

**REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ÁREA DE ASISTENCIA MÉDICA Y SOCIAL
DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**MANUAL DE ACREDITACION DE LOS
SERVICIOS ESTOMATOLOGICOS DE
CUBA**

**Ciudad de la Habana, CUBA
FEBRERO de 2002**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Carlos Dotres Martínez
MINISTRO

ÁREA DE ASISTENCIA MÉDICA Y SOCIAL

Dra. Yamila de Armas Aguilar
Viceministra

DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Dr. Armando Mojáiber de la Peña
Director Nacional

AUTORES

Dra. Maritza de la Caridad Sosa Rosales. MsC

Dra. Rosa María González Ramos. MsC

Dra. Emma Gil Ojeda

COLABORADORES:

Dra. Geisa María Choi Martínez

Dr. Orlando Cruz Alpizar

Dr. Francisco Villar Sánchez

Dra. Mayra Romaguera

Dr. Angel Rodríguez

Dr. Diego Serpa

Dr. Mario García Córdova

Dr. Sergio Eduardo Sardiñas Alayón

Dra. María Estrella Marín

Dr. José Rolando Alcolea

Dr. Arnaldo Alonso

Dra. Estrella Rivacoba

Dra. Ana María Pérez

Dr. Orlando Vega

Dr. Raudel Vargas

Dr. José Enrique Gómez

Dra. Gladys Urizarri

Dr. Edgardo Tamayo

Dr. Iván Colas

Dr. Rainier Benito Fernández de Lara

Dra. Mirka Duque

Dr. Luis Frometa

Dra. Miriam Machado

Dr. Lázaro Fonseca

Dr. Oriol Morales

INTRODUCCIÓN

Antecedentes y Justificación:

La calidad de los servicios de Salud, es aquella que proporciona el mejoramiento en el nivel de salud y la satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad ha destinado para ello. En 1980, Donabedian define la calidad de la atención médica como la obtención de los mayores beneficios de la atención médica, con los menores riesgo para el paciente, de acuerdo con los recursos con que se cuentan para proporcionar la atención y considerando los valores sociales imperantes.

La calidad asistencial tiene un enfoque en sistema promovido por Donabedian, que sirvió para evaluar la calidad de la atención médica, agrupándolos en tres componentes: la estructura, que comprende los atributos estables en que se da la asistencia, el proceso que engloba todo lo que se hace en relación con el paciente y la habilidad con que se hace y el resultado que es el cambio en el estado de salud de la población y la satisfacción de los usuarios y proveedores de la salud.

El método más conocido para evaluar la calidad de los servicios de salud con enfoque de estructura es la acreditación, que consiste en la revisión de un centro o servicio comparándolo con los criterios previamente establecidos para garantizar el desarrollo adecuado de los procesos y la obtención de resultados óptimos.

Una institución debe transitar previamente por la habilitación que le daría la autorización de su puesta en marcha, seguido de la acreditación, que constituye el procedimiento de evaluación, periódica y reservada, de la estructura, y la categorización que le permite definir niveles y clasificar las prestaciones de servicios de acuerdo al tipo de establecimiento y la complejidad de la atención.

Una de las fuentes más importantes que pretende promover la calidad en los servicios de Salud es la Acreditación de sus instituciones, ya sea con fines de conseguir la autorización para desarrollar las actividades asistenciales, acceder al financiamiento o para el reconocimiento y/o homologación de las actividades docentes.

En 1916 en Estados Unidos de Norteamérica, Codman, médico del estado de Massachusetts, estableció los principios sobre la importancia de la certificación del médico y la acreditación de instituciones, producto de un estudio realizado sobre la calidad de las intervenciones quirúrgicas, quedando constituido el Programa de Estandarización de Hospitales en 1918. Posteriormente, en 1951 se creó la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, de índole privado, que en esta ocasión trataba de introducir y reafirmar en la cultura médica hospitalaria, conceptos sobre análisis retrospectivo de casos a través de las famosas Auditorías Médicas, además de establecer normas de recursos y procedimientos de atención hospitalaria.

Una de las más antiguas y reconocidas mundialmente, es la Comisión de Acreditación de Estados Unidos, ya que ha generalizado sistemas de monitoreo y evaluación dirigidos a aumentar la efectividad y la utilización de los programas de calidad, sirviendo como modelo a otros países. En la actualidad esta comisión acredita a hospitales, asilos de ancianos, agencia de atención médica a domicilio, hospitales psiquiátricos, laboratorios y otras instituciones sanitarias. Esta comisión a lo largo de los años, ha respondido a todos los desafíos provenientes de los gobiernos, de la estructura interna de la comisión y de las presiones de los consumidores norteamericanos.

La acreditación hospitalaria es una realidad bien asentada en Canadá y Australia, iniciándose en 1973, siendo sus programas bastante similares, aplicándose en el campo de atención médica a largo plazo, a la rehabilitación y a las instituciones de salud mental.

Europa no está actualizada en el proceso de acreditación, probablemente porque sus sistemas de salud difieren de aquellos de América del Norte y Australia; no obstante, Gran Bretaña, Países Bajos y España han desarrollado sistemas de evaluación de normas de sus hospitales. En Gran Bretaña el programa está en su etapa inicial y no estructurado a nivel nacional, pero ha sido acogido con gran entusiasmo en el ámbito hospitalario, denominándose Auditorías de Organización.

Los Países Bajos han presentado varios modelos de acreditación al gobierno, pero aún discuten que dirección deben tomar, teniendo establecido un programa que trata específicamente de garantía de calidad.

En Asia se ha experimentado cierto desarrollo en esta área, en Corea del Sur existe un programa de acreditación totalmente establecido, pero que solo se utiliza en los hospitales principales, lo que ha permitido un mayor nivel de perfeccionamiento en la atención hospitalaria; se espera incluir en el futuro a los hospitales docentes y a los regionales.

Los países de América Latina y el Caribe presentan una gran riqueza de experiencias sociales y políticas, enmarcadas en un entorno de crisis económicas y financieras, que muestran los inequívocos signos de una sociedad en transformación y maduración. En varios países de la región, el sector salud se ha desarrollado a lo largo de los años sin un plan regulador que oriente las inversiones y los servicios asistenciales, por ello las políticas aplicadas han tenido metas y los resultados han sido parciales, no lográndose el reordenamiento e todo el sector, sino de alguna de sus partes.

La organización del sistema prestador muestra varios compartimentos ocupados por subsectores profesionales (enfermeras, estomatólogos), por establecimientos asistenciales y por el mercado de medicamentos; cada uno de ellos organizados en función de sus intereses y teniendo como aspecto común, la limitación global de recursos, descuidando la evaluación de la calidad de la atención individual e institucional, dando lugar a un incremento de costos.

Surge así, la necesidad básica de incorporar modificaciones sustanciales para enfrentar el deterioro del Sistema de Salud, teniendo dentro de ellas la creación de un modelo que serviría de guía o instrumento que regule y garantice un mejor funcionamiento de las unidades de Salud.

En 1990 se estableció un Convenio entre la Organización Panamericana de Salud y la Federación Latinoamericana de Hospitales, que confeccionó el Manual de Acreditación de Hospitales de América Latina y el Caribe, constituyendo un fuerte impulso al desarrollo de este movimiento en toda la región, con la doble función de presentar un esquema flexible para facilitar la incorporación de los hospitales a este movimiento y por otro lado establecer lineamientos propios para el desarrollo de la calidad en los servicios.

A partir del triunfo de la Revolución Cubana, la salud de la población se convirtió en una tarea prioritaria del gobierno cubano bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública, se creó un Sistema Único de Salud, que posee un mecanismo para la habilitación de hospitales, con reglas que establecen las características arquitectónicas, el número de camas, la complejidad tecnológica y la cantidad de recursos de acuerdo a los diferentes tipos de hospitales, se impulsa la elaboración de normas sobre la utilización de los recursos, métodos de supervisión, inspección y control. Todas estas medidas están dirigidas a garantizar la calidad de la atención médica.

El desarrollo alcanzado hasta el último decenio, ha sido de una envergadura tal, que ha forzado la realización de cambios profundos en la estructura y organización del sistema que hoy poseemos, y que fueron revitalizados en 1996 con las nuevas estrategias de trabajo plasmadas en la Carpeta Metodológica, lo que ha propiciado la creación de un Programa Nacional para evaluar la calidad de la atención hospitalaria. Sin embargo, la velocidad de desarrollo ha sido tan acelerada que no ha dado tiempo de implementar un sistema integral, que comprenda no solo la habilitación, sino también la categorización y la acreditación.

Tomando como base el Manual de América Latina y el Caribe, se elaboró, en una primera etapa, el Manual de Acreditación de Hospitales Polivalentes de la República de Cuba que permitió evaluar la estructura de los hospitales clínicos quirúrgicos y generales del país, y una segunda etapa donde se diseñaron manuales específicos para hospitales pediátricos, ginecobstétricos y especializados. En ellos, se define el tipo de atención médica a brindar, la más justa distribución de los recursos humanos y tecnológicos, de acuerdo al grado de complejidad y capacidad resolutoria de la institución.

Los servicios Estomatológicos en Cuba, han experimentado profundos cambios desde 1959 hasta 1980, en el que se alcanza su mayor reordenamiento y organización con la aparición de un Sistema de Normas y Reglamentos,

encargándose de regir el funcionamiento de las unidades asistenciales y de las diferentes especialidades.

Se crean y se llevan a la práctica los diferentes Programas para grupos de población priorizados como: el Programa de Atención del menor de 15 años, que en la actualidad se extiende hasta la población de 18 años; el Programa de Atención a la gestante y a la madre con niños menores de un año y el Programa de Atención a impedidos físicos y mentales, entre otros. Estos tienen como objetivo principal priorizar la atención Estomatológica a estos grupos poblacionales para lograr un cambio en el estado de salud bucal, enfatizándose principalmente en actividades de promoción y prevención.

Los Servicios Estomatológicos sufren un deterioro a partir de los años 90, debido a la carencia de materiales, afectándose considerablemente los resultados que hasta entonces se habían obtenido y aumentando la insatisfacción de la población. Lo cual motivó a partir de 1996, que se incluyera en la Carpeta Metodológica del MINSAP, como una estrategia de trabajo, la revitalización de la actividad Estomatológica, con el objetivo de aumentar la cobertura y la accesibilidad de los servicios y satisfacer las necesidades de la población.

En nuestro país existe un Programa de Atención Estomatológica Integral, que norma las principales acciones a realizar para garantizar la promoción, prevención, curación y la rehabilitación, no obstante, se carece de programas de evaluación de la calidad y de criterios que permitan la acreditación y menos aún la categorización.

Solo se dispone de un reglamento que enuncia las características más generales que debe tener un servicio para ser considerado una Clínica Estomatológica; no teniendo en cuenta otros servicios situados en Policlínicos y Hospitales en los que se brinda atención Primaria, Secundaria e inclusive Terciaria, y que de forma general constituyen la mayoría de las unidades que integran el subsistema de atención Estomatológica en Cuba.

En este subsistema están creados los Consejos de Actividades Científicas, responsabilizados con la evaluación de algunos elementos de los procesos, como la calidad de la Historia Clínica, pero que son insuficientes para el monitoreo de la misma, ya que no permiten hacer una evaluación de los resultados y de los procesos en relación con la estructura. La Dirección Nacional de Estomatología culminó la elaboración de un programa de evaluación de la calidad de los procesos que será implementado en las unidades como paso previo a la acreditación.

Existen pocas referencias sobre el proceso de Acreditación en la atención estomatológica, sólo hemos encontrado algo similar en Argentina en el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Odontológica del año 1994, y publicado en la Rev. Ateneo Argentino de Odontología en el año 1995, y en México, pero en este caso orientado hacia la Docencia fundamentalmente, por la

Dra. Angélica Martínez y su equipo en la Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza de la UNAM, a pesar de que consideramos que constituye un elemento importante que permitiría el mejoramiento continuo de la estructura y de los propios procedimientos.

De ahí surge la necesidad de crear un manual que acredite las unidades para evaluar la estructura, y establecer uniformidad en los criterios que debe tener una unidad que preste servicios Estomatológicos, con el objetivo de elevar la calidad. La acreditación, exige la realización de autoevaluaciones periódicas que favorezcan la creación de un proceso de amplia comunicación entre el colectivo, donde se incorporen todos en la lucha por mejorar el servicio que prestan, además se refuerza la interrelación entre todos los elementos para el cumplimiento de la misión de este subsistema.

Este Manual para la Acreditación para los Servicios Estomatológicos, a aplicar en nuestro país, contribuirá a que se produzca un cambio progresivo y planificado de las actividades diarias, a fin de promover en los profesionales un estímulo para determinar las debilidades y fortalezas, estableciendo metas y proponiendo alternativas de solución que permitan un nivel más alto de calidad.

Marco Jurídico:

El proceso de Acreditación de los Servicios Estomatológicos se sustenta en la Ley 41 de la Salud Pública de la Constitución de la República, que hace responsable y faculta al Ministerio de Salud Pública de la organización y atención de la salud de la población como deber y responsabilidad del estado; y en el Reglamento General para la Habilitación – Acreditación – Categorización de las Unidades del Sistema Nacional de Salud del año 2002.

Vigencia:

Este Manual tendrá una vigencia de cinco años, en que será actualizado.

OBJETIVO

Sustentar y facilitar el proceso de Acreditación de los Servicios Estomatológicos de Cuba desde el año 2002 - 2006

TÉRMINOS

Habilitación: Es el procedimiento de evaluación externa que verifica el cumplimiento de los requisitos mínimos de estructura, incluidos los recursos humanos y materiales, exigidos para autorizar la prestación de servicios de salud a la población sin que ello represente posibles afectaciones o riesgos a la calidad de la atención.

Acreditación: Es el procedimiento de evaluación externa que comprueba el cumplimiento de estándares, clasificados en tres niveles de complejidad según los requisitos de exigibilidad, correspondientes a la estructura, los procesos y los principales resultados, en las áreas de una institución estomatológica, previamente Habilitada, y que se establecen en un Manual que resulta conocido

con anterioridad por la institución y que se modifica, incrementando los requisitos de exigibilidad cada cinco años.

