizar 	Muestras de Órdenes de Trabajo.



DE PROCESO

E - DE LA BIOSEGURIDAD

Texto del estándar	Aclaración del texto	Información disponible
E-1. El establecimiento cumple con todos los requerimientos legales para el manipuleo descarte y disposición final de los residuos patogénicos. (En la Pcia. de Bs. As.: Ley 11.347 y Decretos 450/94 y 403/97)	Se entiende por residuos patogénicos aquellos que requieren un tratamiento especial para su disposición (compactación, trituración, etc.) son: residuos del establecimiento, piezas quirúrgicas, elementos punzo cortantes, materiales descartables y deshechos (gasa, algodón, etc.).	Inscripción como generadores de residuos patogénicos. Contrato con empresa de disposición de residuos biopatogénicos. Archivo o registro de certificados de disposición final de residuos patogénicos.
E-2. Cuenta con normas para manipuleo, descarte y disposición final de residuos patogénicos.	Las normas pueden ser proporcionadas por la empresa contratada, o adaptadas de normas nacionales o internacionales.	Normas para manipuleo, descarte y disposición final de residuos patogénicos.
E-3. Posee un manual de normas de bioseguridad al alcance de todo el personal	Remitirse a los anexos normativos de este manual. Ley 23.798 (de SIDA y normas complementarias)	Exhibirá las normas escritas en lugares accesibles.
E-4. Utilización exclusiva de agujas descartables.	Deberá contar con cantidad en stock acorde a los pacientes tratados.	Factura de compra.
E-5. Posee elementos adecuados en cantidad y calidad para desecha el instrumental punzo-cortante.	Los descartadores deben estar contruidos en materiales resistentes a la perforación. Debe disponer suficientes descartadores de acuerdo con la carga de trabajo: al fin de la jornada laboral, los descartadores deberán tener ¼ de su capacidad libre.	Verificación de tipo y cantidad del/los descartador/es en uso.
E-6. Posee área protegida por servicio de emergencias médicas.	El establecimiento debe estar registrado como Área Protegida.	Certificado de Área Protegida.



F- CONTROL DE CALIDAD INTERNO

Texto del estándar	Aclaración del texto	Información disponible
F-1. Se efectúan controles biológicos de esterilización y se llevan registros apropiados.	Los controles biológicos deben efectuarse en cada ciclo de esterilización y registrar sus resultados.	Registro de resultados de controles biológicos.
F-2. Existen normas de procedimiento para la esterilización y el personal que la realiza cuenta con la capacitación necesaria	En los anexos normativos de este manual figuran algunas que pueden servir como guía.	Normas de procedimiento.

G- DEL MATERIAL UTILIZADO EN LOS EXÁMENES CLÍNICOS

Texto del estándar	Aclaración del texto	Información disponible
G-1. En el establecimiento se utilizan juegos clínicos (pinza, espejo, explorador) los cuales cumplen los procesos de esterilización obligatorios antes de ser reutilizados.	Deberá contar con la cantidad acorde a los pacientes a tratar:	Verificación in situ.
G-2. En el establecimiento se utiliza juego clínico descartable (pinza, espejo, explorador) que no es reutilizado bajo ninguna circunstancia.	Deberá contar con la cantidad acorde a los pacientes a tratar: <ul style="list-style-type: none"> • Stock superior al 50% del promedio de los pacientes atendidos diariamente. 	

H- DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

Texto del estándar	Aclaración del texto	Información disponible
H-1. Existen fichas dentales de todos y cada uno de los pacientes asistidos.	Las fichas son legibles, están firmadas por el profesional actuante y se registra fecha y tratamiento efectuado en cada consulta.	Muestreo de fichas dentales.
H-2. El archivo de fichas dentales permite la rápida identificación de cada una.	El archivo podrá ordenarse por medio de códigos, números o alfabéticamente.	Archivo de fichas.
H-3. Se registra en las fichas el consentimiento informado en todos los casos en que ello sea necesario.	El profesional actuante deberá <ul style="list-style-type: none"> • Explicar claramente al paciente el procedimiento a realizar y los riesgos que entraña. 	Fichas con consentimiento informado.



