

**DOCUMENTO MARCO DE LA  
HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN DE  
BUENAS PRÁCTICAS PARA LA MEJORA DE  
LA CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EN EL  
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN  
ANEXO I**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD EN SERVICIOS  
DE SALUD Y REGULACIÓN SANITARIA.**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA Y  
SALUD COMUNITARIA.**



**Ministerio de Salud  
Argentina**

# ÍNDICE

ANTECEDENTES .....4

JUSTIFICACIÓN

.....4

OBJETIVOS GENERAL .....6

OBJETIVOS ESPECIFICOS .....6

ESTRUCTURA Y METODOLOGÍA DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN .....7

DIMENSIONES .....9

GLOSARIO .....42

ABREVIATURAS

.....46

La presente herramienta fue diseñada desde el equipo y coordinación de Atención Primaria de la Salud dependiente de la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria, junto con la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, las Direcciones jurisdiccionales de APS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quien facilitó la realización de una prueba piloto de la misma en la provincia de Jujuy a fin del año 2021.

## Antecedentes

La Resolución 1744/2021 del Ministerio de Salud de la Nación aprueba tanto el documento marco como el instrumento de “Herramienta para la autoevaluación de buenas prácticas para la mejora de la calidad en los servicios de salud”, teniendo en cuenta el llamado de la normativa regional para generar instancias de evaluación de la calidad de los servicios de salud, para orientar las prácticas de éstos servicios hacia la mejora de calidad de vida de la comunidad.

La generación de esta herramienta por parte de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, es el insumo principal para trabajar desde la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria en la adaptación de esta herramienta para los efectores del Primer Nivel de Atención de todo el país.

## Justificación

La Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria, a través de sus Programas, tiene la responsabilidad de reformular la Atención Primaria y reconstruir la Gobernanza priorizando líneas de acción estratégicas flexibles y adaptables a distintos entornos sociosanitarios, ambientales y económicos con garantía de sostenibilidad de las políticas y recursos.

Un sistema de salud basado en la “primarización” de la atención con equidad y solidaridad como pilares esenciales con un enfoque de derechos, género, diversidad e interculturalidad que garantice el cuidado integral de la población a lo largo de todo su curso de vida, en todo el territorio argentino.

Es dable considerar que la Salud esté situada en el centro de la escena para la población argentina, por cuanto contar con un conocimiento del territorio permite mirar con detenimiento aquellas provincias que requieren prioridad en la búsqueda de una estrategia sanitaria que favorezca la cercanía con la comunidad en tiempos pandémicos y pos pandémicos.

En este sentido consideramos que el abordaje en el Primer Nivel de Atención resulta imprescindible para vincular el sistema de salud y las distintas organizaciones con la comunidad, y que el concepto de “cuidado” trascienda lo sanitario y comprometa a las

personas y a los sub sectores en la co-responsabilidad con una participación social real e inclusiva en todo el proceso de Salud - Enfermedad - Atención y Cuidado.

Este reconocimiento permite implementar estrategias que contemplen los determinantes sociales que visibilizan las inequidades con un abordaje integral, integrado e intersectorial.

En función de ello, el Primer Nivel de Atención (PNA) debe ampliar su capacidad resolutive mejorando el acceso, el cuidado integral de la población a cargo facilitando la coordinación entre los distintos niveles de atención.

De esta manera, se plantea la importancia de repensar las prácticas cotidianas en la prestación de los servicios de salud desde cada efector.

En el ámbito de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria se ha aprobado el Plan Nacional de Calidad 2021-2024, mediante Resolución MS N° 2546/2021 y la Herramienta para la autoevaluación de buenas prácticas para la mejora de la calidad en los servicios de salud (Resolución MS N° 1744/2021).

Esta adaptación de la herramienta ayudará a poder iniciar un proceso de autoevaluación de estas prácticas, llevando a pensar nuevas estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud desde efectores del PNA.

## Objetivo General

Desarrollar una herramienta de autoevaluación de calidad para efectores del Primer Nivel de Atención (PNA).

## Objetivos específicos

- Implementación de la herramienta de autoevaluación de calidad en las 24 jurisdicciones del país.
- Fomentar la utilización de la herramienta de manera sistemática y periódica en los efectores del PNA.
- Elaborar planes de mejora de calidad a través de los resultados de la autoevaluación medibles.
- Acompañar y asistir técnicamente el proceso de autoevaluación, con capacitaciones y acompañamiento en territorio.
- Consolidar un proceso de evaluación sistemática de los establecimientos de salud con enfoque de calidad
- Transformar esta herramienta de autoevaluación en una actividad sistematizada que permita la revisión periódica del cumplimiento de las de buenas prácticas, incorporando una distinción especial en el REFES para aquellos establecimientos considerados “Comprometidos con la calidad”

# Estructura y metodología del instrumento de evaluación

La herramienta para la autoevaluación de buenas prácticas se acompaña de un instrumento de evaluación, que se organiza en cuatro (4) dimensiones:

1. Organización del Establecimiento.
2. Gestión de Recursos Humanos
3. Gestión de Calidad
4. Seguridad de los Pacientes

Cada una de las dimensiones contiene criterios definidos para responder, que son las acciones y/o aspectos a evaluar. El responsable de la autoevaluación deberá responder seleccionando una de las cuatro opciones consignadas en las columnas de la derecha.