Categorización: Es el procedimiento de evaluación externa de instituciones previamente Acreditadas, y que comprueba el nivel de calidad alcanzado en la prestación de servicios asistenciales y de apoyo de la misma mediante la verificación de los procesos que en ella se llevan a cabo y el análisis de los resultados que se obtienen y que se establecen en un Manual que resulta conocido con anterioridad por la institución. Constituye la expresión máxima del sistema evaluativo, al comprobar la existencia de un sistema para el Aseguramiento y la Mejora Continua de la Calidad en todos los componentes de la institución.

Manual de organización: Documentos de Jefes de Departamentos, unidades organizativas u Comités que establece la estructura orgánica, los perfiles de cargo, las rutinas, normas y procedimientos que correspondan a cada uno de ellos.

Estructura orgánica: Son los elementos esenciales de organización que definen la situación en que se encuentra una unidad o Comité dentro de la institución.

Perfil del cargo: Es la relación de tareas y deberes atribuidos a un individuo para el cual se exigen conocimientos, habilidades o destrezas, aptitudes, responsabilidades y requisitos mínimos.

Rutinas: Es el documento que define un flujo de actividades donde participan personas que laboran dentro de una misma unidad organizativa o comités u otros.

Norma: Son las reglas que sirven para decidir y actuar ante situaciones que afectan la actividad cotidiana de la institución.

Procedimientos: Es una descripción pormenorizada para la ejecución de una actividad que se realiza rutinariamente.

PROCESO DE ACREDITACION

Requisitos para la Habilitación de los Servicios:

Clínica Estomatológica:

- Conocer su misión e identificada su visión y las estrategias para alcanzarla a través de un Plan Director.
- Tener como mínimo 5 conjuntos dentales.
- Contar con el instrumental requerido para el proceso de acuerdo a las indicaciones de la Dirección Nacional de Estomatología.
- Disponer de Rayos X.
- Brindar como mínimo Atención Primaria.
- Tener una población asignada.
- Disponer de un presupuesto para la ejecución de las funciones determinadas.
- Disponer de los locales de consulta, áreas de espera, esterilización (cumpliendo las indicaciones establecidas por Higiene y Epidemiología), admisión y archivo y demás servicios de apoyo para el cumplimiento de sus funciones.

- Disponer de agua, electricidad, disposición de residuos sólidos y líquidos.
- Que los locales dispongan de ventilación e iluminación adecuada, en correspondencia con las indicaciones de Higiene y Epidemiología.

Departamento Estomatológico:

- Conocer su misión e identificada su visión y las estrategias para alcanzarla a través de un Plan Director.
- Estar ubicado dentro de un Hospital o Policlínico u otra Unidad de Salud.
- Tener como mínimo 5 conjuntos dentales.
- Contar con el instrumental requerido para el proceso de acuerdo a las indicaciones de la Dirección Nacional de Estomatología.
- Disponer de Rayos X.
- Brindar como mínimo Atención Primaria.
- Tener una población asignada.
- Disponer de los locales de consulta, áreas de espera, esterilización (cumpliendo las indicaciones establecidas por Higiene y Epidemiología), admisión y archivo y demás servicios de apoyo para el cumplimiento de sus funciones.
- Disponer de agua, electricidad, disposición de residuos sólidos y líquidos.
- Que los locales dispongan de ventilación e iluminación adecuada, en correspondencia con las indicaciones de Higiene y Epidemiología.

Servicio Estomatológico:

- Conocer su misión e identificada su visión y las estrategias para alcanzarla a través de un Plan Director.
- Estar ubicado en un Hospital, Policlínico, alguna otra Unidad de Salud o de otro Organismo.
- Tener al menos un conjunto dental.
- Contar con el instrumental requerido para el proceso de acuerdo a las indicaciones de la Dirección Nacional de Estomatología.
- Brindar como mínimo Atención Primaria.
- Tener una población asignada.
- Disponer de los locales de consulta, áreas de espera, esterilización (cumpliendo las indicaciones establecidas por Higiene y Epidemiología), admisión y archivo y demás servicios de apoyo para el cumplimiento de sus funciones.
- Disponer de agua, electricidad, disposición de residuos sólidos y líquidos.
- Que los locales dispongan de ventilación e iluminación adecuada, en correspondencia con las indicaciones de Higiene y Epidemiología.

Requisitos para la solicitud de la acreditación

1. Haber sido habilitado previamente por el Ministerio de Salud Pública cumpliendo los requisitos establecidos para ello y que anteriormente fueron descritos, aplicable a las unidades que se construyan desde enero del año 2002.
 - Todas las instituciones estomatológicas que se encuentren prestando atención en el mes de enero del año 2002 deberán ser evaluadas por las Direcciones Provinciales de Salud para determinar si cumplen los requisitos

para ser consideradas Habilitadas, y como tal recibir el correspondiente Certificado.

- Aquellas unidades que no cumplan los requisitos de Habilitación se les dará por una única vez la condición de Habilitación Temporal por un período de un año, pasado el cual se evaluará nuevamente y de no cumplir los criterios se procederá a su cierre.
 - Las instituciones que se encuentren cerradas por razones de reparación constructiva o por cualquier otra causa y vayan a reabrir la prestación de servicios a partir de enero del año 2002, tendrán que someterse al proceso evaluativo que se establece y cumplir los requisitos de Habilitación para que se lo otorgue la condición.
2. Tener más de un año de funcionamiento continuado luego de habilitado, aplicable a las unidades que inicien el proceso de atención desde enero del año 2002.
 3. Brindar una atención estomatológica a toda la población de forma permanente y continuada. Se harán autorizaciones excepcionales sólo por la Dirección Nacional de Estomatología, cuando no se cumpla este requisito, previa argumentación y solicitud por escrito del Departamento Provincial de Estomatología a la Dirección Nacional.
 4. Presentar documentación requerida, la cual se describe a continuación, para su análisis por las instancias que corresponda.
 - ❖ Carta de solicitud del Director de la institución con el visto bueno del Director de la instancia superior (Municipio, Provincia) al Presidente de la Comisión Nacional de Acreditación, justificando su solicitud y las fechas en que pide ser evaluado.
 - ❖ Carta de aval del Director de la instancia superior con el visto bueno de las organizaciones políticas y de masas de la institución y de la comunidad en que se certifique la no existencia de quejas e insatisfacciones de la población con los servicios prestados y el compromiso por alcanzar un nivel de acreditación.
 - ❖ Documento con la descripción de la institución, su organización, recursos humanos y materiales y síntesis del Análisis de la Situación de Salud realizado.

Pasos a seguir en el proceso de la acreditación:

1. La Acreditación de la Institución se realizará a solicitud de la Dirección de misma. con el visto bueno del Director del nivel de subordinación superior (Municipio o Provincia) y por solicitud directa de la Dirección Nacional de Estomatología.
2. Para que una Unidad resulte Acreditada debe cumplir al menos con los requisitos mínimos de exigibilidad de cada nivel
3. Cada institución deberá realizar:
 - Reunión con los trabajadores donde se anuncie la voluntad de la Dirección de trabajar por la calidad, y se logre el consenso de todos en el inicio de este proceso.

- Constituir en Asamblea con todos los trabajadores la Comisión de Acreditación del Centro.
 - Iniciar la elaboración del Manual de Acreditación y de Procedimientos de la Institución, tomando como base el Manual Nacional, las Guías Prácticas Clínicas y otros documentos de la Dirección Nacional de Estomatología y del MINSAP.
 - Elaboración por los trabajadores, bajo la supervisión de los responsables de cada departamento o servicio de la institución, de las rutinas de cada uno de los puestos de trabajo, identificando las relaciones que se establecen entre ellos.
 - Presentación por parte de cada departamento de su Manual de Procedimientos a la Comisión de Acreditación de la Unidad.
 - Realizar evaluaciones internas y cruzadas entre las diferentes áreas de la institución, preparándose para el ejercicio de acreditación y modificando positivamente las desviaciones y dificultades detectadas.
 - La Comisión de Acreditación comunicará a la Dirección del Centro encontrarse preparada para recibir la evaluación de la Comisión externa para la Acreditación de la Institución.
4. La Comisión Provincial o Nacional, según corresponda, tendrá un plazo de tres meses para realizar la evaluación de la unidad después de serle solicitada por la misma.
 5. La Evaluación de la Institución se realizará en los siguientes plazos de tiempo acorde al tamaño de la misma:
 - Clínicas Docentes con más de 40 conjuntos dentales: 15 días hábiles.
 - Clínicas con 10 y hasta 40 conjuntos dentales , o con menos conjuntos pero con otros servicios fuera de la institución subordinados: 8 días hábiles.
 - Clínicas de menos de 10 conjuntos dentales: 6 días hábiles.
 - Departamentos y Servicios en Policlínicos u Hospitales con 10 ó más conjuntos dentales, o con menos conjuntos pero con otros servicios fuera de la institución subordinados: 7 días hábiles.
 - Departamentos y Servicios en Policlínicos u Hospitales con menos de 10 conjuntos dentales: 5 días hábiles
 - Otros servicios diferentes a los anteriores: 2 días hábiles.
 6. La Evaluación será realizada por:
 - La Comisión Nacional evaluará a aquellas Instituciones Estomatológicas que:
 - Dispongan de 10 ó más conjuntos dentales y que además brinden atención en algunas de las especialidades de Periodoncia, Cirugía, Ortodoncia y Prótesis
 - La Comisión Provincial evaluará a aquellas instituciones Estomatológicas que:
 - Dispongan de menos de 10 conjuntos dentales.
 - Dispongan de más de 10 conjuntos dentales pero sólo presten atención primaria de Estomatología General.
 7. La Comisión Nacional auditará el 10% de las unidades que acredite la Comisión Provincial.

8. El dictamen final será comunicado a los trabajadores y las autoridades administrativas y políticas correspondientes en un plazo no mayor de 30 días después de realizada la evaluación.
9. La Comisión de Acreditación está facultada para extender plazos de 1 a 2 años a aquellas unidades que incumplan en algún requisito de exigibilidad de uno o más criterios evaluativos, pasado el cual se procederá a realizar una reevaluación.

PROCESO DE EVALUACION

- El Proceso se iniciará una vez entregada la documentación exigida, procediéndose a su análisis y aprobación por la Comisión que le corresponda según el tipo de unidad.
- Se entregará el Manual de Acreditación a la unidad objeto de evaluación, para que proceda con los pasos que corresponde, entre los que se destacan, Asamblea de Trabajadores, Constitución de la Comisión de Acreditación Interna, Confección del Manual de Normas y Procedimientos de la Institución y Plan de acción para el cumplimiento de los requisitos establecidos.
- La Comisión externa evaluadora realizará su trabajo mediante la observación de los aspectos considerados en el manual, el análisis de los documentos y la realización de entrevistas al equipo de dirección, trabajadores y a la comunidad para conocer el estado de satisfacción.
- Se evaluarán todos los requisitos de cada estándar y se establecerán en cuál de los tres niveles clasificará, ya que estos están ordenados por niveles de satisfacción creciente y correlativa y el resultado que se obtenga estará dado por el nivel que esté totalmente cumplido.
- Para alcanzar el nivel superior debe tener cumplidos los requisitos del nivel inferior y del propio nivel. Ejemplo: En Gobierno de la Unidad para alcanzar el nivel 2 tiene que tener un director especialista en administración de salud, Master en Atención Primaria o Salud Pública o que ha recibido cursos de capacitación en tareas de dirección, pero además tiene que funcionar el Consejo de Dirección y tener reglamentos etc., propios del nivel 1.
- La Comisión Nacional y las Provinciales están facultados para utilizar cuantos evaluadores considere necesario para realizar el proceso de acreditación.
- Cuando no se cumplan los diferentes niveles de acreditación en uno de los aspectos a evaluar, se podrá otorgar una acreditación provisoria por un plazo fijado por la comisión para ser evaluados nuevamente.
- En aquellos servicios de zonas aisladas geográficamente o de dimensiones reducidas de atención, la interpretación del manual tendrá mayor flexibilidad y se admitirá la insatisfacción de hasta 5 criterios para la acreditación consolidada y hasta 10 para la acreditación provisoria.
- Podrán ser acreditados departamentos dentro de la propia unidad en un nivel superior al que alcance la misma.
- El nivel con que se acreditará la unidad será el correspondiente al servicio que menor nivel alcance en el proceso de acreditación.

- La Comisión de Acreditación emitirá el Dictamen de Acreditación una vez concluido el proceso de evaluación, estableciendo el nivel alcanzado por la institución.
- El dictamen final será comunicado en un plazo de 30 días después de culminada la evaluación y se informarán a las unidades a través de la Dirección Nacional de Estomatología o los Departamentos Provinciales de Estomatología.
- Las unidades que no acrediten, deben esperar un año para solicitar una nueva evaluación y aquellas que hayan obtenido cualquier categoría de las propuestas, serán objeto de reevaluaciones en un plazo de hasta 2 años, con el fin de mantener u obtener una categoría superior.

ESTÁNDARES

1. Gobierno de la institución
2. Evaluación de la Calidad
3. Evaluación de la Satisfacción
4. Sistema de Referencia y Contrareferencia
5. Continuidad de la atención
6. Consulta de atención primaria
7. Atención especializada
8. Actividad quirúrgica
9. Atención a la urgencia
10. Medios Diagnósticos
11. Técnicos de atención estomatológica.
12. Mortalidad Dentaria
13. Prevención y Control de las infecciones
14. Esterilización
15. Admisión y Registros
16. Archivo de Historias Clínicas
17. Estadística
18. Administración y servicios generales
19. Mantenimiento
20. Seguridad general de la institución
21. Información científico técnica.
22. Docencia e investigación.

ESTÁNDAR 1 GOBIERNO DE LA UNIDAD

Se refiere a las autoridades responsables de la planeación, orientación y evaluación de las políticas y programas de la Institución, así como el establecimiento y mantenimiento de su misión, principios, valores y metas buscando siempre el mejoramiento de la calidad de los servicios que ofrece. Comprende a las autoridades de la institución que dirigen, controla y evalúa los resultados.