	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse que el paciente ha comprendido los riesgos a que se expone. • Obtener del paciente su consentimiento, certificado con su firma ológrafa. • En caso de menores e incapaces, se deberá obtener el consentimiento por parte del padre, madre, tutor o encargado. 	
--	--	--

I- DERIVACIÓN DE PACIENTES

Texto del estándar	Aclaración del texto	Información disponible
I-1. El establecimiento deriva pacientes que exceden su capacidad resolutive diagnóstico-terapéutica.	<p>Las derivaciones diagnósticas se acompañan de una solicitud en la que consta la patología del paciente.</p> <p>Las derivaciones terapéuticas se acompañan de un resumen del caso, explicitando las razones de la derivación y/u opinión acerca del procedimiento que debe aplicarse para la resolución del caso.</p> <p>Los informes recibidos deben ser archivados conjuntamente con la ficha del paciente.</p>	<p>Muestreo de Fichas.</p> <p>Listado de especialistas de diagnóstico y tratamiento a los cuales deriva.</p>
I-2. Recibe habitualmente pacientes derivados de otros establecimientos.	Cuenta con las fichas dentales de los pacientes asistidos por derivación, así como copia de los informes de contrarreferencia.	Archivo de informes.

CONDICIONES PARA SOLICITAR LA ACREDITACIÓN

1. CONDICIONES BÁSICAS

- 1.1. Puede solicitar la acreditación todo establecimiento odontológico ubicado en el territorio de la República Argentina. Entendiendo por establecimiento:
 - 1.1.1.A la unidad que reúne al conjunto de recursos físicos, humanos y tecnológicos bajo una misma conducción, independientemente de la razón social o dependencia administrativa que tenga, ubicado en un conjunto edilicio que funcione como tal y sin distinción de las relaciones económico-administrativa que ligen a los sectores comprendidos y que brinda asistencia odontológica dentro de los límites de su incumbencia.
- 1.2. Para solicitar la acreditación el establecimiento deberá reunir los siguientes requisitos preliminares
 - 1.2.1.Estar habilitado por la autoridad sanitaria de su ámbito correspondiente. Esto implica el reconocimiento de que todas las instalaciones fueron ejecutadas acorde con las leyes y reglamentos que la regulan. La acreditación no es sustitutiva de aquellas reglamentaciones, ni releva la responsabilidad de su cumplimiento.
 - 1.2.2.Haber funcionado en forma continua durante por lo menos un año antes de la solicitud de acreditación.
 - 1.2.3.Asegurar que todo profesional que tenga acceso al uso de las instalaciones revistando o no relación de dependencia se encuentre matriculado de acuerdo con la legislación vigente en su ámbito de funcionamiento.
- 1.3. El Director técnico odontológico, o uno de ellos, si hubieran dos o más deberá contar con tres años de antigüedad en la práctica odontológica en instituciones oficiales o privadas reconocidas a la fecha de la solicitud de acreditación.

2. PROCEDIMIENTOS PREVIOS A LA EVALUACIÓN

- 2.1. La autoridad del establecimiento deberá dirigirse al ITAES o a la SOLP completando el Formulario de Solicitud de Acreditación (ver Anexo I) en carácter de Declaración Jurada.
- 2.2. El ITAES evaluará la solicitud y, en caso de ser aprobada, comunicará al solicitante:
 - 2.2.1.Fecha tentativa para la evaluación en terreno.
 - 2.2.2.Nombre o nombres del o de los evaluadores designados, con mención de su profesión y ciudad / localidad de residencia.
 - 2.2.3.Monto del arancel a abonar y forma de pago.
 - 2.2.4.Al mismo tiempo entregará un ejemplar del Manual de Acreditación para Establecimientos Odontológicos.
- 2.3. El establecimiento deberá responder en forma fehaciente aceptando o no las condiciones de los puntos 2.2.1. al 2.2.3. En caso de ser aceptadas, el ITAES iniciará el procedimiento de evaluación.
 - 2.3.1.El establecimiento puede recusar a alguno o a todos los evaluadores. Para ello no será necesario la mención de las causales que lo conducen a ello. El ITAES procederá a organi-

zar un nuevo equipo, que será comunicado al solicitante para obtener su aceptación previamente a la evaluación en terreno.