Dichos criterios son los siguientes:

**SI:** existen acciones verificables y ejecutadas que demuestran el cumplimiento del criterioevaluado.

**NO:** no existe desarrollo del criterio a evaluar.

**Necesita Mejora (NM):** existen acciones verificables y ejecutadas que necesitan una actualizaciónal momento de la evaluación o bien se cumplen parcialmente.

**No Aplica (NA):** Para aquellos casos en los que el elemento evaluado exceda los términos de la estructura u organización de la institución de salud. (A modo de ejemplo: la pregunta “Se implementa el listado de verificación para la cirugía segura” no aplica en un centro de Salud.)

Asimismo, cada uno de los criterios evaluados estará clasificado de la siguiente manera:

**(I) imprescindibles:** no se puede dejar de tener o hacer.

**(N) necesarios:** debe ocurrir, hacerse, o existir para el buen funcionamiento.

**(R) recomendables:** deseable para las buenas prácticas.

**ACLARACION:** En el caso que las diferentes dimensiones tengan resultados disímiles, la categorización del establecimiento será realizada con la calificación de la dimensión de menor categoría.

Aquellos establecimientos que realicen e informen la autoevaluación a través de los medios correspondientes, recibirán una distinción como establecimiento Comprometido con la Calidad (con su categoría) y tendrán un reconocimiento especial en REFES.

Se promoverá el desarrollo de un plan de mejora y planificación de una nueva evaluación, en función de los diferentes aspectos identificados con necesidad de mejora, o cumplimiento parcial, con la asistencia técnica de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, la Dirección de Atención Primaria y Salud Comunitaria y las áreas competentes jurisdiccionales.

# Dimensiones:

## 1. ORGANIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

### *Premisas de las buenas prácticas en servicios de salud*

El establecimiento de salud debe ser capaz de ofrecer prestaciones dentro de los estándares de calidad requeridos, cumpliendo con los requisitos de la normativa vigente.

Para ello requiere en primer lugar la decisión de ordenar, sistematizar y medir procesos y resultados. Y posteriormente valorar una amplia gama de recursos humanos, tecnológicos, materiales, y económicos. Estos elementos se encuentran integrados, por lo que la estructura sostiene los procesos, a su vez los procesos se ajustan a la estructura, objetivos, metas y necesidades para lograr los resultados. En este conjunto todo está ligado y lo que afecte a un elemento tiene repercusión en el conjunto y en el producto final.

Este ítem evalúa el nivel de organización general del establecimiento, la implementación de planes, la disponibilidad de recursos, el grado de preparación del equipo de salud y la seguridad de los servicios prioritarios para su funcionamiento.

#### 1.1. **Cuenta con documentación que acredite la tenencia del inmueble y habilitación respectiva.**

El responsable administrativo o técnico o la institución de la que depende el efector de salud del Primer Nivel de Atención (PNA) posee título de propiedad, boleto de compraventa o certificado de cesión a su nombre.

Se entiende por habilitación el permiso imprescindible para funcionar que debe gestionarse ante las autoridades de fiscalización de cada jurisdicción. La misma deberá estar disponible como documentación respaldatoria. En caso de tratarse de efectores públicos, si la jurisdicción no cuenta con organismo o autoridad competente que expida habilitación, se solicitará el cumplimiento de requisitos básicos correspondientes a la misma, a saber:

- Identificación, tipología y categoría según normativa vigente (REFES). Descripción de datos referentes a la estructura, servicios y recursos del establecimiento.
- Plano del establecimiento o croquis con destinos y medidas, incluyendo instalaciones de agua y desagüe, instalaciones de electricidad (y sistemas de suministro de energía eléctrica de emergencia) e instalaciones de gas cumplimentando los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las mismas.
- Plan de emergencia y evacuación para eventos de naturaleza potencialmente peligrosa.
- Si poseen servicios de radiología, tomografía computada, diagnóstico por imágenes, equipamiento de kinesiología, y/o láser, deberán presentar su habilitación.
- Identificación de Director o autoridad máxima responsable.
- Nómina de profesionales registrados en REFEPS.