NIVEL 1.

Cuenta con un Director que es el máximo responsable del centro, graduado como Estomatólogo General. Existe un Consejo de Dirección que funciona como órgano asesor del director. Está establecido el Reglamento Institucional que define la estructura y funciones de la Unidad. Se analiza el comportamiento de los indicadores y está implementado el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral y el Programa de Calidad de la Atención y la Satisfacción de la Población y los Prestadores.

Verificar el título de graduado y nombramiento del Director, acta de nombramiento de los miembros del Consejo de Dirección y la existencia y dominio del Reglamento Funcional de la Institución. Comprobará las actas de las reuniones del Consejo de Dirección, la evaluación de los indicadores, del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral y la aplicación del Programa de Calidad.

NIVEL 2.

Cuenta con un Director especialista en Administración de Salud o Máster en Atención Primaria o Salud Pública o que ha recibido cursos de capacitación en tareas de dirección. Los Vicedirectores son Estomatólogos Generales y tienen experiencia en la gestión por más de un año. Tienen definidas las estrategias y las proyecciones de trabajo para el cumplimiento de las propuestas a alcanzar en sus planes de acción. Cumplen lo establecido en la Carpeta Metodológica y el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral.

Verificar nombramientos, títulos del Director, así como los certificados que acrediten los adiestramientos que han recibido el y sus Vicedirectores. Comprobar la existencia de los Planes de Acción y su correspondencia con las estrategias propuestas. Cumplimiento de la Carpeta Metodológica

NIVEL 3.

El Director es especialista en Administración de Salud o Máster en Salud Pública o en Atención Primaria. Los Vicedirectores han recibido cursos en materia de dirección y tienen más de dos años de experiencia. Tiene un Plan Director en que se definen las estrategias y proyecciones acordes al análisis de la situación de salud y de la propia institución y lo establecido en la Carpeta Metodológica.

Verificar los nombramientos y títulos del Director y Vicedirectores, certificados que acrediten el cumplimiento de los requisitos para el cargo.

Comprobar la ejecución y dominio de las estrategias de la Carpeta Metodológica y de las políticas de desarrollo institucional .Comprobar la correspondencia entre el Análisis de la Situación de Salud y de la Institución y el Plan Director

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Reglamento de la Institución
- ✓ Nombramientos y títulos de los Directores y sus Vicedirectores
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Plan Director de la Institución
- ✓ Actas de los Consejos de Dirección
- ✓ Análisis de la Situación de Salud de la Institución
- ✓ Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral
- ✓ Programa de Calidad de la Atención y la Satisfacción de la Población y los Prestadores
- ✓ Manual de Organización y Procedimientos de cada uno de los Servicios y de la Unidad
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad.

INDICADORES A EVALUAR:

Los establecidos por la Dirección Nacional de Estomatología para la evaluación de los Servicios Estomatológicos:

- Por ciento de personas sanas por grupos de edad y Por ciento de incremento con relación al análisis anterior
- Por ciento de personas sanas con riesgo por grupos de edad y Por ciento de disminución con relación al análisis anterior
- Por ciento de personas enfermas por grupos de edad y Por ciento de disminución con relación al análisis anterior
- Por ciento de personas discapacitadas y deficientes por grupos de edad y Por ciento de disminución con relación al análisis anterior
- Por ciento de Cobertura Asistencial a la población de los grupos priorizados
- Extracciones / 100 habitantes
- Obturaciones / Extracciones
- TPR / Tratamientos de Endodancia
- Índice de Efectividad de los Servicios: (Obturaciones + TPR) – Extracciones / Total de Estomatólogos Generales de la Unidad
- Por ciento de tratamientos concluídos por grupo priorizado
- Por ciento de Controles de Placa Dentobacteriana Concluídos por grupos priorizados
- Por ciento de personas examinadas por el PDCB
- Por ciento de personas remitidas por el PDCB
- Por ciento de Casos Terminados de Prótesis
- Lista de Espera de Prótesis
- Por ciento de Consultas en las que se indico tratamiento con MNT
- Por ciento de Extracciones realizadas con estas técnicas de MNT

ESTÁNDAR 2 EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Comprende las actividades relacionadas con la evaluación de la calidad de la atención brindada en el Servicio y Unidad.

NIVEL 1.

La Unidad debe contar con un Comité Auditor de la Calidad y la Satisfacción de la Población en Estomatología (CACSE) que garantice la evaluación mensual de la utilización adecuada de los recursos y de los procesos asistenciales. Contar con un personal capacitado que oriente y controle la actividad farmacoterapéutica vinculado con el Comité Farmacoterapéutico del área.

Verificar el nombramiento y funcionamiento del CACSE, corroborar que se cumplan las evaluaciones mensuales, así como las medidas tomadas para cada caso, revisar actas y acuerdos del Comité y comprobar si los informes son analizados en el Consejo de Dirección y por último conocer el funcionamiento del personal destinado a la actividad farmacoterapéutica, sus planes de trabajo y cumplimiento de sus funciones.

NIVEL 2.

Cuenta con un Programa de Autoevaluaciones de Calidad por Servicios. Se evalúa y se cumplen las Guías Prácticas clínicas que rigen el trabajo Estomatológico. Se definen planes de capacitación para la superación de las deficiencias detectadas.

Verificar como se realizan las autoevaluaciones por la jefatura del servicio mediante el análisis retrospectivo de los procesos asistenciales y de forma concurrente (en el momento en que se está produciendo la actividad). Revisar las guías y actas de las evaluaciones realizadas y los planes de capacitación elaborado acorde a estos resultados. Se verificará los documentos que acrediten los cursos y adiestramientos recibidos por los trabajadores acorde al plan propuesto. Además se debe evaluar el 5% de los pacientes, siempre que las condiciones materiales lo permitan, relacionándolo con la utilización adecuada de los recursos.

NIVEL 3.

Cuenta con un Programa de Garantía de Calidad de la Atención Estomatológica y de Evaluación del desempeño profesional adecuado a la Institución y sus características. Se refleja en el Plan Director la Calidad como principal aspecto a lograr, proponiendo las estrategias a desarrollar para ello. Se realizan investigaciones para determinar las causas de las desviaciones detectadas así como el impacto de las intervenciones ejecutadas.

Verificar con el Director del centro la existencia del Programa de Garantía de calidad y de los programas o planes de intervención sobre problemas de calidad detectados. Comprobar en el Plan Director las estrategias propuestas para incrementar la calidad de la atención. También se debe interrogar a los trabajadores para conocer el grado de conocimiento que

tienen sobre el programa. Revisar las investigaciones sobre calidad que ha realizado la institución.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Plan Director de la Institución
- ✓ Reglamento de la Institución
- ✓ Actas de los Consejos de Dirección
- ✓ Actas de las reuniones del CACSE y sus Comités
- ✓ Análisis de la Situación de Salud de la Institución
- ✓ Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral
- ✓ Programa de Calidad de la Atención y la Satisfacción de la Población y los Prestadores
- ✓ Manual de Organización y Procedimientos de cada uno de los Servicios y de la Unidad
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad.

INDICADORES A EVALUAR:

Los propuestos en el Programa de Calidad de la Atención y la Satisfacción de la Población y los Prestadores

ESTÁNDAR 3 EVALUACION DE LA SATISFACCIÓN

Comprende las actividades relacionadas con la evaluación de la satisfacción de pacientes y familiares con la atención brindada en el Servicio y Unidad.

NIVEL 1.

Se analizan en el Consejo de Dirección las quejas e insatisfacciones de la población. La opinión de los líderes comunitarios es favorable con respecto al trabajo del servicio y la unidad. Los directivos atienden oportuna y cortésmente las quejas verbales y/o escritas formuladas por pacientes y familiares.

Verificar que en las actas de las reuniones del Consejo de Dirección se analicen las evaluaciones mensuales de la satisfacción, así como las medidas tomadas para cada caso. Comprobar el registro de quejas. Encuestar a pacientes, familiares y líderes comunitarios para conocer su opinión.

NIVEL 2.

Se le informa a la población adecuadamente a través de los médicos de familia y líderes comunitarios cualquier dificultad con la prestación del Servicio. Se nombra a una persona responsable de la actividad que rinde cuentas por ella ante el Consejo de Dirección y que garantiza la comunicación entre la Unidad y la Población. La Unidad dispone de las ameneidades requeridas para la espera de los pacientes, considerando la higiene de la sala de espera y baños adecuada. No hay quejas ni planteamientos negativos de la atención estomatológica por más de un año. Se definen planes de capacitación y de trabajo para la superación de las deficiencias detectadas.

Verificar el nombramiento de la persona responsabilizada con la atención de la población y la satisfacción de la población. Comprobar con la población, líderes comunitarios y EBS la oportunidad de la comunicación. Verificar en el registro de quejas y en la información de las Asambleas del Poder Popular la no existencia de quejas o planteamientos sobre la atención estomatológica por más de un año. Verificar la existencia de las ameneidades y la higiene de la unidad. Comprobar la existencia de Planes y su correspondencia con las deficiencias detectadas que pueden ser causa de insatisfacción.

NIVEL 3.

La Unidad debe contar con un Comité Auditor de la Calidad y la Satisfacción de la Población en Estomatología (CACSE) y tener implementado el Programa de Calidad de la Atención y la Satisfacción de la Población y los Prestadores que garantice la satisfacción de la población con la atención recibida y el trato brindado por todos los trabajadores, y su evaluación mensual, tomando las medidas oportunas y necesarias para la erradicación de las causas que originan la insatisfacción. Al CACSE se subordina la persona responsable de la satisfacción. No hay quejas ni

planteamientos negativos de la atención estomatológica ni de las condiciones de la Unidad por más de un año. Se refleja en el Plan Director la Satisfacción como principal aspecto a lograr, proponiendo las estrategias a desarrollar para ello. Se realizan investigaciones para determinar las causas de las desviaciones detectadas así como el impacto de las intervenciones ejecutadas.

Verificar la existencia del CACSE y que en las actas de sus reuniones analicen las evaluaciones mensuales de la satisfacción, así como las medidas tomadas para cada caso. Revisar actas y acuerdos del Comité y comprobar si los informes son analizados en el Consejo de Dirección. Verificar la implementación del Programa. Comprobar con la población, líderes comunitarios y EBS la oportunidad de la comunicación y la satisfacción. Verificar en el registro de quejas y en la información de las Asambleas del Poder Popular la no existencia de quejas o planteamientos sobre la atención estomatológica y las condiciones de la unidad por más de un año. Verificar la existencia de las ameneidades y la higiene de la unidad. Comprobar en el Plan Director las estrategias propuestas para incrementar la satisfacción con la atención y las condiciones de la unidad. También se debe interrogar a los trabajadores para conocer el grado de conocimiento que tienen sobre el programa. Revisar las investigaciones sobre la satisfacción que ha realizado la institución.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Plan Director de la Institución
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Reglamento de la Institución
- ✓ Actas de los Consejos de Dirección
- ✓ Actas de las reuniones del CACSE y sus Comités
- ✓ Análisis de la Situación de Salud de la Institución
- ✓ Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral
- ✓ Programa de Calidad de la Atención y la Satisfacción de la Población y los Prestadores
- ✓ Manual de Organización y Procedimientos de cada uno de los Servicios y de la Unidad
- ✓ Registro de quejas
- ✓ Registro de los planteamientos de las Asambleas del Poder Popular
- ✓ Nombramiento de la persona responsable de la satisfacción en la Unidad
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Resultados de las Encuestas realizados al EBS, pacientes, familiares y líderes comunitarios
- ✓ Planes de acción para mejorar la satisfacción de la población.
- ✓ Investigaciones sobre el tema

INDICADORES A EVALUAR:

Los propuestos en el Programa de Calidad de la Atención y la Satisfacción de la Población y los Prestadores

ESTÁNDAR 4 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

En este se define la evaluación del sistema de transferencias de pacientes a un nivel superior de resolutivez y como sé retroalimenta el sistema para la evolución y seguimiento de los casos. Se sustenta en la aplicación de la Resolución Ministerial No. 232 de Diciembre de 2000.

NIVEL 1.

La Unidad tiene definidos mecanismos de coordinación e identificado hacia qué instituciones debe referir los casos que sobrepasen su capacidad resolutivez o que necesiten atención en las diferentes especialidades, siempre cumpliendo con la regionalización establecida para el territorio acorde a la Resolución Ministerial No. 232.

Verificar la existencia de los mecanismos que definen como se realiza la referencia, hacia que unidades se deben remitir los casos, también se debe verificar el registro de control de remisiones y se comprobará la documentación que acompaña al paciente.

NIVEL 2.

Existe un Manual en que se detallan los aspectos relacionados con el Sistema de Referencia y Contrareferencia, acorde a lo establecido en el Programa Nacional e Atención Estomatológica Integral y a la Resolución 232, especificando hacia los lugares a los que se remitirán los pacientes. Se analiza en el Consejo de Dirección el cumplimiento de lo dispuesto en el Manual y se toman las medidas para erradicar las deficiencias que existan, revisando si su violación ha sido causa de quejas e insatisfacción de pacientes y familiares.

Verificar la existencia del Manual y comprobar mediante entrevistas a los trabajadores el conocimiento de hacia donde remitir los pacientes, así como su cumplimiento. Revisar Actas de los Consejos de Dirección para comprobar si se analizan los aspectos relacionados con el sistema, así como sí sé toman las medidas para la erradicación de las dificultades. Revisar el registro de quejas y entrevistar a pacientes y familiares para conocer si existen insatisfacciones por esta causa.

NIVEL 3.

Se incluye en el Manual el mecanismo de seguimiento evolutivo de los pacientes referidos y contrareferidos por parte del Estomatólogo de Atención Primaria y por las especialidades. Existe una interrelación horizontal entre las diferentes especialidades Estomatológicas y médicas acorde a los requerimientos y a la complejidad del paciente evaluándose por un equipo multidisciplinario en interconsultas. Se analiza en las Reuniones de los GBT las dificultades con el sistema, así como con la Dirección del Área de Salud y de las Instituciones hacia las cuales se refieran casos. Sé evalúa la calidad de las remisiones y las causas que originan las mismas por el CACSE, elaborando planes de medidas por parte de la Dirección del Centro para su erradicación.