2.4. Una vez aceptadas las condiciones, la autoridad del establecimiento deberá:

- 2.4.1. Comunicar al personal, la fecha en que se harán presentes los evaluadores;
- 2.4.2. Instruir debidamente al personal para que conteste a los requerimientos efectuados por el equipo evaluador;
- 2.4.3. Disponer de toda la información necesaria mencionada en los estándares del manual de acreditación.

3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

3.1. Durante el relevamiento del establecimiento el equipo evaluador completará los correspondientes formularios para lo cual recolectará datos a través de las siguientes técnicas:

- 3.1.1. Entrevistas con el nivel de conducción, profesionales, auxiliares, administrativos y todo aquel personal que se considere conveniente.
- 3.1.2. Observaciones de estructuras, y análisis de procesos.
- 3.1.3. Análisis de la documentación solicitada

3.2. Posteriormente a la visita el equipo evaluador, en base a la información recibida y con el apoyo de todo otro material relevante recibido, redactará y elevará a la Junta de Evaluación un Informe de Evaluación.

3.3. La evaluación se hará en base al cumplimiento o no de todos los estándares que le fueran aplicables. Las Recomendaciones para el Mejoramiento **no son** de cumplimiento obligatorio. Expresan criterios de calidad que muy posiblemente se incorporen a los estándares de cumplimiento obligatorio en las futuras revisiones trianuales del Manual.

3.4. El PICAM no es aplicable por el momento al presente Programa de acreditación en Odontología, debido a la falta de indicadores acordes al tema. No obstante, pasará a serlo en cuanto éstos estén disponibles.

3.5. El Informe de Evaluación constará de los siguientes componentes:

- 3.5.1. Carátula con datos del establecimiento, composición del equipo evaluador y fecha de evaluación
- 3.5.2. Descripción técnica de la evaluación: breve reseña del establecimiento, su estructura y de las prestaciones que ofrece, distribución de tareas entre los componentes del equipo evaluador, ambiente con que el equipo y la evaluación fueron recibidos, grado de colaboración del personal, inconvenientes y hallazgos positivos (fuera de lo concerniente a los estándares de calidad) y todo otro aspecto que fuere relevante a juicio del equipo.
- 3.5.3. Análisis estándar por estándar: para cada uno de ellos se describirán brevemente los hallazgos, tanto positivos como negativos. Un cuadro resumen de cada uno expresará mediante tildes sobre espacio ad hoc, si CUMPLE TOTALMENTE el estándar, si lo CUMPLE PARCIALMENTE, si NO CUMPLE o si el estándar resulta NO APLICABLE (serán considerados no aplicables los estándares referidos a prestaciones que el evaluado no brinda).
- 3.5.4. Resumen con consideraciones y sugerencias que el equipo considere conveniente efectuar al establecimiento como medio de mejora de la calidad.
- 3.5.5. Proyecto de Dictamen: en base a todo lo anterior, el equipo recomendará a la Junta de Evaluación otorgar:



- 3.5.5.1. Acreditación Plena: el establecimiento cumple el 100% de los estándares aplicables. Duración tres (3) años.
 - 3.5.5.2. Acreditación Transitoria: el establecimiento no cumple el 100% de los estándares aplicables, pero a juicio del equipo puede solucionar los inconvenientes en el plazo de un (1) año. Duración: un (1) año, al final del cual el establecimiento debe solicitar reevaluación. Ésta se enfocará exclusivamente sobre las deficiencias anotadas y, de haber sido resueltas, se otorgará la Acreditación Plena, que, en este caso tendrá una duración de dos (2) años.
 - 3.5.5.3. No Acreditado: el establecimiento no cumple el 100% de los estándares, y a juicio del equipo, no puede resolver sus inconvenientes en un (1) año. En este caso, el establecimiento deberá dejar pasar dos (2) años antes de solicitar nueva evaluación.
- 3.6. En los casos de los puntos 3.2.5.1. y 3.2.5.2., la Junta procederá a emitir
- 3.6.1. Certificado de Acreditación: que contendrá el reconocimiento del tipo de Acreditación conferida y su plazo de vigencia. Éste es el documento que oficializa la condición de Acreditado y que el establecimiento puede utilizar de la forma que considere conveniente en sus relaciones con financiadores, clientes y proveedores.
 - 3.6.2. Diploma de Acreditación: contiene esencialmente los mismos datos que el Certificado, pero está destinado a ser exhibido en el establecimiento, a la vista del público o en el sitio que el establecimiento estime corresponder.
 - 3.6.3. Diskette conteniendo el logotipo “ACREDITADO ITAES”, a los fines de ser incluido en la papelería del establecimiento y/o elementos de marketing. Este diskette se borra por sí mismo al vencimiento de la vigencia de la Acreditación otorgada.