Si= Cuenta con habilitación o certificación emitida por la autoridad sanitaria competente y documentación que acredite tenencia del inmueble.

NM= Si la jurisdicción no cuenta con organismo o autoridad competente que expida habilitación, se solicitará el cumplimiento de requisitos básicos correspondientes a la misma detallados anteriormente y Sabe que existe la documentación pero no puede corroborarlo.

N= No cuenta con habilitación o certificación emitida por la autoridad sanitaria competente ni con documentación que acredite tenencia el inmueble.

### **1.2. Cuenta con un director o responsable técnico y un reemplazante.**

Se deberá tener disponible el nombramiento del director o responsable del establecimiento. Es imprescindible y de buena práctica que este proceso administrativo esté formalizado.

Si= Cuenta con un director o responsable técnico y un reemplazante.

NM= Cuenta con un director o responsable técnico y un reemplazante pero sin nombramiento administrativo formalizado.

NO=No cuenta con un director o responsable técnico y un reemplazante

### **1.3. Cuenta con rampas de acceso y sanitarios con condiciones de accesibilidad.**

Hace referencia a que el efector tiene un acceso que cuenta con rampa reglamentaria, que esté señalizada, con antideslizantes y la puerta de 1.8 metros o más. Que al menos un consultorio del efector tenga puerta de 1.8 o más; que permita el acceso a silla de ruedas y camilla adaptada para el examen físico.

Si= Cuenta con rampas de acceso y sanitarios con condiciones de accesibilidad.

NM= Solo cuenta con rampas de acceso o solo con sanitarios con condiciones de accesibilidad.

N= No cuenta con rampas de acceso y sanitarios con condiciones de accesibilidad.

### **1.4. La zona geográfica donde se ubica el efector cuenta con conectividad.**

Se refiere a que en la ubicación del efector (área urbana, suburbana o rural) existe la posibilidad de conectividad a internet por red pública, privada, antena satelital u otra, independientemente que se encuentre conectado.

Si= La zona geográfica donde se ubica el efector cuenta con conectividad.

NM= La zona geográfica donde se ubica el efector cuenta con conectividad inestable.

N= La zona geográfica donde se ubica el efector no cuenta con conectividad.

### **1.5 El efector cuenta con internet.**

Refiere a que el efector tiene efectivamente conectividad a internet al menos durante el horario de atención, independientemente de quién es el responsable del pago del servicio.

Si= El efector cuenta con internet.

NM= El efector actualmente está gestionando poder contar con internet.

N= El efector no cuenta con internet.

### **1.6 Cuenta con agua corriente de red, instalaciones acordes a normativas vigentes de la jurisdicción.**

Refiere a que el establecimiento cuenta con provisión de agua potable de red u otra modalidad (apta para consumo humano) acorde a la normativa vigente de la jurisdicción.

Si= Cuenta con agua corriente de red, instalaciones acordes a normativas vigentes de la jurisdicción.

NM= Se encuentran tramitando el poder contar con agua corriente de red.

N= No cuenta con agua corriente de red, instalaciones acordes a normativas vigentes de la jurisdicción.

### **1.7 La limpieza de los tanques de agua se realiza de manera periódica y conforme a las normativas vigentes, según jurisdicción.**

Si= contrato vigente, (si el servicio está tercerizado) y certificado de la última limpieza con la periodicidad adecuada.

NM= cuenta con servicio, pero no certifica cuándo fue la última limpieza.

NO= no cuenta con servicio o no se realiza la limpieza periódica.

**1.8 Las instalaciones de electricidad cumplen con los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las instalaciones.**

Presentar documentación de respaldo (planos de instalación aprobados).

Si= Las instalaciones de electricidad cumplen con los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las instalaciones.

NM= Las instalaciones de electricidad cumplen con los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las instalaciones, pero no poseen en el efector los planos de instalación aprobados.

N= Las instalaciones de electricidad no cumplen con los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las instalaciones.

**1.9 Dispone de grupo electrógeno de emergencia para los servicios críticos como vacunatorio y heladeras con medicamentos.**

Definida como poseer en el efector un equipo generador de electricidad con capacidad autónoma ante situación de cortes de energía.

Si= Dispone de grupo electrógeno de emergencia para los servicios críticos como vacunatorio y heladeras con medicamentos.

NM= Actualmente se encuentran tramitando la compra de grupo electrógeno de emergencia para los servicios críticos como vacunatorio y heladeras con medicamentos.

N= No dispone de grupo electrógeno de emergencia para los servicios críticos como vacunatorio y heladeras con medicamentos.