Verificar el seguimiento de los casos referidos y contrareferidos del Segundo y Tercer Nivel de Atención así como del propio nivel. Comprobar en la historia clínica de los pacientes el cumplimiento del seguimiento por parte del Estomatólogo y por los especialistas. También se comprobará como funciona la interconsulta del equipo horizontal y/o multidisciplinario. Se entrevistará a las Direcciones de los Centros para conocer el funcionamiento de las coordinaciones y se comprobará los documentos que acrediten las mismas. Se revisarán las actas de las reuniones del CACSE y de los Consejos de Dirección para comprobar el análisis del sistema. Se comprobará los planes de medidas elaborados para la erradicación de las deficiencias.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Plan Director de la Institución
- ✓ Actas de los Consejos de Dirección
- ✓ Actas de las reuniones del CACSE y sus Comités
- ✓ Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral
- ✓ Programa de Calidad de la Atención y la Satisfacción de la Población y los Prestadores
- ✓ Manual de Organización y Procedimientos de cada uno de los Servicios y de la Unidad
- ✓ Manual del Sistema de Referencia y Contrareferencia de la Unidad
- ✓ Resolución Ministerial No. 232.
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Historias Clínicas de los Pacientes
- ✓ Registro de Remisiones
- ✓ Registro de quejas
- ✓ Registro de los planteamientos de las Asambleas del Poder Popular
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Resultados de las Encuestas realizados al EBS, pacientes, familiares, líderes comunitarios, Directores de los Centros receptores o emisores
- ✓ Planes de acción para mejorar el funcionamiento del sistema.

INDICADORES A EVALUAR:

- Por ciento de pacientes remitidos y recibidos sin el modelo
- Por ciento de quejas por no cumplimiento del sistema
- Remisiones recibidas y emitidas que se evalúan de inadecuadas
- Por ciento de Historias Clínicas sin anotaciones sobre la remisión o datos de la contrareferencia
- Por ciento de pacientes que no son seguidos después de remitidos o de notificada su atención.

ESTÁNDAR 5 CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

En este estándar se evaluará la organización de la atención de forma continuada por un Estomatólogo a la población del área asignada.

NIVEL 1.

Posee un personal que jerarquiza todo lo relacionado con la atención Estomatológica que se brinda a la comunidad, tanto en el nivel primario como secundario. Vinculación de un Estomatólogo / dos consultorios del Médico de Familia, al menos en el 20% del total de los estomatólogos asignados a la atención primaria de la unidad. Se garantiza la atención de Urgencias de acuerdo a lo establecido en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral y en la Carpeta Metodológica.

Verificar la asignación de los consultorios a los estomatólogos y que se logre la relación de uno a dos en el porcentaje indicado, mediante la revisión de la asignación de la población, según se establece en la Carpeta Metodológica. Comprobar que se ha nombrado un personal que controla la atención continuada de la población hasta su total recuperación. Verificar que se realiza la atención de urgencias y se cumple lo dispuesto en el Programa para ello.

NIVEL 2.

Cuenta con una organización de los servicios que garantice la continuidad de la atención a la población por su estomatólogo, incluyendo dentro de ellos las urgencias y las actividades de promoción y prevención de salud, brindando una atención integral. Se realizan interconsultas con los especialistas y se define la terapéutica a seguir, dándole seguimiento al paciente en su Hogar. Vinculación de un Estomatólogo / dos consultorios del Médico de Familia, al menos en el 40 % del total de los estomatólogos asignados a la atención primaria de la unidad.

Verificar el cumplimiento de la relación 1 Estomatólogo por 2 consultorios en un 40% de los estomatólogos. Constatar la existencia de una atención integral a los Grupos priorizados, incluyendo las actividades de promoción y prevención. Comprobar que se realizan las interconsultas a través de las Historias Clínicas y las entrevistas.

NIVEL 3.

Vinculación de un Estomatólogo / dos consultorios del Médico de Familia, al menos en el 60 % del total de los estomatólogos asignados a la atención primaria de la unidad, y en todos los casos la vinculación del estomatólogo al EBS y a los GBT funciona de acuerdo a lo establecido en la Carpeta Metodológica y se dispone del Análisis de la Situación de Salud con sus planes de acción acorde a los problemas individuales, familiares y de la comunidad identificados. Se garantiza el seguimiento de todos los pacientes remitidos y se le da continuidad a los atendidos por el Servicio de Urgencias. Se analiza en los Consejos de Dirección las dificultades para garantizar la continuidad de la atención.

Comprobar la realización con la periodicidad establecida del Análisis de la Situación de Salud de cada consultorio y sus planes de acción para la solución de los problemas priorizados. Constatar la existencia de una atención integral a los Grupos priorizados cuando la relación estomatólogo/consultorio sea superior a la establecida (1/2), incluyendo las actividades de promoción y prevención. Comprobar que la relación entre la atención primaria y la atención secundaria y terciaria, y dentro de ellas, funciona para garantizar la atención integral, así como la existencia de la Historia Clínica Familiar. Constatar en las Historias Clínicas la utilización de las interconsultas y la vinculación a los GBT y EBS. Verificar el cumplimiento de lo establecido en la Carpeta Metodológica. Revisar las actas de los Consejos de Dirección y comprobar que se analicen las dificultades detectadas y la garantía de la continuidad en la atención.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Plan Director de la Institución
- ✓ Actas de los Consejos de Dirección
- ✓ Actas de las reuniones del CACSE y sus Comités
- ✓ Análisis de la Situación de Salud y sus planes de acción
- ✓ Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral
- ✓ Programa de Calidad de la Atención y la Satisfacción de la Población y los Prestadores
- ✓ Manual de Organización y Procedimientos de cada uno de los Servicios y de la Unidad
- ✓ Manual del Sistema de Referencia y Contrareferencia de la Unidad
- ✓ Resolución Ministerial No. 232.
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Historias Clínicas de los Pacientes
- ✓ Historia Clínica Familiar
- ✓ Registro de Remisiones
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Resultados de las Encuestas realizados al EBS, pacientes, familiares

INDICADORES A EVALUAR:

- Porcentaje de Estomatólogos / 2 consultorios del Médico de Familia
- Porcentaje de pacientes dispensarizados por grupos priorizados y por enfermedades crónicas.
- Porcentaje de pacientes dispensarizados del total de remitidos a otras especialidades.

ESTÁNDAR 6 CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Se refiere al conjunto de recursos humanos, estructurales y tecnológicos disponibles para satisfacer la demanda de la población en el nivel primario de atención.

NIVEL 1.

Posee un espacio físico en buen estado constructivo, en el que trabajan uno o más estomatólogos, con Conjuntos Dentales en buen estado técnico, suficiente iluminación, ventilación, higiene, lavamanos, banquetas, vitrinas o mesas auxiliares para la colocación del instrumental y los materiales y otros requisitos para garantizar la atención primaria, fundamentalmente la ejecución del examen de los pacientes, acciones de promoción y prevención, obturaciones, extracciones, profilaxis y tratamientos de endodoncia. Dispone de una sala de espera con capacidad adecuada para el número de pacientes que esperarán acorde a la cantidad de profesionales que trabajen. Existe un sistema organizado de atención a pacientes que garantice la accesibilidad y cobertura a toda la población. Tiene un área para la realización de los Controles de Placa DentoBacteriana en la que se desarrolla algunas acciones de la Consejería de Salud Bucal, realizándosele a todos los pacientes que acuden al servicio.

Verificar que las condiciones constructivas de la consulta, sus condiciones de iluminación, ventilación e higiene son adecuadas. Constatar que el estado de los Conjuntos Dentales es bueno y la existencia de medios para la ubicación del instrumental y los materiales. Comprobar la presencia de lavamanos donde se realice la higienización del personal profesional y técnico. Observar la existencia de salas de espera con capacidad suficiente. Comprobar si el sistema de turno establecido garantiza la accesibilidad y cobertura a la población mediante la realización de encuestas a trabajadores y pacientes, familiares, líderes comunitarios e integrantes de los EBS. Constatar la existencia de un área para el control de placa dentobacteriana, y que esta se le realiza a todos los pacientes mediante las Historias Clínicas y el registro del área, así como la ejecución de acciones educativas en la misma. Verificar que se realizan las acciones de examen clínico, promoción y prevención, obturaciones, extracciones, profilaxis y tratamientos de endodoncia a los pacientes que lo requieran.

NIVEL 2.

Dispone de locales de consultas para cada estomatólogo separados por medios muros u otros que garantiza determinada privacidad en el proceso de atención. Las salas de espera disponen de condiciones de confort como agua, baño y adecuada ventilación. Existe una programación del horario adecuada para consultas y de actividad de trabajo en la comunidad para el consultorio o área específica que atiendan que permiten tiempos de espera de los pacientes menores a media hora, garantizando una cobertura y satisfacción adecuadas.

Verificar que las consultas tengan determinada privacidad que garantice una adecuada relación médico paciente. Observar la existencia de salas de espera con aditamentos confortables, agua para beber y baño para pacientes. Revisar la programación del horario de consultas, tanto para el área clínica como para la actividad de trabajo en la comunidad que garantice la atención de su población. Comprobar mediante entrevistas con la población, médicos de familia y líderes comunitarios la accesibilidad a la unidad. Estudiar los tiempos que esperan los pacientes por ser atendidos.

NIVEL 3.

Dispone de locales de consultas individuales para cada estomatólogo que garantiza la privacidad en el proceso de atención. Los locales de consulta están adecuadamente climatizados. Se realizan acciones de Ortodoncia, Prótesis y Periodoncia correspondientes a la atención primaria. Existe una programación del horario adecuada para consultas y de actividad de trabajo en la comunidad para el consultorio o área específica que atiendan que permiten tiempos de espera de los pacientes menores a quince minutos, garantizando una cobertura y satisfacción adecuadas.

Verificar que los locales de consulta tengan la privacidad que garantice una adecuada relación médico paciente y que estén climatizados. Comprobar la realización de las acciones especificadas mediante la observación y la revisión de Historias Clínicas. Revisar la programación del horario de consultas, tanto para el área clínica como para la actividad de trabajo en la comunidad que garantice la atención de su población. Comprobar mediante entrevistas con la población, médicos de familia y líderes comunitarios la accesibilidad a la unidad. Estudiar los tiempos que esperan los pacientes por ser atendidos.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Plan Director
- ✓ Sistema de Turnos implementado
- ✓ Documentos sobre la asignación de estomatólogos a los consultorios
- ✓ Programación de consultas y horario de trabajo
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Historias Clínicas de los Pacientes
- ✓ Registro de Remisiones
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Resultados de las Encuestas realizados al EBS, pacientes, familiares

INDICADORES A EVALUAR:

- Cumplimiento del Plan de Consultas de la Unidad (nunca por estomatólogo)
- Puntualidad al comienzo de la consulta
- Cambio de turnos por causas ajenas al paciente
- No de consultas suspendidas según causas
- Cumplimiento de la programación horaria en más del 95% de los casos
- Tiempo de espera por ser atendido

ESTÁNDAR 7 CONSULTA ESPECIALIZADA

Se corresponde con los recursos y la forma de organización de los servicios en cada una de las especialidades estomatológicas para brindar atención especializada a la población..

NIVEL 1.

Dispone de un espacio físico en buen estado constructivo, con Conjuntos Dentales en buen estado técnico, suficiente iluminación, ventilación, higiene, lavamanos, banquetas, vitrinas o mesas auxiliares para la colocación del instrumental y los materiales y otros requisitos para garantizar la atención en al menos una de las especialidades de: Ortodoncia, Periodoncia o Prótesis. Tiene organizado un sistema de turnos para las consultas, la que se realiza en la propia institución, de aquellas especialidades que no dispone, incluyendo Cirugía Maxilo Facial, con una periodicidad que satisface las necesidades de la población. Existe al menos un microlaboratorio de prótesis para los primeros pasos del proceso.

Verificar que las condiciones constructivas de la consulta, sus condiciones de iluminación, ventilación e higiene son adecuadas. Constatar que el estado de los Conjuntos Dentales es bueno y la existencia de medios para la ubicación del instrumental y los materiales. Comprobar la presencia de lavamanos donde se realice la higienización del personal profesional y técnico. Verificar el título del (los) especialistas y su nombramiento. Comprobar si el sistema de turno establecido abarca todas las especialidades que no dispone y garantiza la accesibilidad y cobertura a la población mediante la realización de encuestas a trabajadores y pacientes, familiares, líderes comunitarios e integrantes de los EBS. Constatar la existencia de un microlaboratorio de prótesis y su funcionamiento.

NIVEL 2.

Dispone de área de consultas y especialistas nombrados en las especialidades de Ortodoncia, Periodoncia y Prótesis, disponiendo de los recursos para la ejecución de sus acciones propias del segundo nivel de atención. Realizan interconsultas con los estomatólogos de la atención primaria. Tiene organizado un sistema de turnos para la consulta externa de Cirugía Maxilo Facial, la que se realiza en la propia institución, con una periodicidad que satisface las necesidades de la población. Dispone de un laboratorio de prótesis y ortodoncia que cuenta con todos los medios necesarios para la realización de la prótesis y la aparatología ortodóncica.

Verificar la existencia de los tres especialistas, sus títulos y su nombramiento, así como constatar la disponibilidad de equipos, medios y materiales para la ejecución de acciones del segundo nivel y comprobar mediante las Historias Clínicas la realización de estas. Comprobar si el sistema de turno establecido para Cirugía Maxilo Facial garantiza la accesibilidad y cobertura a la población mediante la realización de encuestas a trabajadores y pacientes, familiares, líderes comunitarios e integrantes de

los EBS. Constatar la existencia de un laboratorio de prótesis y ortodoncia y su funcionamiento.

NIVEL 3.