ANEXO I

NORMAS DE BIOSEGURIDAD

Las normas de bioseguridad son de aplicación obligatoria en todos los establecimientos / clínicas de práctica general y/o especializadas acreditadas por ITAES - SOLP. Estas normas serán periódicamente revisadas, modificadas y actualizadas, acorde a los avances científicos / tecnológicos.

I - VACUNA ANTI-HEPATITIS B

Todo persona que trabaja en el área de la salud (profesional / asistentes dentales) debe estar vacunada contra la hepatitis B y contra el tétanos.

Plan de vacunación

PLAN	DOSIS 1	DOSIS 2	DOSIS 3	DOSIS 4
A (3 dosis)	Día 0	1 mes	6 meses	-----
B (4 dosis)	Día 0	1 mes	2 meses	12 meses

II - VACUNA ANTITETÁNICA

Plan de vacunación

PLAN	DOSIS 1	DOSIS 2	DOSIS 3	REFUERZO
ÚNICO	Día 0	1 mes	12 meses	Cada 10 años

III - VESTIMENTA Y ACCESORIOS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES

III-1 Para la **atención** de pacientes (consultas), se deberá usar:

- III-1-1** Chaqueta o guardapolvo limpio y totalmente abrochado (cubriendo la totalidad de las prendas que se encuentren por debajo del mismo)
- III-1-2** Anteojos o cubrelentes
- III-1-3** Guantes y barbijos descartables
- III-1-4** Uñas perfectamente recortadas
- III-1-5** Cabello corto o recogido
- III-1-6** Calzado cerrado

III-2 No se deberá usar:

- III-2-1** Anillos, pulseras, reloj pulsera, cintas, colgantes, aros, etc.



III-3 Para las **cirugías** se deberá usar:

- III-3-1** Chaqueta manga corta que permita la higiene del brazo hasta por encima de la altura del codo y pantalón largo,
- III-3-2** Camisolín estéril de mangas largas (preferiblemente descartable, de polipropileno 100%, de densidad no inferior a 50 grs. por m²).
- III-3-3** Barbijo estéril con filtro (preferiblemente descartable o de calidad superior).
- III-3-4** Cubrecalzado y gorro o cofia estériles (preferiblemente descartables, de polipropileno 100%, de densidad no inferior a 20 grs. por m²).
- III-3-5** Guantes quirúrgicos estériles, no del tipo para consulta odontológica (preferiblemente descartables).
- III-3-6** Anteojos o cubrelentes.

III-4 Para la limpieza del instrumental se deberá usar:

- III-4-1** Delantal de plástico y guantes gruesos

III-5 El personal de maestranza usará:

- III-5-1** Pantalones con suela de goma
- III-5-2** Calzado con suela de goma
- III-5-3** Guantes gruesos

ANEXO II

NORMAS DE ATENCIÓN DEL PACIENTE ODONTOLÓGICO

Las siguientes son normas de calidad del proceso asistencial odontológico:

- ◆ Recibir al paciente sin barbijo y sin guantes.
- ◆ Trabajar siempre con la colaboración de una asistente.
- ◆ Interrogar al pacientes para comenzar a completar la ficha odontológica / historia clínica.
- ◆ Colocar el babero al paciente y en su presencia colocar el vaso descartable (con solución antiséptica) y eyector descartable.
- ◆ El profesional y la asistente dental deberán colocarse un barbijo (cubriendo nariz y boca), protección ocular (anteojos, gafas, etc.), lavarse las manos (secándolas con toallas descartables) y colocarse los guantes descartables.
- ◆ Abrir, delante del paciente, el envase donde se encuentre la bandeja con el juego clínico estéril para la inspección.
- ◆ Solicitar o realizar, de ser necesario, estudios de diagnóstico complementarios (por imágenes, de laboratorio, etc.).
- ◆ El profesional debe formular un plan de tratamiento e informar al paciente los alcances del mismo y hacerle firmar el consentimiento informado luego de explicar claramente el procedimiento a realizar y asegurarse que el paciente ha comprendido de qué se trata, cuáles son los riesgos a los que se expone y cuáles los eventuales beneficios que podrá esperar del mismo.
- ◆ Iniciar la práctica odontológica correspondiente según protocolo.
- ◆ Para las técnicas anestésicas utilizar agujas y anestubos descartables (elementos que deben ser descartados en un descartador resistente a la perforación).
- ◆ No tocar superficies “ajenas” al equipo odontológico con los guantes colocados (teléfono, lapicera, ficha odontológica, etc.).
- ◆ Las prótesis dentales o aparatología que se deba llevar a la boca del paciente, debe ser desinfectada anteriormente. Asimismo todo material retirado de la cavidad bucal (prótesis dental, etc.) que deba ser posteriormente manipulado por otra persona (p. ej., laboratorista) deberá ser desinfectado antes de su envío.
- ◆ Las fresas pueden ser esterilizadas por calor seco (disminuye su vida útil en mayor grado que otros medios), por calor húmedo (autoclave) o deben colocarse dentro de un fresero con pastillas de formalina durante 24 horas previas a su utilización. Una vez utilizadas deben ser desechadas en un descartador para elementos pun-



zo-cortantes o colocadas en un recipiente con solución decontaminante previo a su lavado y acondicionamiento para su posterior esterilización.

- ◆ Los vasos y baberos del paciente, así como los barbijos y guantes del profesional y asistente concluyen su vida útil con cada paciente. Todos estos materiales serán descartados colocándolos en una bolsa roja de 100 micrones en presencia del paciente. Los guantes serán descartados del revés.
- ◆ El profesional y la asistente lavarán sus manos previamente a estrechar las del paciente.



ANEXO III

LIMPIEZA DE LOS ELEMENTOS Y SUPERFICIES DE TRABAJO

- Decontaminar las superficies de trabajo (sillón, platina, mesada, etc.) con hipoclorito de sodio al 1%. Esta solución debe ser de reciente preparación (no más de 48 hs.)
- La turbina, micromotor y jeringa triple se los deberá hacer funcionar con refrigeración de aire y agua, envueltos por una toalla descartable y sobre la salivadera, por espacio de un minuto cada uno. Luego se los retirará de su acople y se procederá a realizar por fricción y arrastre la decontaminación de la superficie externa del instrumental con gasa embebida en una solución desinfectante (según indicaciones del fabricante). Finalmente secar el instrumental con otra toalla descartable y lubricar los componentes pertinentes (habitualmente turbina y micromotor).
- Si el instrumental ha tenido contacto con sangre será necesario esterilizarlo mediante autoclave o colocándolo dentro de una caja hermética con pastillas de formalina durante 24 hs.
- Entre paciente y paciente, de igual manera que al iniciar y concluir el día o turno de trabajo, se debe retirar micromotor y turbina de sus acoples y hacer correr agua y aire por espacio de un minuto cubriendo las mangueras con toalla descartable y dejando escurrir sobre la salivadera. A continuación se descontaminarán las mangueras con solución de hipoclorito de sodio, dejándolas secar (se pueden utilizar otros desinfectantes respetando las indicaciones del fabricante en cuanto a concentración de la preparación, modo de aplicación y tiempo de uso)
- Las mangueras de los eyectores de saliva deben absorber un litro de solución de hipoclorito de sodio al 1% luego de cada utilización.