**1.10 Cuenta con plan de contingencia ante cortes de energía eléctrica, expuesto, visible y socializado con todo el personal.**

Significa si tiene el efector un protocolo con roles de actuación ante eventual corte de provisión de red eléctrica escrito, conocido y practicado por todos los integrantes del equipo. De no contar con equipo autónomo, que incluya plan de preservación, resguardo y/o evacuación de vacunas y medicamentos que requieran cadena de frío.

Si= Cuenta con plan de contingencia ante cortes de energía eléctrica, expuesto, visible y socializado con todo el personal.

NM= Cuenta con plan de contingencia ante cortes de energía eléctrica, pero no se encuentra expuesto, visible y socializado con todo el personal.

N= No cuenta con plan de contingencia ante cortes de energía eléctrica, expuesto, visible y socializado con todo el personal.

**1.11 La conexión a red de desagüe cloacal cumple con los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las instalaciones.**

Presentación de planos y documentación que certifique el cumplimiento de ello.

Si=La conexión a red de desagüe cloacal cumple con los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las instalaciones.

NM=La conexión a red de desagüe cloacal cumple con todos los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las instalaciones, pero la documentación se encuentra en trámite.

NO=La conexión a red de desagüe cloacal no cumple con los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las instalaciones.

### **1.12 Las instalaciones de gas cumplen con los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las instalaciones.**

Presentar documentación de respaldo (planos de instalación aprobados).

Si= Las instalaciones de gas cumplen con los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las instalaciones

NM= Las instalaciones de gas cumplen con los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las instalaciones pero no pueden acreditar documentación respaldatoria.

N= Las instalaciones de gas no cumplen con los requisitos de los códigos de construcción y reglamentos técnicos aplicables a cada una de las instalaciones

### **1.13 Cuenta con un plan de emergencia y evacuación para eventos de naturaleza potencialmente peligrosa.**

Plan de Emergencias: establece las secuencias de acciones a seguir para el control inicial de la emergencia y las conductas de los que deben intervenir. Un grupo de emergencia integrado por personal interno y terceros afectados a tareas dentro de la institución, bien individualizados e intercomunicados, para cada uno de los eventos que se produzcan. Ej: incendios, explosiones, inundaciones etc.

El Plan de emergencia y evacuación debe ser dado a conocer a todo el personal y realizar los simulacros en forma periódica.

Si= tiene el plan de emergencias completo, se consigue fácilmente, se revisa o actualiza al menos una vez al año y hay recursos para ejecutarlo.

NM= el plan ha sido documentado y está completo; sin embargo, no se consigue fácilmente ni está actualizado (han transcurrido más de 12 meses desde la última actualización).

NO= el plan de emergencia no está documentado.

### **1.14 El centro de Salud funciona en red con el Hospital de referencia y coordina el traslado al centro de mayor complejidad a través de los móviles de la red.**

El PNA coordina con el hospital de Referencia. La derivación del paciente con móvil de traslado del servicio de emergencia, móvil de la Red de servicio o móvil provisto por la comuna o municipio.

Si= El centro de Salud funciona en red con el Hospital de referencia y coordina el traslado al centro de mayor complejidad a través de los móviles de la red.

NM= El centro de Salud funciona en red con el Hospital de referencia y coordina turnos programados y protegidos, pero no cuentan con red de móviles para el traslado al centro de mayor complejidad.

NO= El centro de Salud no funciona en red con el Hospital de referencia o no coordina el traslado al centro de mayor complejidad a través de los móviles de la red.

**1.15 Existe un sistema organizado de turnos programados y protegidos a través de gestión paciente con el hospital de Referencia y recibe la contra referencia en papel, por mail o queda registrado en la HC electrónica.** Como también turnos para el Hospital en el establecimiento de PNA. Como por ejemplo hay agendas de atención habilitadas de los hospitales de referencia para el PNA. La cartilla prestacional está en el PNA y la coordinación de turnos es a través de mail. Por fax, por grupos Whatsapp Modalidad de programación de turnos presencial o telefónica. El paciente recibe el turno por mensaje telefónico, por visita domiciliaria del ASS, o es informado en el efector.

SI= existe un sistema organizado de turnos programados protegidos con y para el hospital de referencia y recibe contra referencia en HC

NM= existe un sistema organizado de turnos programados con y para el hospital, pero no protegidos o no recibe contra referencia en HC

N= No existe sistema organizado de turnos

#### **1. 16 Cuenta con señalética adecuada para población del área de influencia.**

El PNA cuenta con señalética que es un código propio, de rápida visualización, con un mensaje o lectura de código clara donde se especifica la población del área de influencia que asiste al servicio y que no es población a cargo o de responsabilidad del efector. Se tiene en cuenta si el establecimiento cuenta con señalización general y/o sectorizada.