Dispone de consultas individuales con privacidad, climatización para cada especialidad. Tiene especialistas nombrados en las especialidades de Ortodoncia, Periodoncia, Prótesis y Cirugía Maxilo Facial, teniendo al menos uno de ellos el Segundo Grado u alguna categoría científica. Se brindan consultas multi e interdisciplinarias propias del tercer nivel de atención. Los especialistas realizan investigaciones e interconsultas docentes. Dispone de tecnologías avanzadas y laboratorios equipados con medios modernos y en adecuado estado.

Verificar la existencia de las consultas y sus condiciones y de los cuatro especialistas, sus títulos y su nombramiento, así como constatar la disponibilidad de equipos, medios y materiales para la ejecución de acciones del tercer nivel y comprobar mediante las Historias Clínicas la realización de consultas interdisciplinarias. Revisar los planes de investigación y los resultados de investigaciones para comprobar la ejecución de las mismas por parte de los profesionales. Constatar la existencia de un laboratorio de prótesis y ortodoncia y su funcionamiento con el equipamiento avanzado y adecuado estado del equipamiento.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Plan Director
- ✓ Sistema de Turnos implementado
- ✓ Nombramientos y títulos de especialista y grado científico
- ✓ Programación de consultas y horario de trabajo
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Historias Clínicas de los Pacientes
- ✓ Registro de Remisiones
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Resultados de las Encuestas realizados al EBS, pacientes, familiares

INDICADORES A EVALUAR:

- Cumplimiento del Plan de Consultas por Especialidad (nunca por estomatólogo)
- Puntualidad al comienzo de la consulta
- Cambio de turnos por causas ajenas al paciente
- No de consultas suspendidas según causas
- Cumplimiento de la programación horaria en más del 95% de los casos
- Tiempo de espera por ser atendido

ESTÁNDAR 8 ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

Se corresponde a la organización de los recursos humanos y materiales de las unidades quirúrgicas y por tanto a la ejecución de la actividad en la institución.

NIVEL 1.

No dispone de los medios para la realización de la actividad quirúrgica. Los casos son remitidos a otra institución para lo cual se han creado los mecanismos establecidos de acuerdo a la Resolución Ministerial 232. Seguimiento de los pacientes remitidos.

Verificar la existencia de los mecanismos de remisión y el seguimiento de los pacientes, mediante revisión de registro de remisiones y encuestas a pacientes, familiares, EBS, líderes comunitarios y entrevistas con Directores de los Centros Receptores.

NIVEL 2.

Cuenta con un área quirúrgica en la que se realizan acciones limitadas por no disponer de todos los medios materiales y por un especialista de Cirugía Maxilo Facial que no pertenece al centro. Existen los mecanismos para la remisión de los pacientes que requieran otras intervenciones. Se le da seguimiento a los pacientes intervenidos por el Estomatólogo asignado a esa población a la cual pertenece el paciente.

Verificar la existencia y condiciones del salón de operaciones y comprobar título del personal que labora en esa área. Comprobar la existencia de los mecanismos de remisión y el seguimiento de los pacientes, mediante revisión de registro de remisiones y encuestas a pacientes, familiares, EBS, líderes comunitarios y entrevistas con Directores de los Centros Receptores.

NIVEL 3.

Dispone de una unidad quirúrgica con acceso limitado, con todo el equipamiento requerido para la ejecución de toda la Cirugía Menor y de Periodoncia de acuerdo a las Guías Prácticas Clínicas de las especialidades. Cuenta con personal técnico adiestrado destinado exclusivamente a esta área. Poseen toda la documentación reglamentada para cada paciente quirúrgico. El especialista de Cirugía Maxilo Facial está nombrado en el Centro. Están creados los mecanismos para la realización de la Cirugía Mayor en el Hospital que le pertenece a la Institución por la Regionalización establecida. Se le da seguimiento en sus hogares a los pacientes intervenidos por parte del Estomatólogo, el EBS y en ocasiones el propio especialista. El CACSE evalúa la calidad de las intervenciones y se analizan las causas de las complicaciones e insatisfacciones de los pacientes. Se analiza en el Consejo de Dirección los resultados de la evaluación del CACSE y se toman las medidas para su eliminación.

Verificar la existencia y condiciones del salón de operaciones y comprobar títulos y nombramientos del personal técnico y especialistas que laboran en esa área. Comprobar en las Historias Clínica de los pacientes la documentación requerida y el seguimiento, la interrelación entre el

diagnóstico pre-operatorio y los hallazgos clínicos, así como la técnica quirúrgica empleada y los resultados anatomo-patológico si existieran y cumplimiento de las Guías Prácticas. Comprobar la existencia de los mecanismos de remisión y el seguimiento de los pacientes, mediante revisión de registro de remisiones y encuestas a pacientes, familiares, EBS, líderes comunitarios y entrevistas con Directores de los Centros Receptores. Verificar en las Actas del CACSE y de los Consejos de Dirección el análisis de las deficiencias detectadas y la correspondencia con los planes elaborados.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Plan Director
- ✓ Sistema de Turnos implementado
- ✓ Nombramientos y títulos de especialistas y técnicos
- ✓ Programación de consultas quirúrgicas y horario de trabajo
- ✓ Manual de Organización y Procedimientos
- ✓ Guías Prácticas Clínicas
- ✓ Actas del CACSE
- ✓ Actas de los Consejos de Dirección
- ✓ Resolución Ministerial 232
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Historias Clínicas de los Pacientes
- ✓ Registro de Remisiones
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Resultados de las Encuestas realizados al EBS, pacientes, familiares

INDICADORES A EVALUAR:

- Cumplimiento de las intervenciones programadas
- Puntualidad al comienzo de la consulta
- Cambio de turnos por causas ajenas al paciente
- No de intervenciones suspendidas según causas
- Cumplimiento de la programación horaria en más del 95% de los casos
- Índice de reintervenciones
- Accidentes quirúrgicos ocurridos
- Evaluación de la calidad de las intervenciones por el CACSE
- Lista de espera (% disminución por trimestre)

ESTÁNDAR 9 ATENCIÓN A URGENCIAS

Se corresponde con la forma de organización y los recursos para satisfacer de manera oportuna e inmediata la demanda de atención de urgencia por el paciente.

NIVEL 1.

Cuenta con una organización que garantice la atención a la urgencia de la población de forma priorizada durante el horario de trabajo. La guardia Estomatológica se garantiza después del cierre de la unidad, durante las 24 horas, vinculado al PPU cumpliéndose con la regionalización y la periodicidad establecida.

Verificar con el Director la organización de la atención de urgencia y si existe priorización. Comprobar con el profesional el registro adecuado de las urgencias. Constatar la realización del servicio en el PPU y si están los mecanismos creados para ello acorde a la Resolución Ministerial 232, mediante entrevistas a los profesionales, al EBS, líderes comunitarios y población, así como por la revisión de la planificación de la guardia y el registro de asistencia a la misma.

NIVEL 2.

Garantiza la atención de urgencia de la población de su área acorde a lo establecido en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral, por el Estomatólogo asignado a cada consultorio siempre que este se encuentre en la institución y con utilización de la Historia Clínica. Existen los mecanismos de divulgación e información requeridos para que la población este debidamente informada de a donde acudir a recibir el servicio de urgencia después del cierre de la Institución.

Verificar a través de las historias clínicas la consulta de urgencia brindada. Comprobar los mecanismos de divulgación e información mediante la observación y las entrevistas a los profesionales, al EBS, líderes comunitarios y población.

NIVEL 3.

Se le da seguimiento por su estomatólogo a todos los pacientes que han sido atendidos por urgencias, funcionando la contrareferencia. Se analiza en el CACSE las causas de las Urgencias, su lugar de procedencia, el lugar en que demandó atención de urgencia, y su evolución, teniendo en cuenta los resultados del análisis para la capacitación de los profesionales y su evaluación. Se analiza en los Consejos de Dirección el tema para su perfeccionamiento. Cumplen con las Guías Prácticas Clínicas en la atención de la urgencia. Se remite a su estomatólogo los pacientes acorde a lo establecido en el Programa y en la Carpeta Metodológica. Se realizan evaluaciones interdisciplinarias cuando el paciente lo requiera.

Verificar si se cumple con el seguimiento de los pacientes a través de la revisión de las Historias Clínicas y entrevistas a la población y al EBS. Comprobar a través de las Actas del CACSE y de los Consejos de Dirección, el análisis de la atención y su correspondencia con los planes elaborados

para la erradicación de las deficiencias y dificultades. Constatar mediante la observación y la revisión de las Historias Clínicas la aplicación de las Guías Prácticas y la ejecución de evaluaciones interdisciplinarias cuando lo requiere el paciente. Comprobar la emisión de remisiones al estomatólogo u otros especialistas, acorde a lo establecido en la Carpeta Metodológica y el Programa.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Plan Director
- ✓ Programación de guardias y horario de trabajo
- ✓ Manual de Organización y Procedimientos
- ✓ Guías Prácticas Clínicas
- ✓ Actas del CACSE
- ✓ Actas de los Consejos de Dirección
- ✓ Resolución Ministerial 232
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral
- ✓ Historias Clínicas de los Pacientes
- ✓ Registro de Remisiones
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Resultados de las Encuestas realizados al EBS, pacientes, familiares

INDICADORES A EVALUAR:

- Cumplimiento de las guardias programadas
- Puntualidad al comienzo de la guardia
- Guardias suspendidas y sus causas
- Evaluación de la calidad de la atención por el CACSE
- Tiempo promedio de espera para recibir la atención de urgencia

ESTÁNDAR 10 MEDIOS DIAGNÓSTICOS

Se corresponde con los recursos y la forma de organización de los medios diagnósticos para la atención primaria y las especialidades.

NIVEL 1.

Dispone de un equipo de Rayos X en adecuado estado técnico para la ejecución de radiografías periapicales y oclusales por un Técnico de Atención Estomatológica adiestrado. En caso de requerirse algún otro medio diagnóstico los pacientes son remitidos a las instituciones que establece la Regionalización establecida según Resolución Ministerial 232.

Verificar que las condiciones del equipamiento sean adecuadas y se utilice según instrucciones del fabricante. Comprobar certificación de adiestramiento de la TAE. Constatar mediante la realización de encuestas y entrevistas a trabajadores, pacientes, familiares, líderes comunitarios e integrantes de los EBS el funcionamiento de las remisiones.

NIVEL 2.

Dispone de un servicio de Rayos X, según se establece en las Guías Prácticas, cumpliéndose todas las indicaciones de Medicina del Trabajo para estas áreas, en las que trabaja un Técnico de Radiología. En el CACSE se analizan las indicaciones radiográficas y de otros medios diagnósticos así como la calidad del procedimiento.

Verificar la existencia del servicio y sus condiciones. Comprobar título de graduado del técnico. Constatar el cumplimiento de las indicaciones y disposiciones de Medicina del Trabajo para esta actividad. Revisar en las Actas del CACSE el análisis de la calidad del servicio brindado y el cumplimiento de los procedimientos establecidos en las guías prácticas.

NIVEL 3.

Dispone de un servicio de imagenología con el equipamiento requerido y de tecnología avanzada, para el examen radiográfico de los pacientes que lo requieran, en el cual trabaja un técnico de radiología con más de tres años de experiencia y adiestrado para la utilización adecuada del equipamiento. Se realizan actividades clínico radiológicas en la unidad.

Verificar la disponibilidad de equipamiento tecnológico de avanzada y la realización de todos los exámenes radiológicos requeridos mediante la revisión de Historias Clínicas y registros de actividades del servicio. Constatar en los certificados de los cursos recibido por el técnico su adiestramiento y años de experiencia. Comprobar mediante actas del CACSE la realización de las actividades clínico radiológicas.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Plan Director
- ✓ Nombramientos y títulos de los técnicos y cursos recibidos
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Historias Clínicas de los Pacientes

- ✓ Guías Prácticas Clínicas
- ✓ Documentos inherentes a la autorización de la práctica radiológica
- ✓ Instrucciones de los fabricantes de equipos
- ✓ Registro de exámenes no útiles
- ✓ Actas del CACSE
- ✓ Registro de Remisiones
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Resultados de las Encuestas realizados al EBS, pacientes, familiares

INDICADORES A EVALUAR:

- Promedio de exámenes por servicios
- Porcentaje de exámenes no útiles
- Demora en la entrega de los resultados
- Índice de extravío de resultados de medios diagnósticos
- Tiempo promedio de espera por ser atendido en el servicio

ESTÁNDAR 11 TÉCNICOS DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

Se corresponde con la forma de organización del trabajo de este personal en la institución, así como de las asistentes dentales si existieran.

NIVEL 1.

La jefatura está ocupada por una Técnica con experiencia en la actividad y con habilidades para el cargo. La plantilla está cubierta al 70%. Participan en actividades de Promoción de Salud. El 20% está vinculado con un Estomatólogo al EBS atendiendo a dos consultorios y participando en la ejecución del Análisis de la Situación de Salud. Están capacitadas el 30% en Técnicas de Medicina Natural y Tradicional y apoyan al estomatólogo en su ejecución. Tienen organizado un Programa de Educación Permanente.

Verificar el título y nombramiento de la Jefa de las TAE. Comprobar si tiene experiencia y habilidades para el cargo mediante revisión del expediente y examen de competencia y desempeño. Verificar completamiento de la plantilla acorde a lo establecido por la Dirección de Recursos Humanos para cada tipo de institución. Constatar si realizan acciones educativas con la población en consulta y en trabajo comunitario a través de la observación y entrevistas al EBS, profesionales y población. Comprobar que integren junto con el Estomatólogo el Equipo de Salud y participen en la realización del ASS. Constatar mediante los certificados acreditativos capacitación en MNT y comprobar mediante observación y entrevistas su práctica. Revisar la existencia del Programa de Educación Permanente, su ejecución y correspondencia con deficiencias detectadas en la competencia y el desempeño del personal.

NIVEL 2.

La jefatura está ocupada por personal que ha recibido cursos de gestión y tiene más de un año de experiencia en el cargo, planificando y jerarquizando correctamente las actividades a ella subordinada. La plantilla está cubierta al 80%. Participan en actividades de Promoción de Salud y Prevención. El 40% está vinculado con un Estomatólogo al EBS atendiendo a dos consultorios y participando en la ejecución del Análisis de la Situación de Salud. Están capacitadas el 40% en Técnicas de Medicina Natural y Tradicional y apoyan al estomatólogo en su ejecución. Integran el CACSE participando en la evaluación de la calidad y organizando el Programa de Educación Permanente a partir de las deficiencias encontradas.