ANEXO IV

CLASIFICACIÓN Y NORMAS ACERCA DEL INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO

Clasificación

Los instrumentos y materiales de uso odontológicos pueden diferenciarse en descartables y no descartables:

- ◆ **Descartables**: Una vez utilizados debe ser indefectiblemente desechados con la menor manipulación posible, según sean punzantes o no.
- ◆ **No descartables**: Son materiales o instrumentos que están destinados a ser utilizados más de una vez. Serán tratados de diferentes maneras según sean considerados como: críticos, semicríticos o no críticos.
- ◆ **Materiales punzantes o cortantes**: Son elementos capaces de producir heridas cortantes y punzantes (ejemplo: agujas, hojas de bisturí, etc.). Una vez utilizados deben ser manipulados con mucho cuidado y siempre serán descartados dentro de recipientes plásticos resistentes a la perforación, para su posterior incineración.
- ◆ **Materiales no punzantes**: Son elementos incapaces de producir heridas (ejemplo: vasos, baberos, eyectores, guantes, etc.). Se descartarán colocándolos en bolsas rojas, para su posterior incineración.
- ◆ **Críticos**: Son aquellos que toman contacto con sangre o medio interno, ***atravesando*** superficies cutáneas, mucosas o dentarias, (ejemplo: limas endodónticas, sindesmótomo, etc.). Todos estos instrumentos deben estar estériles al momento de su utilización. Una vez utilizados se les realizará:
 - 1) decontaminación,
 - 2) limpieza y acondicionamiento
 - 3) esterilización.
- ◆ **Semi-críticos**: Son los que toman contacto con mucosas o tejidos intactos, ***sin penetrar*** superficies (ejemplo: espejos, atacadores, bruñidores, etc.). Deben estar estériles o desinfectados con algún agente de alto nivel (DAN) al momento de su utilización. Una vez utilizados se los someterá a:
 - o desinfección con desinfectante de alto nivel (DAN)
 - 1) decontaminación,
 - 2) limpieza y acondicionamiento
 - 3) esterilización o desinfección con desinfectante de alto nivel (DAN).
- ◆ **No críticos**: Estos elementos ***no penetran*** superficies ***ni toman contacto*** con mucosas (ejemplo: arco de Young, equipo de Rx, sillones, etc.). Deben estar lim-



pios y desinfectados al momento de su utilización. Una vez utilizados se los someterá a:

- 1) limpieza
- 2) desinfección

- ♦ **Desinfectantes**: son microbicidas de alta toxicidad que se emplean en objetos, superficies contaminadas y en el ambiente.
- ♦ **Antisépticos**: son microbicidas de baja toxicidad que se emplean sobre tejidos vivos y piel sin lesionarlos

Normas de limpieza, desinfección y esterilización

- ♦ **Descontaminación**: maniobra por la cual se reduce la cantidad de microorganismos presentes en una superficie. Se debe realizar inmediatamente luego de la utilización del instrumental y previo a su limpieza. Se pueden emplear: hipoclorito de sodio al 1%, glutaraldehído al 2%, solución de iodopovidona al 10%, autoclave.
- ♦ **Limpieza**: maniobra por la cual se arrastra toda suciedad de la superficie de un elemento. Se realiza por acción mecánica con cepillo y agua. Después de esto corresponde el secado y acondicionamiento.
- ♦ **Acondicionamiento**: manipulación de los instrumentos para su posterior esterilización (colocándolos dentro de bolsas de papel Kraft para autoclave o dentro de cajas para estufa a calor seco).
- ♦ **Descontaminación del instrumental no descartable**: Todos estos materiales o instrumentales se deben descontaminar inmediatamente luego de su uso mediante el siguiente proceso:
 - 1) colocarlos dentro de un recipiente plástico con tapa (que debe estar disponible en cada consultorio) donde se encuentra la solución desinfectante. Ésta debe ser viricida y tuberculicida (glutaraldehído, detergente mutienzimático, etc.), según indicaciones del fabricante (concentración del componente activo, vida medida, relación cantidad de materia orgánica / tiempo de inmersión del material, etc.)
 - 2) lavado bajo agua corriente con cepillo y jabón.
 - 3) secado y acondicionamiento previo a la esterilización (optimizan el logro de los objetivos buscados).
- ♦ **Esterilización**:
 - 1) **Calor seco**: con estufa: 1 hora a 180° C ó 2 horas a 160/170° C
 - 2) **Calor húmedo**: con autoclave: 30 minutos a 121° C a 1,5 atm.
 - 3) **Autoclave químico**: 20 minutos a 134° C
- ♦ **Tratamiento de los guardapolvos y ambos**:



La indumentaria deberá ser:

- 1) Descontaminada
 - a. en solución de hipoclorito de sodio al 1% durante 10 minutos o
 - b. por lavado a 93° C en lavarropas (con programa prelavado) con hipoclorito.
- 2) Lavada y planchada en forma habitual.