SI= El centro cuenta con señalética adecuada para población del área de influencia,

NM= El centro cuenta con señalética adecuada para población del área de influencia, pero no cuenta con señalización sectorizada.

NO= El centro no cuenta con señalética adecuada para población del área de influencia.

#### **1.17 Cuenta con señalética adecuada gráfica e intercultural para población del área de influencia, y sea en idioma o con gráficos adecuados.**

Se entiende por señalética en lenguas Indígenas y con gráficos adecuados aquellos carteles que permitan facilitar la interpretación y la posibilidad de ubicarse dentro del centro de salud, para personas que no leen, no interpretan la lengua o tienen disminución visual, por lo cual los gráficos permitirán un ambiente amable y acceso a los servicios que brinda el centro sin necesidad de preguntar. Ejemplos: sala de espera, consultorio, consultorio odontológico, entre otros.

SI= Cuenta con señalética adecuada para la población del área de influencia, ya sea en idioma o con gráficos adecuados.

NM= Cuenta con señalética adecuada para población del área de influencia, ya sea en idioma o con gráficos adecuados, pero no están colocados en lugares visibles para la comunidad,

N= No cuenta con señalética adecuada para población del área de influencia, ya sea en idioma o

con gráficos adecuados.

### ***Historia Clínica del paciente.***

La historia clínica es un documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

Es un documento de propiedad del/a paciente y esencial para el equipo de salud para la continuidad de la atención. Cumpliendo con los requisitos legales de confidencialidad, además colabora en otras funciones: docencia, investigación (principal fuente de información de estudios retrospectivos), evaluación de la calidad y gestión de recursos. Constituye además un elemento de prueba en los casos de responsabilidad profesional.

#### **1.18 El establecimiento asegura una historia clínica única por persona a la que todo el equipo de salud tiene acceso (puede estar incluida en la HC familiar).**

Se dispone de una historia clínica única por cada persona, para todo el establecimiento con identificación unívoca, a la que puede acceder todo el equipo de profesionales de la institución. Se priorizará en efectores con internación de día o transitoria poseer, como mínimo, historia clínica única y accesible en servicios de internación.

Si= El establecimiento asegura una historia clínica única por persona a la que todo el equipo de salud tiene acceso.

NM= El establecimiento cuenta parcialmente con historia clínica única por persona a la que todo el equipo de salud tiene acceso.

N= No El establecimiento no asegura una historia clínica única por persona a la que todo el equipo de salud tiene acceso.

#### **1.19 Se garantiza la custodia de la historia clínica en todos sus aspectos, fundamentalmente respecto a la confidencialidad e integridad de la misma.**

La institución deberá describir la modalidad de custodia, resguardo e identificación de las historias clínicas.

Si= Se garantiza la custodia de la historia clínica en todos sus aspectos, fundamentalmente respecto a la confidencialidad e integridad de la misma.

NM= Está en construcción la modalidad de custodia de la historia clínica en todos sus aspectos, fundamentalmente respecto a la confidencialidad e integridad de la misma.

N= No se garantiza la custodia de la historia clínica en todos sus aspectos, fundamentalmente respecto a la confidencialidad e integridad de la misma.

### **1.20 El registro e información recolectada en la visita domiciliaria queda registrada en la historia clínica.**

Es el registro en la Historia clínica Electrónica o en Papel de la visita domiciliaria del agente sociosanitario o del equipo de salud. Se entiende por visita domiciliaria al momento donde el agente sociosanitario realiza una entrevista en profundidad con las familias visitadas. En esta entrevista se utilizan varios métodos de recolección de datos, el principal es la ficha familiar que está compuesta por diferentes variables sociosanitarias la cual puede ser completada en una o más visitas. Otro método es el cuaderno de campo donde se registra aspectos relevantes por ejemplo la entrega de un medicamento o la cita a un control, y se hace firmar como un documento de prueba en ese cuaderno. Esa información es registrada en la historia clínica electrónica cargando la ficha familiar en el sistema informático del efector, como así también el registro en la historia clínica en papel donde también se registra las acciones realizadas en casos especiales (por ejemplo seguimientos, búsqueda a control de personas de riesgo, embarazadas)

SI=El registro e información recolectada en la visita domiciliaria queda registrada en la historia clínica.

NM=El registro e información recolectada en la visita domiciliaria queda registrada en la historia clínica no de manera completa, sino parcialmente.

NO=El registro e información recolectada en la visita domiciliaria no queda registrada en la historia clínica.

### **1.21 La historia clínica cuenta con registro de la variable étnica.**

Es importante para conocer las enfermedades prevalentes que aquejan a las comunidades indígenas incorporar en la historia clínica la variable étnico-racial, ya que esto permitirá tener un registro sobre los perfiles epidemiológicos de las distintas comunidades lo cual será de suma importancia para mejorar la toma de decisiones que aborden las problemáticas específicas de la población indígena.