Verificar el título y nombramiento de la Jefa de las TAE. Comprobar a través de los certificados acreditativos la capacitación recibida y su experiencia y habilidades para el cargo mediante revisión del expediente y examen de competencia y desempeño. Verificar completamiento de la plantilla acorde a lo establecido por la Dirección de Recursos Humanos para cada tipo de institución. Constatar si realizan acciones educativas y preventivas con la población en consulta y en trabajo comunitario a través de la observación y entrevistas al EBS, profesionales y población. Comprobar que el 40% integre, junto con el Estomatólogo, el Equipo de Salud y participen en la realización del ASS. Constatar mediante los certificados acreditativos capacitación del 40% en MNT y comprobar mediante observación y

entrevistas su práctica. Revisar la existencia del Programa de Educación Permanente, su ejecución y correspondencia con deficiencias detectadas en la competencia y el desempeño del personal en las evaluaciones del CACSE. Revisar actas del CACSE para verificar su participación en el mismo.

NIVEL 3.

La jefatura está ocupada por personal que ha recibido cursos de gestión y tiene más de dos años de experiencia en el cargo, planificando y jerarquizando correctamente las actividades a ella subordinada. La plantilla está cubierta al 95%. El 60% está vinculado con un Estomatólogo al EBS atendiendo a dos consultorios y participando en la ejecución del Análisis de la Situación de Salud. Están capacitadas el 50% en Técnicas de Medicina Natural y Tradicional y apoyan al estomatólogo en su ejecución. Están capacitadas en Laserterapia y otras terapéuticas de avanzada apoyando al Estomatólogo en su ejecución. Tienen un Programa de Investigaciones y realizan actividades científicas intra e interinstitucionales.

Verificar el título y nombramiento de la Jefa de las TAE. Comprobar a través de los certificados acreditativos la capacitación recibida y su experiencia y habilidades para el cargo mediante revisión del expediente y examen de competencia y desempeño. Verificar completamiento de la plantilla acorde a lo establecido por la Dirección de Recursos Humanos para cada tipo de institución. Comprobar que el 60% integre junto con el Estomatólogo el Equipo de Salud y participen en la realización del ASS. Constatar mediante los certificados acreditativos capacitación del 50% en MNT y comprobar mediante observación y entrevistas su práctica. Verificar la aplicación de Laserterapia y otras técnicas. Revisar el Programa sobre los Temas Investigativos y la planificación de los eventos científicos. Verificar las investigaciones realizadas y corroborar la documentación y resultados de las mismas.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Plan Director
- ✓ Plantilla de la Unidad
- ✓ Reglamento de la Institución
- ✓ Nombramientos y títulos de los técnicos y cursos recibidos
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Guías Prácticas Clínicas
- ✓ Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral
- ✓ Actas del CACSE
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Resultados de las Encuestas realizados al EBS, pacientes, familiares

INDICADORES A EVALUAR:

- Evaluaciones del CACSE
- Satisfacción de la población y los trabajadores
- TAE / Estomatólogo
- TAE / Sillón

ESTÁNDAR 12 MORTALIDAD DENTARIA

Comprende la discusión y evaluación de las extracciones dentarias realizadas en la institución, teniendo en cuenta que la mortalidad dentaria es el fracaso de la Estomatología.

NIVEL 1.

Cuenta con un personal que analiza la mortalidad dentaria a través de las historias clínicas mensualmente. Notifica al Consejo de Dirección el comportamiento del proceso y se toman medidas para su reducción.

Verificar las evaluaciones que se realizan de las historias clínicas sobre las extracciones dentarias realizadas. Comprobar en las Actas del Consejo de Dirección el análisis del tema y la correspondencia de las medidas tomadas con las deficiencias detectadas así como su cumplimiento.

NIVEL 2.

Cuenta con un comité del CACSE que controla la mortalidad dentaria y analiza las indicaciones de las extracciones con los estomatólogos retrospectivamente, tanto las realizadas en el nivel primario como en las especialidades. Se tiene en cuenta para las evaluaciones de los estomatólogos el comportamiento del proceso.

Verificar la ejecución del análisis y discusión mensual de las extracciones realizadas por cada Estomatólogo, y las causas de esta indicación. Comprobar el comportamiento de los indicadores de extracción/habitantes, obturación/extracción y extracción/tratamiento de endodoncia. Comprobar en los expedientes de los profesionales la correspondencia del comportamiento del proceso y el resultado de sus evaluaciones.

NIVEL 3.

El Comité realiza con los estomatólogos una evaluación y discusión concurrente de las indicaciones de extracción acorde a lo establecido en las Guías Prácticas Clínicas. Se realizan investigaciones para determinar las causas del comportamiento no deseado del proceso y se aplican los resultados. Se ejecutan Programas Educativos con la población para modificar comportamientos y actitudes inadecuados que conlleve incremento de la mortalidad dentaria.

Verificar el funcionamiento de la evaluación concurrente con el profesional y paciente en el momento de indicada la extracción y el cumplimiento de las Guías Prácticas Clínicas. Comprobar la ejecución de las investigaciones y la aplicación de sus resultados. Verificar la realización de intervenciones educativas mediante revisión de los Programas y entrevistas a la población y EBS.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Plan Director
- ✓ Reglamento de la Institución
- ✓ Carpeta Metodológica

- ✓ Guías Prácticas Clínicas
- ✓ Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral
- ✓ Actas del CACSE
- ✓ Actas del Consejo de Dirección
- ✓ Programa de Educación Permanente
- ✓ Programa de Investigaciones de la Institución
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Resultados de las Encuestas realizados al EBS, pacientes, familiares
- ✓ Resultados estadísticos de la institución.
- ✓ Expedientes de los profesionales.

INDICADORES A EVALUAR:

- Evaluaciones del CACSE
- Extracciones / 100 habitantes
- Obturaciones / Extracciones
- Extracción / Tratamientos de Endodoncia

ESTÁNDAR 13 PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES

Se corresponde con las actividades que realiza la unidad para la prevención y control de las infecciones.

NIVEL 1.

Cuenta con un personal nombrado y capacitado que se responsabiliza con la actividad. El personal profesional y técnico conoce las disposiciones para prevenir y controlar las infecciones. Se analiza en el Consejo de Dirección los aspectos relacionados con el tema y se incluyen en el Plan Director para su eliminación. Cumplen lo establecido por el Viceministerio de Higiene y Epidemiología y en las Guías Prácticas Clínicas. Existen los mecanismos establecidos para recibir asesoría de los CMHE en caso de requerirse.

Verificar nombramiento del personal y su capacitación mediante documentos acreditativos. Comprobar con los directivos y trabajadores, mediante entrevista o exámenes de competencia y desempeño, el conocimiento que tienen sobre lo establecido para el cumplimiento de la actividad, fundamentalmente en lo relacionado con el lavado de manos, uso de medios de protección individual, antisepsia del campo, precauciones universales con sangre y normas de bioseguridad para evitar la adquisición o transmisión de enfermedades. Comprobar en Actas de los Consejos de Dirección el análisis del tema. Verificar en el Plan Director las medidas para el cumplimiento de lo establecido y eliminación de deficiencias detectadas. Verificar cumplimiento de lo establecido por el Viceministerio de Higiene y Epidemiología y en las Guías Prácticas Clínicas. Verificar la existencia de los mecanismos de coordinación con el CMHE y su funcionamiento.

NIVEL 2.

Existe un Comité de Prevención y Control de infección Estomatológica dentro del CACSE presidido por un especialista. Se analiza por el Comité las infecciones post-extracción y quirúrgicas y se propone al Consejo de Dirección las medidas a tomar para su eliminación.

Verificar nombramiento del presidente del Comité y constatar su título de especialista. Comprobar en las actas del Comité de Infecciones del CACSE el control de los casos de infección post-extracción y quirúrgicas, si se analizan las causas y se proponen las medidas para la solución en correspondencia con las mismas. Verificar el cumplimiento de las medidas.

NIVEL 3.

El presidente del Comité es un especialista capacitado en Epidemiología. Cuenta con investigaciones científicas realizadas sobre las infecciones que han ocurrido y se capacita mensualmente al personal, discutiéndose en reuniones científicas los problemas, sus causas y como evitarlas.

Verificar a través de certificado acreditativo capacitación del especialista en Epidemiología. Comprobar las investigaciones realizadas sobre incidencia y prevalencia de infecciones ocurridas en un período de tiempo según causas, gérmenes y aplicación de sus resultados. Verificar programa de capacitación

mediante revisión de las actas del CACSE y entrevistas y exámenes a profesionales y técnicos.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Plan Director
- ✓ Reglamento de la Institución
- ✓ Nombramiento de los responsables y del Comité
- ✓ Certificados acreditativos de la superación.
- ✓ Indicaciones del Viceministerio de Higiene y Epidemiología sobre la prevención y el control de las infecciones.
- ✓ Registro de Intervenciones realizadas
- ✓ Registro de infecciones
- ✓ Documento sobre coordinación entre la institución y el CMHE
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Guías Prácticas Clínicas
- ✓ Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral
- ✓ Actas del CACSE
- ✓ Actas del Consejo de Dirección
- ✓ Programa de Educación Permanente
- ✓ Programa de Investigaciones de la Institución
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Resultados de las Encuestas y Exámenes realizados a trabajadores
- ✓ Resultados estadísticos de la institución.
- ✓ Expedientes de los profesionales.

INDICADORES A EVALUAR:

- Evaluaciones del CACSE
- Porcentaje de infecciones post-extracciones
- Porcentaje de infecciones post-quirúrgicas
- Índice de infecciones por servicio.

ESTÁNDAR 14 ESTERILIZACIÓN

Se refiere al conjunto de recursos destinados a la limpieza, desinfección, preparación, almacenamiento y control del instrumental y materiales utilizados por la Institución.

NIVEL 1.

Existe un local con áreas diferenciadas donde se realiza la preparación y esterilización del material e instrumental de la unidad según las normas nacionales existentes. Dispone de al menos un autoclave para su utilización en adecuado estado técnico. La comunicación con el exterior se realiza a través de una ventanilla o mostrador de entrega, estando separadas la recepción del material sucio y la entrega del material estéril. Se realizan los controles biológicos mensualmente, y diariamente el resto de los controles. La responsabilidad del trabajo la tiene una técnico de atención estomatológica.

Verificar la existencia del local y las áreas diferenciadas con su equipamiento certificado como apto. Comprobar cumplimiento de las normas. Constatar que la comunicación con el exterior se cumpla según lo establecido. Verificar la realización y resultados de los controles realizados al material estéril. Comprobar nombramiento y título de la TAE responsable.

NIVEL 2.

Cuenta con un Departamento que tiene las áreas para la “recepción y lavado”, “preparación y acondicionamiento” y “esterilización y almacenamiento” perfectamente diferenciadas. Dispone de todo el equipamiento requerido para garantizar el proceso de acuerdo a las necesidades y a las normas. Se efectúan quincenalmente los controles biológicos al material estéril. La responsable del Departamento es una TAE capacitada para el cargo y con más de 1 año de experiencia en el mismo. Existen normas de bioseguridad que se cumplen en el departamento y son conocidas por todos.

Verificar organización y estructura del departamento así como organigrama que demuestra su existencia. Verificar la existencia del equipamiento requerido acorde al volumen de servicio y certificación de apto. Verificar la realización de los controles biológicos quincenalmente. Comprobar el título, nombramiento y certificado de capacitación del personal que dirige la actividad. Verificar la existencia y cumplimiento de las normas de bioseguridad.

NIVEL 3.

Dispone de una Central de Esterilización que cumple los requisitos de diseño funcional para que se garantice el flujograma de esterilización sin dificultad. Dispone de un sistema de climatización para el área estéril y de ventilación mecánica en el área de esterilización. Se efectúan semanalmente los controles biológicos al material estéril. Se cumple la calidad del proceso de esterilización según lo establecido nacionalmente en

la Carpeta Metodológica. La jefatura la ocupa una Licenciada en Enfermería o una Técnico de Atención Estomatológica que ha recibido adiestramiento específico en la actividad y que se desempeña por más de dos años en el cargo. El resto del personal que trabaja en el departamento ha sido adiestrado en la actividad. Se evalúa por el CACSE la calidad del proceso

Verificar cumplimiento de las normas de diseño, así como la existencia y funcionamiento de los sistemas de climatización y ventilación. Comprobar que se efectúan semanalmente los controles biológicos y que dan negativos en los últimos tres meses. Verificar cumplimiento con calidad del proceso de esterilización según Carpeta. Comprobar el título, nombramiento y certificado de capacitación recibida y años de experiencia en el cargo de la responsable del departamento. Constatar a través de los certificados acreditativos capacitación del resto de los trabajadores del departamento. Comprobar en las evaluaciones del CACSE el análisis del tema.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Reglamento de la Institución
- ✓ Actas del CACSE
- ✓ Nombramiento de la responsable
- ✓ Certificados acreditativos de la superación.
- ✓ Normas que regulan la preparación y esterilización del material
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Manual de organización y procedimientos
- ✓ Registro de realización y resultados de los controles realizados al material estéril
- ✓ Certificados de los equipos por electromedicina
- ✓ Manual de bioseguridad
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Expedientes de los profesionales.

INDICADORES A EVALUAR:

- Porcentaje de infecciones post-extracciones
- Porcentaje de infecciones post-quirúrgicas
- Porcentaje de controles positivos
- Evaluaciones del CACSE

ESTÁNDAR 15 ADMISIÓN Y REGISTRO

Se corresponde con la organización de los recursos en un local para la recepción de las personas que acuden a la institución, su información, llenado de documentos y entrega de turnos, entre otras acciones.

NIVEL 1.

Cuenta con un personal que atiende esta actividad y conoce la distribución de la población por estomatólogos, adscrito al Departamento de Estadística. Dispone de un local con las condiciones adecuadas para la realización de los registros y que son correctamente realizados. Existe una programación de consultas para las especialidades.