Todo el personal debe constar en el contrato con la ART.

ANEXO V

EQUIPAMIENTO.

1- Equipamiento Odontológico:

- 1- Unidad Odontológica.
- 2- Compresor.
- 3- Aspirador para saliva.
- 4- Sistema de esterilización: esterilizadora a seco
- 5- Equipo radiológico
- 6- Delantal plomado
- 7- Gabinete de revelado.
- 8- Instrumental rotatorio:
 - Turbina
 - Micromotor
 - Pieza de mano recta
 - Contra-ángulo
 - Torno colgante o micromotor de mesa para laboratorio.

2- Recomendaciones no excluyentes:

- Amalgamador
- Autoclave
- Bolillas de cuarzo
- Cavitador
- Compresor preferentemente libre de aceite-carter y cilindro seco
- Electrobisturí
- Hemosuctor
- Kit de instrumental rotatorio para endodoncia.
- Negatoscopio
- Ortopantomógrafo
- Radiovisiógrafo
- Ultrasonido

ANEXO VI

INSTRUMENTAL

1- Instrumental básico para Odontología General.

- Algodonero
- Alicata universal
- Bandejas de acero
- Cadena para baberos
- Cápsulas de Petri
- Cepillo para uñas
- Clips para radiografías
- Contenedor para amalgama
- Descartador de instrumental cortante y/o punzante
- Espátulas para: cemento, yeso, zinquenólica, de lado, de frente, lecrón, plástico/ composite, cera
- Extractor de puentes
- Fresas y piedras
- Fresero
- Goma dique
- Hilo dental
- Hilo retractor
- Jeringas Carpule
- Jeringas Luer
- Juegos clínicos: espejo, explorador y pinza para algodón
- Kit para aislamiento
- Lámpara para alcohol
- Lámpara de luz halógena
- Lentes
- Losetas: fina, gruesa, no esmerilada
- Lupa
- Mango para bisturí
- Mortero y pilón
- Piedra de Arkansas para afilar
- Proporcionador para amalgama
- Recipiente para desinfección de fresas
- Rollo de toalla descartable
- Tambor
- Tijera para metales (curva o recta)
- Vaso de opalina para precipitación, (Dappen)



2- Instrumental básico para Operatoria

- Instrumental para obturación
- Instrumental de mano
- Instrumental para pulido de restauraciones
- Instrumental para sistema de adhesión

3- Instrumental básico para Endodoncia

- Pequeño instrumental
- Caja de endodoncia con doble tapa y divisiones
- Cucharitas para pulpa
- Esponjero y esponja esterilizable
- Fresas de fisura extra-larga con punta inactiva tipo endo Z, Meissinger o similar
- Fresas de Gates y de Largo N° 1-2-3-4
- Jeringas para irrigar
- Pinza porta conos
- Regla milimetrada de endodoncia
- Topes de gomas para instrumentos

4- Instrumental básico para Cirugía

- Agujas e hilo de sutura
- Cureta doble recta o acanalada
- Escoplo
- Fresa Zecrya
- Fresas para cirugía redonda N° 6
- Juego de elevadores
- Juego de pinzas para extracción
- Legra
- Lima para hueso
- Periostótomo
- Pinza Pean de disección de campo
- Pinza diente de ratón de disección
- Pinza lisa de disección
- Pinza Gubia
- Pinza Kocher recta o curva con diente
- Porta agujas
- Separadores de Farabeuff
- Sindesmótomo
- Tijera para cirugía recta, curva

5- Instrumental básico para Prótesis

- Alicates de Pesso para contorneo de tubo
- Aro de cobre
- Cubetas tipo Remblock por seis o similar
- Cuchillo para yeso



- Dientes provisorios
- Discos de carborundum de papel y de acero
- Ebullición
- Fresas y piedras para tallado
- Fresones y piedras para acrílico
- Kit para pulir,
- Pernos pre-formados
- Probeta graduada

6- Instrumental básico para Periodoncia

- Curetas de Grace
- Modelos para técnica de cepillado
- Puntas Morse
- Sondas periodontales milimetradas tipo Michigan