SI= La historia clínica cuenta con registro de la variable étnica.

NM=En la historia clínica no se encuentra clara la variable étnica.

NO=La historia clínica no cuenta con registro de la variable étnica.

### **1.22 Brinda y registra el consentimiento informado para los procedimientos que lo requiere.**

El consentimiento informado es un proceso de información suficiente brindado por el equipo de salud a las personas atendidas, por el cual los y las pacientes expresan su voluntad para realizarse o no una práctica. Se refiere a la privacidad de los procedimientos realizados en los establecimientos.

SI= Brinda y registra el consentimiento informado para los procedimientos que lo requiere

NM= Obtiene pero no registra el consentimiento informado para los procedimientos que lo requiere.

N= No brinda y ni registra el consentimiento informado para los procedimientos que lo requiere.

### **1.23 Todo paciente a ser trasladado se acompaña de un resumen completo de su historia clínica, legible, con identificación y firma del profesional asistente.**

Refiere a que cada proceso de transferencia de pacientes, entre diferentes servicios del establecimiento y/o en caso de derivaciones desde o hacia otras instituciones, debe ser acompañado de Historia Clínica o resumen completo de la misma.

Si= Todo paciente a ser trasladado se acompaña de un resumen completo de su historia clínica, legible, con identificación y firma del profesional asistente.

NM= Todo paciente a ser trasladado se acompaña de un resumen de su historia clínica de manera informal sin identificación ni firma del profesional.

N= Todo paciente a ser trasladado no se acompaña de un resumen completo de su historia clínica, legible, con identificación y firma del profesional asistente.

#### **1.24 La historia clínica está disponible ante el requerimiento del paciente o sus representantes legales y para la autoridad competente.**

El servicio de salud debe mantener la historia clínica en un ámbito seguro, en buenas condiciones de conservación y organización, que permita el acceso cuando sea necesario. Se trata de un documento médico legal y su titular es el paciente, (los familiares o terceros requieren autorización expresa para brindársela) a quien debe suministrarse ante su requerimiento dentro de las 48 hs.

Si= La historia clínica está disponible ante el requerimiento del paciente o sus representantes legales y para la autoridad competente.

NM= La historia clínica está disponible, de manera incompleta o tardía ante el requerimiento del paciente o sus representantes legales y para la autoridad competente.

N= La historia clínica no está disponible ante el requerimiento del paciente o sus representantes legales y para la autoridad competente.

#### **1.25 Dispone de Historia Clínica Electrónica.**

La historia clínica puede ser, y es recomendable, informatizada/digitalizada. Se trata de un proceso de cambio gradual, por lo que aun parcialmente implementada en algunos servicios al momento de la autoevaluación, se considera en proceso de mejora (NM). En estos casos deben asegurarse su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad. No se considera HC electrónica a los meros registros informáticos que no son parte de un sistema integrador de historia clínica electrónica.

Si= Dispone de Historia Clínica (HC) electrónica.

NM= Historia Clínica (HC) electrónica está en etapa de construcción.

N= No dispone de Historia Clínica (HC) electrónica.

#### **1.26 Dispone de algún mecanismo de evaluación de la calidad de la historia clínica.**

Se hace referencia a la calidad de la HC y no a la calidad asistencial. Considerando los atributos de calidad: Completas, legibles, que mantengan el orden cronológico, con identificación del paciente y del Profesional/técnico interviniente.

Si posee Comité o grupo de trabajo para evaluación de historias clínicas u otro mecanismo que se utilice: Retrospectivo, concurrente, por muestreo.

Si= Dispone de proceso documentado que describa el mecanismo de evaluación (incluyendo atributos de calidad que debe contener la HC).

NM= Dispone de proceso pero falta documentar el mecanismo de evaluación.

N= No dispone de proceso documentado que describa el mecanismo de evaluación.

### ***Documentación y Registro de servicios.***

Los diferentes servicios y actividades complementarias de los establecimientos de salud deben contar con la respectiva documentación y registros. Si se encuentran tercerizados, deben tener contratos de prestación de servicios actualizados y corresponde al establecimiento observar el cumplimiento de las buenas prácticas en calidad del servicio contratado.

#### **1.27 Cuenta con servicios para el manejo de residuos patogénicos.**

El PNA cuenta con una correcta gestión de residuos patogénicos (son aquellos desechos o elementos materiales en estado sólido, semisólido, líquido, o gaseoso que presumiblemente presenten o puedan presentar características de infecciosidad, toxicidad o actividad biológica que puedan afectar directa o indirectamente a los seres vivos, o causar contaminación del suelo, del agua o de la atmósfera que sean generados en la atención de la salud del PNA).