Verificar que existe un área con las condiciones adecuadas, destinada para estas funciones y que cuenta con un personal asignado para ello, adscrito al Dpto. de Estadísticas y que conoce la distribución de la población y horario de trabajo de los estomatólogos. Verificar la existencia de los registros y que están correctamente realizados. Comprobar la programación de consultas de Especialidades.

NIVEL 2.

Dispone del personal requerido acorde al volumen de servicio y horario de trabajo de la institución, y se encuentra capacitado en técnicas de comunicación e información.

Verificar en los registros de personal y acorde a la plantilla establecida para la institución su completamiento y suficiencia para la ejecución de la actividad. Comprobar a través de los certificados acreditativos, la entrevista y la observación la capacitación del personal en técnicas de comunicación e información.

NIVEL 3.

Dispone de un personal capacitado en técnicas de promoción y educación para la salud que participa en los procesos de la Consejería de Salud Bucal desde su propio departamento. La responsable es una Técnico Medio en Estadísticas que orienta y controla el cumplimiento de las normas institucionales de admisión, lo cual es evaluado por el CACSE.

Verificar a través de los certificados acreditativos, la entrevista y la observación la capacitación del personal en técnicas de Promoción y Educación para la Salud, así como su participación en los procesos con calidad. Comprobar mediante el título y el nombramiento la calificación del responsable del departamento. Verifica la correcta aplicación de los manuales de organización y procedimiento para la actividad, lo cual es evaluado por el CACSE.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Reglamento de la Institución
- ✓ Actas del CACSE
- ✓ Nombramiento de la responsable

- ✓ Certificados acreditativos de la superación.
- ✓ Normas que regulan el proceso de admisión y registro de documentos
- ✓ Programación de turnos de los estomatólogos y los especialistas
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Manual de organización y procedimientos
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Resultados de las entrevistas al personal
- ✓ Expedientes de los profesionales.

INDICADORES A EVALUAR:

- Calidad del llenado y registro de los documentos
- Satisfacción de la población con el trato brindado
- Calidad de la información brindada
- Evaluaciones del CACSE

ESTÁNDAR 16 ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Se corresponde con el local destinado a mantener la integridad del conjunto de historias clínicas, según criterios especiales de conservación, clasificación y control de su circulación.

NIVEL 1.

La actividad se desarrolla con el personal del Departamento de Estadística y Admisión y Registros. Existe un local específico con las condiciones adecuadas para el desempeño de la actividad, disponiendo de suficientes archiveros de acuerdo a la población asignada a la institución. Las Historias Clínicas están enumeradas y correctamente archivadas por consultorio médico de familia e Historias Clínicas Familiares. Los resultados de los medios diagnósticos están correctamente archivados. No se constatan quejas por maltrato e impericia del personal de la sección.

Verificar las condiciones del local y su funcionamiento. Comprobar la adecuada numeración de las Historias Clínicas y su correcto archivado por consultorios e Historias Clínicas Familiares, incluyendo los medios diagnósticos. Verificar la no existencia de quejas en el último año por el trabajo de la sección.

NIVEL 2.

Existe un control del movimiento de las historias con el seguimiento de ruta y uso adecuado de las tarjetas de reemplazo. Dispone de un personal capacitado para la ejecución de esta actividad.

Verificar el funcionamiento del control y seguimiento de los movimientos de las Historias. Comprobar mediante los certificados acreditativos capacitación del personal y su nombramiento.

NIVEL 3.

Cuenta con suficiente personal que garantiza la realización de la actividad durante todo el horario de trabajo de la institución. Tiene un responsable nombrado con calificación de técnico. Está automatizada la sección o parte de ella. Evalúan la calidad del llenado de las Historias Clínicas y participan junto con el CACSE en esta acción.

Verificar que el personal emplatado sea suficiente para garantizar el trabajo durante todo el horario de la institución. Comprobar nombramiento del responsable y certificación de estudios. Verificar existencia de automatización de las Historias Clínicas. Comprobar en las Actas del CACSE evaluación del proceso.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Reglamento de la Institución
- ✓ Actas del CACSE
- ✓ Nombramiento de la responsable
- ✓ Certificados acreditativos de la superación.
- ✓ Normas que regulan el proceso de archivos de las Historias Clínicas

- ✓ Programación de turnos de los estomatólogos y los especialistas
- ✓ Manual de organización y procedimientos
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Resultados de las entrevistas al personal
- ✓ Expedientes de los profesionales.

INDICADORES A EVALUAR:

- Calidad del archivo de las HC
- Continuidad de la numeración de las HC
- Satisfacción de la población y los trabajadores con el trato brindado
- Evaluaciones del CACSE

ESTÁNDAR 17 ESTADÍSTICA

Se corresponde con el departamento encargado de la recolección y procesamiento de la Información.

NIVEL 1.

Existe un Departamento o Sección que se encarga de la recolección y procesamiento de la información estadística de la actividad del centro, según lo regulado por las Direcciones Nacionales de Estadística y Estomatología. Dispone de un local con las condiciones adecuadas para la realización de la actividad. Cuenta con un técnico medio en estadística capacitado para ello y otro personal también capacitado.

Verificar la existencia del local y sus condiciones. Comprobar cumplimiento de las normativas e indicaciones de ambas direcciones en el funcionamiento del departamento. Comprobar certificación acreditativa del técnico y su nombramiento.

NIVEL 2.

Cuenta con suficiente personal capacitado de acuerdo al volumen de trabajo de la institución. Participa el responsable en el análisis de la información procesada en su departamento y pertenece al CACSE donde se evalúa la calidad de la información y su oportunidad. Pertenece al Consejo de Dirección y asesora al Director de la Unidad.

Verificar suficiencia del personal con el volumen de trabajo de acuerdo a las normas establecidas por el MINSAP. Comprobar participación del responsable en el análisis y en el CACSE mediante la revisión de sus actas. Constatar participación en los Consejos de Dirección y asesoramiento al Director.

NIVEL 3.

Dispone de un Jefe de Departamento profesional especializado en Bioestadística u un técnico con adiestramiento y experiencia de más de tres años. Dispone de un número de Técnicos Medios suficientes para la realización de esta actividad. Participa en la evaluación de la calidad y registro de la información lo que permite que cuente con registros estadísticos confiables. Participa y asesora al resto de los profesionales y técnicos en las investigaciones. Dispone de un Programa de Educación Permanente. Cuenta con medios informáticos para la realización de la actividad.

Verificar título acreditativo del responsable. Comprobar años de experiencia y desempeño en el cargo mediante examen. Constatar certificados acreditativos del resto del personal y su suficiencia. Comprobar calidad de la información y los registros. Revisar programación de investigaciones y sus resultados. Comprobar asesoría al resto del personal mediante entrevista y revisión de proyectos. Verificar programa de Educación Permanente y su correspondencia con las necesidades del personal. Comprobar existencia de medios para la informatización de la actividad y su funcionamiento.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Reglamento de la Institución
- ✓ Actas del CACSE
- ✓ Actas de los Consejos de Dirección
- ✓ Nombramiento de la responsable
- ✓ Títulos del personal
- ✓ Certificados acreditativos de la superación.
- ✓ Normas e indicaciones que regulan el proceso del departamento
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Normas de personal del MINSAP
- ✓ Manual de organización y procedimientos
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Resultados de las entrevistas al personal
- ✓ Expedientes de los profesionales.

INDICADORES A EVALUAR:

- Calidad del procesamiento de la información
- Entrega oportuna según lo establecido de la información procesada
- Evaluaciones del CACSE

ESTÁNDAR 18 ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS GENERALES

Se corresponde con el departamento responsabilizado con la organización, ejecución y control de las acciones de aseguramiento de la institución.

NIVEL 1.

Existe un responsable del área de Administración con más de dos años de experiencia. El Departamento cuenta con varias personas, que se encargan de actividades bien delimitadas como recursos humanos, economía, almacén, entre otras. Se cumplen todas las normas técnicas e indicaciones emitidas por el MINSAP y otros OACE. Tiene implementado el sistema de costos y es utilizado por la institución y sus departamentos y servicios para el análisis de la actividad. En los Consejos de Dirección de la Unidad se analiza el Plan de Abastecimiento, las Normas de Consumo y los problemas del área y se toman las medidas para su erradicación y perfeccionamiento del trabajo de la unidad, lo que se recoge en el Plan Director.

Verificar nombramiento del administrativo, certificación de graduado y años de experiencia en el expediente laboral. Comprobar nombramientos del resto de los trabajadores del departamento y verificar la delimitación de funciones de cada uno de ellos. Comprobar existencia de normas e indicaciones y verificar su cumplimiento en el proceso. Verificar en las Actas de los Consejos de Dirección el análisis del Plan de Abastecimiento, Normas de Consumo y los demás aspectos de la actividad, así como las medidas para su perfeccionamiento, las que se consideran en el Plan Director.

NIVEL 2.

El responsable del área administrativa es graduado de Técnico Medio en Economía o actividad afín y con más de 2 años de experiencia. Dispone de secciones dentro del departamento: recursos humanos, contabilidad, finanzas, servicios generales. El CACSE evalúa la actividad y la tiene en cuenta para la evaluación del resto de los servicios.

Verificar certificación de graduado del administrativo de técnico medio en economía o actividad afín. Comprobar la existencia de las secciones dentro del departamento y la delimitación de funciones dentro de ellos y el establecimiento de relaciones horizontales para el desarrollo del trabajo. Verificar en las Actas del CACSE la evaluación de la actividad.

NIVEL 3.

Dispone de un local para cada sección del departamento. Existe un responsable para cada sección con nivel de técnico medio o con adiestramiento para el cargo y más de dos años de experiencia en el mismo. Labora en cada sección el número de trabajadores establecido para el adecuado funcionamiento de la actividad, estando cada uno de ellos adiestrado para la función que desempeñan. Tiene la categoría de confiable la institución y no ha recibido señalamientos por más de un año referente al trabajo administrativo.

Verificar la existencia de los locales para las secciones y comprobar certificación acreditativa de graduado o de adiestramiento de los responsables y trabajadores. Constatar mediante entrevista, observación y exámenes la competencia para la función que desempeñan. Comprobar que el número de trabajadores emplantillados es el requerido para la institución. Verificar la constancia de la categoría de confiable y la no existencia de señalamientos por más de un año.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Reglamento de la Institución
- ✓ Nombramientos y títulos de los administrativos
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Plan Director de la Institución
- ✓ Certificados acreditativos de la superación.
- ✓ Normas e indicaciones que regulan el proceso del departamento
- ✓ Manual de organización y procedimientos
- ✓ Actas de los Consejos de Dirección
- ✓ Certificado acreditativo de la categoría de Centro de Costo Confiable
- ✓ Actas del CACSE
- ✓ Plan de Abastecimiento
- ✓ Normas de consumo
- ✓ Manual de Organización y Procedimientos de cada una de las secciones
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad.

INDICADORES A EVALUAR:

- Alcanzada la categoría de confiable
- Cumplimiento de las normas de consumo
- Disponibilidad de recursos materiales
- Cumplimiento de los inventarios de los medios tangibles y no tangibles
- Porcentaje de pérdidas en la unidad de instrumental igual a cero por más de un año.
- Establecimiento de los máximos y los mínimos
- Entrega oportuna según lo establecido de la información
- Evaluaciones del CACSE
- Evaluaciones de Higiene y Epidemiología sin señalamientos por más de un año.

ESTÁNDAR 19 MANTENIMIENTO

Se corresponde con las actividades técnicas del mantenimiento y reparación electromédica y electromecánica de su equipamiento médico y no médico, garantizando su utilización en óptimas condiciones; así como el mantenimiento constructivo del inmueble.

NIVEL 1.

Dispone de una persona responsabilizada con la ejecución y control de la actividad, subordinada directamente al Administrador del Centro. Se coordina con las entidades ejecutoras el mantenimiento preventivo del equipamiento y su reparación cuando fuese necesario, existiendo convenios para ello entre las instituciones. Se cumplen los indicadores establecidos en el Programa de Evaluación de la Calidad que le da a la unidad la categoría de Regular en el estado de su equipamiento. Existe un plan de mantenimiento preventivo al equipamiento que se cumple.

Verificar nombramiento de la persona designada para la actividad y su desempeño. Constatar el establecimiento de las coordinaciones con otros centros para la realización de los mantenimientos preventivos y reparaciones y su cumplimiento. Verificar estado del equipamiento y cumplimiento de criterios del Programa y del plan de mantenimiento.

NIVEL 2.

Cuenta con un personal adiestrado para la actividad con más de dos años de experiencia. Existen planes de mantenimiento preventivo al edificio, el mobiliario y el equipamiento médico y no médico del centro, los que se cumplen sistemáticamente. Dispone de las fichas técnicas del equipamiento, conociendo las características del mismo y sus requerimientos para el mantenimiento preventivo. Se expresa en el Plan Director todos los requerimientos del inmueble y del equipamiento y las acciones para su realización, controlándose su cumplimiento en los Consejos de Dirección. Se cumplen los indicadores establecidos en el Programa de Evaluación de la Calidad que le da a la unidad la categoría de Bueno en el estado de su equipamiento, lo que es evaluado por el CACSE.

Verificar a través de certificados acreditativos capacitación del personal y experiencia por más de dos años. Comprobar existencia de planes de mantenimiento y su cumplimiento sistemático. Verificar existencia de fichas técnicas del equipamiento y dominio de las mismas por parte del personal. Comprobar en el Plan Director inclusión del tema y medidas para su perfeccionamiento. Constatar análisis en los Consejos de Dirección de los aspectos del mantenimiento. Verificar cumplimiento de los indicadores de Bueno del Programa de Calidad según observación y criterios del CACSE.

NIVEL 3.

Cuenta con una sección de mantenimiento subordinada al Departamento Administrativo en que trabaja un personal dedicado al mantenimiento de la institución, adiestrado para ello y con más de dos años de experiencia y un

técnico medio en electromedicina con conocimientos en el equipamiento estomatológico, el que será nombrado como responsable de la sección.