Si= Cumple con procesos reglados y documentados para el manejo de residuos patogénicos.

NM= Cumple parcialmente con procesos reglados y documentados para el manejo de residuos patogénicos de manera incorrecta.

N= No cumple con procesos reglados y documentados para el manejo de residuos patogénicos.

#### **1.28 Cuenta con servicios para esterilización.**

Se refiere a si los centros de salud cumple con los procedimientos, los recursos y los registros para cumplir con los servicios adecuados para la esterilización.

Si= Cumple con los procesos para esterilización.

NM= Cumple parcialmente con los procesos para esterilización pero no están explicitados claramente los procedimientos y registros para cumplir con servicios adecuados para la esterilización.

N= No cuenta con procesos para esterilización.

#### **1.29 Cuenta con procesos y servicio de mantenimiento preventivo y correctivo del edificio e instalaciones.**

- Si la actividad está a cargo de la institución:

El establecimiento cuenta con personal capacitado y un programa de mantenimiento preventivo y correctivo del edificio, de las instalaciones y del equipamiento médico, un manual de procedimientos que incluye actividades y periodicidad de las mismas identificando responsables para su ejecución y seguimiento.

- Si la actividad está tercerizada: Contrato vigente.

SI= Cumple los procesos y servicio de mantenimiento preventivo y correctivo del edificio e instalaciones.

NM= Poseen un servicio de mantenimiento preventivo y correctivo del edificio e instalaciones pero no cuentan con un programa explícito con un manual de procedimiento que incluye actividades y periodicidad.

N= No cuenta con servicio de mantenimiento preventivo y correctivo del edificio e instalaciones.

### **1.30 Realiza periódico control de la calidad del agua.**

Informes de control de calidad del agua.

SI= Realiza control de la calidad del agua.

NM= Realiza control de la calidad del agua pero no existe registro alguno de los mismos.

N= No realiza control de la calidad del agua.

### **1.31 Dispone de revisiones técnicas, mantenimiento preventivo y correctivo de equipamiento e instrumentos generadores de rayos.**

Documentación que respalda las revisiones técnicas periódicas del equipamiento emisor de rayos, si el establecimiento dispone de los mismos.

SI= Dispone de revisiones técnicas, mantenimiento preventivo y correctivo de equipamiento e instrumentos generadores de rayos.

NM= Dispone de revisiones técnicas, mantenimiento preventivo y correctivo de equipamiento e instrumentos generadores de rayos, pero no dispone de los registros de las revisiones periódicas.

N= No dispone de revisiones técnicas, mantenimiento preventivo y correctivo de equipamiento e instrumentos generadores de rayos.

### **1.32 Realiza control de vectores y plagas urbanas.**

Certificado del último control realizado por empresa habilitada.

SI= Realiza control de vectores y plagas urbanas.

NM= Realiza control de vectores y plagas urbanas, no posee certificación por la empresa habilitada.

NO= No realiza control de vectores y plagas urbanas.

### **1.33 Realiza la notificación oportuna de Eventos de Notificación Obligatoria.**

El Ministerio de Salud de la Nación ha impulsado el fortalecimiento de la vigilancia de la salud a través de la implementación a partir del año 2002, del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Se considera oportuna la notificación cuando se realiza dentro del plazo al efecto.

SI= Realiza la notificación oportuna de Eventos de Notificación Obligatoria

NM= Realiza la notificación oportuna de Eventos de Notificación Obligatoria de manera incompleta.

N= No realiza la notificación oportuna de Eventos de Notificación Obligatoria

### **1.34 Realiza notificación de incidentes o efectos adversos por vacunación (ESAVIS)**

Con la notificación obligatoria, tiene por objetivos: - Establecer redes de comunicación entre diferentes actores, de la vigilancia con distintos niveles de responsabilidad y participantes en diferentes estrategias de vigilancia, permitiendo así la generación de información integrada, completa y oportuna; esta red virtual se conforma a través de usuarios habilitados en todo el país. Permite tanto la notificación de los distintos eventos, como el análisis sistemático y rápido de la información disponible.

SI=Se considera cumplidos si tiene usuario habilitado y se encuentra completa la carga semanal con una demora aceptable de hasta 15 días.

NM=realizan carga de las notificaciones con mayor demora a 15 días.

NO= no tienen usuario habilitado. No realizan notificación.

## 2. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

### 2.1 Tiene mecanismos para garantizar la identificación de los trabajadores.

Es recomendable que el establecimiento posea mecanismos de identificación del personal, visibles o a disposición de quien lo requiera. En particular para el ingreso y egreso del mismo y el acceso a los sectores de circulación restringida.