Verificar existencia de una sección y comprobar título de técnico y nombramiento de su responsable. Comprobar superación del otro personal a través de documentos acreditativos y verificar su experiencia mediante observación y revisión de expediente laboral.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Reglamento de la Institución
- ✓ Nombramiento y título de responsable
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Plan Director de la Institución
- ✓ Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Estomatológica y la Satisfacción de la población y los prestadores
- ✓ Certificados acreditativos de la superación.
- ✓ Expedientes laborales
- ✓ Normas e indicaciones que regulan el proceso del departamento según Electromedicina
- ✓ Fichas técnicas del equipamiento
- ✓ Plan de Mantenimiento de la Unidad.
- ✓ Manual de organización y procedimientos
- ✓ Actas de los Consejos de Dirección
- ✓ Actas del CACSE
- ✓ Manual de Organización y Procedimientos de cada una de las secciones
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad.

INDICADORES A EVALUAR:

- Cumplimiento de las normas técnicas para el mantenimiento del equipamiento
- Cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo del equipamiento
- Porcentaje de roturas del equipamiento.
- Porcentaje de equipos evaluados de bueno según criterios de electromedicina.
- Indicadores del Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Estomatológica y la Satisfacción de la población y los prestadores.
- Evaluaciones del CACSE
- Estado constructivo de la unidad

ESTÁNDAR 20 SEGURIDAD GENERAL DE LA INSTITUCIÓN

Se corresponde con los aspectos relacionados con la protección física de la unidad.

NIVEL 1.

La actividad está subordinada al Administrador de la institución quien conoce las funciones a desarrollar para su garantía. Dispone de salidas de emergencia accesibles y claramente señalizadas y de un plan de evacuación con entrenamiento del personal. Existen y se cumplen con las normas referidas a la protección de los recursos institucionales. Dispone de sereno o se realiza guardia obrera para la protección de la unidad.

Verificar la asignación de la actividad al Administrador de la Institución y su dominio sobre los aspectos relacionados con su garantía. Comprobar la existencia de las señalizaciones y las salidas de evacuación del personal. Comprobar conocimiento por parte del personal de los planes de evacuación y las diferentes señales existentes. Verificar el cumplimiento de las normas de protección de los recursos y del inmueble, así como la existencia de sereno o realización de guardia obrera.

NIVEL 2.

Existen planes de contingencia ante los desastres naturales, aprobados por la Defensa Civil, los que son actualizados periódicamente y conocidos por todo el personal. Cuenta con personal capacitado y organizado para enfrentar incendios y catástrofes además de contar con extintores. Se analiza en el Consejo de Dirección los aspectos relacionados con la seguridad de la institución y se incluyen en el Plan Director.

Verificar la existencia de los planes de contingencia, su aprobación, calidad y actualización. Comprobar conocimiento de los planes por parte de los trabajadores. Verificar capacitación del personal. Constatar disponibilidad de los extintores y su ubicación adecuada. Comprobar análisis del tema en los Consejos de Dirección y su inclusión en el Plan Director.

NIVEL 3.

Dispone de un sistema de alarma general como protección de la unidad o está vinculada a una Agencia de Seguridad Especializada.

Verificar la existencia del dispositivo de alarma o la vinculación con la Agencia y su funcionamiento en la protección de la unidad.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Reglamento de la Institución
- ✓ Nombramiento del administrador como responsable de la actividad
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Plan Director de la Institución
- ✓ Plan de Protección contra desastres naturales
- ✓ Certificados acreditativos de la superación.

- ✓ Normas e indicaciones que regulan la actividad de protección física emitidas por el MINSAP y otros organismos.
- ✓ Actas de los Consejos de Dirección
- ✓ Manual de Organización y Procedimientos de cada una de las secciones
- ✓ Resultados de las entrevistas a los trabajadores
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad.

INDICADORES A EVALUAR:

- Cumplimiento de las normas de seguridad y protección.
- 95% de los trabajadores conocen que hacer en caso de contingencias.
- 100% de la unidad con condiciones de seguridad
- 95% de cumplimiento de la guardia obrera (en caso de realizarse)
- Porcentaje de delitos en la unidad igual a cero
- Porcentaje de disminución de accidentes en la institución.

ESTÁNDAR 21 INFORMACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA

Se corresponde con las acciones y organización que posibiliten la actualización del personal profesional y técnico.

NIVEL 1.

Existe un local o espacio habilitado con las bibliografías básicas sobre temas de las diferentes especialidades de estomatología. Se han creado los mecanismos, a través de convenios firmados por los directores, con otras instituciones para garantizar el acceso del personal a la información. Más del 60% del personal hace uso frecuente de las posibilidades existentes, en ambas modalidades.

Verificar existencia del local o espacio y disponibilidad y actualización de la bibliografía existente. Comprobar convenios entre instituciones para facilitar acceso a la información. Constatar uso de la información de más del 60% del personal, a través de los registros que existen en los centros de información, bibliotecas.

NIVEL 2.

Dispone de un área para la actividad en la que existe además un fondo con las tesis y publicaciones de los trabajadores de la institución. Más del 80% del personal hace uso frecuente de las posibilidades existentes en la institución y en las acordadas. Se responsabiliza a una persona adiestrada previamente para la actividad, con el cuidado, búsqueda y actualización de los fondos existentes y que además presta servicios al resto del personal en la búsqueda bibliográfica y otras acciones afines.

Verificar la existencia del local y sus condiciones. Comprobar los fondos existentes y su actualización. Constatar que más del 80% de los profesionales y técnicos hacen uso frecuente de los fondos. Comprobar nombramiento del personal y documento acreditativo de su capacitación. Comprobar funcionamiento y prestación de servicios a los trabajadores en el tema.

NIVEL 3.

Existe un local adecuado para la actividad, en la que trabaja un personal técnico especializado en la información científica. Dispone de medios informáticos que le dan acceso a la información digitalizada y a INFOMED. Más del 90% de los profesionales y técnicos hace uso frecuente de las posibilidades existentes en la institución. Se utiliza el área como punto de encuentro para cursos a distancias y otras modalidades de la enseñanza no presencial. Se evalúa por el CACSE los servicios prestados y su oportunidad.

Verificar existencia del local y sus condiciones. Comprobar título de técnico y nombramiento del responsable. Verificar existencia de medios informáticos y su acceso a INFOMED y disponibilidad de información digitalizada. Comprobar utilización del servicio y sus modalidades por más del 90% de los profesionales y técnicos de la institución. Constatar utilización del

servicio como sitio de encuentro para las modalidades de la enseñanza no presencial. Comprobar en las Actas del CACSE la evaluación del servicio.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Reglamento de la Institución
- ✓ Plan Director
- ✓ Actas del CACSE
- ✓ Nombramiento y título de la responsable
- ✓ Certificados acreditativos de la superación.
- ✓ Normas e indicaciones que regulan el proceso del departamento
- ✓ Registro de fondos existentes en la institución
- ✓ Registros de usuarios del servicio
- ✓ Convenios entre las instituciones
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Manual de organización y procedimientos
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad
- ✓ Resultados de las entrevistas al personal

INDICADORES A EVALUAR:

- Calidad, actualización y oportunidad de la información disponible
- Porcentaje de usuarios del servicio, según categoría ocupacional
- Evaluaciones del CACSE

ESTÁNDAR 22 DOCENCIA E INVESTIGACIONES

Se corresponde con las actividades que se realizan en la formación y superación del personal, así como también con las relacionadas con la investigación.

NIVEL 1.

Existe un responsable en el centro que coordina, organiza, dirige y controla todo lo relacionado con la superación del personal técnico y profesional y las investigaciones. Cuenta con el control de créditos de los profesionales y dispone de un plan para alcanzarlos. Existe un Programa de Educación Permanente que responde a las necesidades de superación identificadas en todos los trabajadores de la institución. Realizan mensualmente actividades clínico radiológicas, patológicas y epidemiológicas, así como pases de visitas, discusión diagnóstica, según se establece en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. Disponen de proyectos de investigación. Se analiza en el CACSE la calidad del proceso docente e investigativo según se establece en el Programa.

Verificar nombramiento del responsable. Comprobar control de los créditos y plan en correspondencia con los resultados de este control. Verificar Programa de Educación Permanente y correspondencia con requerimientos de superación de los trabajadores. Comprobar realización de reuniones científicas según Programa. Revisar Proyectos de Investigación y cumplimiento del cronograma. Verificar análisis en el CACSE de la calidad de los aspectos docentes e investigativos.

NIVEL 2.

Cuenta con profesionales con categorías docentes para la formación de alumnos de nivel medio, pregrado y postgrado, las que se pueden realizar en la unidad o estar vinculados a otros centros. Dispone de un banco de problemas que responde a las necesidades de la institución y su comunidad y proyectos de investigación en correspondencia. Se aplican los resultados de las investigaciones realizadas. Cumplen todas las indicaciones del CITMA y del Área de Docencia e Investigaciones en el proceso. Tienen publicaciones realizadas en revistas locales, nacionales o internacionales.

Verificar a través de documentos acreditativos la categoría docente de los profesionales y su vinculación al proceso docente. Comprobar existencia y actualización del banco de problemas y correspondencia con las investigaciones y la aplicación en la práctica de sus resultados. Constatar cumplimiento de las indicaciones del CITMA y del Área de Docencia e Investigaciones. Verificar existencia de publicaciones realizadas.

NIVEL 3.

Cuenta con un Vicedirector para la docencia y la investigación responsabilizado con la actividad. Imparte docencia en los niveles superiores de la enseñanza, pregrado y/o postgrado, o ambas. Existe una Comisión Científica, como parte del CACSE, que asesora y evalúa todas las investigaciones realizadas. Dispone de locales y medios adecuados

para la ejecución del proceso docente. Se ofertan cursos de carácter municipal, provincial y nacional.

Verificar nombramiento del Vicedirector. Comprobar la impartición de cursos en alguno de los niveles señalados o en todos. Verificar existencia y funcionamiento de la Comisión Científica. Comprobar existencia de locales y medios y sus condiciones. Verificar oferta y realización de cursos a profesionales y técnicos de otros centros, a través de los registros de asistencia y la documentación acreditativa.

DOCUMENTOS A REVISAR:

- ✓ Reglamento de la Institución
- ✓ Plan Director
- ✓ Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población.
- ✓ Actas del CACSE
- ✓ Nombramiento de la Comisión Científica
- ✓ Nombramiento y título de responsable y Vicedirector
- ✓ Certificados acreditativos de la superación.
- ✓ Registro de necesidades de aprendizaje y capacitación de la institución.
- ✓ Programa de Educación Permanente.
- ✓ Registros de asistencia a cursos y documentación acreditativa de su realización
- ✓ Normas e indicaciones que regulan el proceso, emitidas por el CITMA y el Área de Docencia e Investigaciones.
- ✓ Banco de Problemas de la Unidad
- ✓ Plan de Investigaciones
- ✓ Proyectos de Investigaciones y sus resultados
- ✓ Carpeta Metodológica
- ✓ Manual de organización y procedimientos
- ✓ Resultados de las visitas, inspecciones y supervisiones realizadas a la unidad

INDICADORES A EVALUAR:

- % de profesionales y técnicos con proyectos de investigación.
- Porcentaje de investigaciones aplicadas del total de realizadas
- Cursos impartidos según temática
- Porcentaje de asistencia a las actividades clínico radiológicas, patológicas y epidemiológicas, según se establece en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población.
- Evaluaciones del CACSE

INDICACIONES GENERALES PARA LA ELABORACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN LAS INSTITUCIONES ESTOMATOLÓGICAS.

- La Estructura por la cual se elaborará el Manual es la que enunciamos a continuación:
 - ⇒ Puesto de trabajo: es el espacio físico en el cual uno o varios trabajadores realizan su función. Ej: Consulta con un Conjunto Dental, en la que trabaja un Estomatólogo y una TAE.
 - ⇒ Departamento: es el conjunto de puestos de trabajo que realizan similar función. Ej: Atención Primaria, Consejería de Salud, Prótesis, Laboratorio de Prótesis, Salón de Cirugía, Esterilización, Contabilidad, entre otros.
 - ⇒ Servicio: es el conjunto de Departamentos que realizan funciones directas o de apoyo en la atención del paciente. Ej: Servicio de Atención Estomatológica, integrado por todos los departamentos de atención directa al paciente, como son: Atención Primaria, Periodoncia, Cirugía, Medios Diagnósticos, Admisión); Servicio de Apoyo, integrado por Esterilización, Laboratorios, entre otros; Servicios Auxiliares, integrado por Contabilidad, Estadística, Recursos Humanos.
 - ⇒ Unidad: es el conjunto de Servicios que conforman la institución.
- Se describirán:
 - ★ las acciones que realiza cada trabajador en su puesto de trabajo.
 - ★ las relaciones que se establecen en el puesto de trabajo.
 - ★ las relaciones que se establecen entre los puestos de trabajo.
 - ★ las relaciones que se establecen entre los departamentos.
 - ★ las relaciones que se establecen entre los servicios.
 - ★ el flujo que sigue el paciente desde que es recibido en admisión hasta que culmina su atención, reflejando en todo momento la participación de cada elemento de la estructura y las relaciones que se debe establecer entre ellas para garantizar la continuidad de la atención, así como las funciones de cada uno de los trabajadores de la unidad para lograr esto.
- Este flujo se describirá de manera general y particular para cada elemento de la estructura.
- Cada uno de los elementos de la estructura deberá poseer su manual de procedimientos, y ello estará en concordancia con el nivel de Acreditación que se solicite.
- Todos los trabajadores de la Institución deberán participar en la confección del Manual de Procedimientos, desde su mismo puesto de trabajo.
- Se describirán las relaciones que se establecen con otras unidades del sistema y de otros organismos para lograr la atención de los pacientes y la población.
- El Manual no sólo se limitará a las acciones realizadas en el ámbito de la institución si no que recogerá todas aquellas que se realizan fuera de la misma y que están orientadas a la atención de la población asignada, tales como visitas en el Hogar, y otros Centros.
- Se reflejarán igualmente las acciones que imbrican los procesos gerenciales, docentes e investigativos en los que participan los trabajadores de la Institución.