Si= Tiene mecanismos para garantizar la identificación de los trabajadores.

NM= Tiene mecanismos para garantizar la identificación de los trabajadores pero no se encuentran visibles o a disposición de quien lo requiera.

N= No tiene mecanismos para garantizar la identificación de los trabajadores.

### 2.2 Los profesionales del establecimiento están matriculados para su ejercicio y registrados en REFEPS-Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud.

El personal del equipo de salud, sin importar la modalidad de contratación, debe contar con legajo individual correspondiente y actualizado. Los profesionales que requieren matrícula habilitante deben tenerla vigente y estar registrados en el REFEPS.

Si= Los profesionales del establecimiento están matriculados para su ejercicio y registrados en REFEPS-Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud.

NM= Los profesionales del establecimiento están matriculados para su ejercicio pero no registrados en REFEPS-Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud.

N= No Los profesionales del establecimiento no están matriculados para su ejercicio y registrados en REFEPS-Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud.

### 2.3 Cuenta con programa o seguimiento de capacitación técnico-profesional para los trabajadores.

Es buena práctica promover la educación continua de los trabajadores. Las capacitaciones pueden corresponder a actividades organizadas por la propia institución, u otorgar facilidades para la capacitación externa sobre habilidades y conocimientos del área correspondiente. Para ello se desarrolla un plan anual de capacitación, se registran las capacitaciones formalmente y se evalúa el cumplimiento del plan.

Si= Cuenta con programa o seguimiento de capacitación técnico-profesional para los trabajadores.

NM= Cuenta con programa o seguimiento de capacitación técnico-profesional para los trabajadores pero no llevan registro alguno.

N= No cuenta con programa o seguimiento de capacitación técnico-profesional para los trabajadores.

### 2.4 Cuenta con un programa o plan de salud ocupacional, prevención de riesgos y seguridad en el trabajo.

Es recomendable que el establecimiento tenga un programa de salud ocupacional y prevención



de riesgos, que incluya factores tales como la evaluación del estado de salud individual, actividades de promoción de la salud y capacitaciones en seguridad, control preventivo periódico, y aspectos organizacionales y estructurales del efector, así como del medio ambiente o entorno físico de trabajo.

Si= Cuenta con un programa o plan de salud ocupacional, prevención de riesgos y seguridad en el trabajo.

NM= Cuenta con un programa o plan de salud ocupacional, prevención de riesgos y seguridad en el trabajo pero solo contempla la evaluación del estado de salud individual.

N= No cuenta con un programa o plan de salud ocupacional, prevención de riesgos y seguridad en el trabajo.

## **2.5 El personal del establecimiento cuenta con la inmunización prevista por ley para evitar riesgos.**

Se deberá documentar en todos los trabajadores el cumplimiento del plan de inmunizaciones general y especial para el personal de salud y/o poblaciones de riesgo previstas según normativa.

Si= El personal del establecimiento cuenta con la inmunización prevista por ley para evitar riesgos.

NM= Solo parte del personal del establecimiento cuenta con la inmunización prevista por ley para evitar riesgos

N= No El personal del establecimiento no cuenta con la inmunización prevista por ley para evitar riesgos.

## **2.6 Se provee a los trabajadores, con exposición potencial a riesgos biológicos, físicos o químicos la indumentaria de trabajo, incluyendo calzado, que sean compatibles con el riesgo y en condiciones de confort.**

El establecimiento debe proveer los elementos de protección correspondientes según las tareas que realicen e idealmente se capacitará periódicamente al personal en el uso de los mismos.

Si= Se provee a los trabajadores, con exposición potencial a riesgos biológicos, físicos o químicos la indumentaria de trabajo, incluyendo calzado, que sean compatibles con el riesgo y en condiciones de confort.

NM= Se provee a los trabajadores, con exposición potencial a riesgos biológicos, físicos o químicos la indumentaria de trabajo, incluyendo calzado, que sean compatibles con el riesgo y en condiciones de confort, solo de manera parcial.

N= No se provee a los trabajadores, con exposición potencial a riesgos biológicos, físicos o químicos la indumentaria de trabajo, incluyendo calzado, que sean compatibles con el riesgo y en condiciones de confort.

## **2.7 El establecimiento de PNA cuenta con un sistema de requerimiento con respuesta formal**

**por inconvenientes en la entrega de insumos necesarios.**

SI= Cuenta con un sistema de requerimiento con respuesta formal.

NM= Cuenta con un sistema pero sin respuesta formal o un requerimiento informal.

N=No cuenta con un sistema formal preestablecido.

## **2.8 Cuenta con documentación y registro de accidentes de los trabajadores.**

Es buena práctica contar con registro completo de la documentación sobre cobertura de los trabajadores por ART, o cobertura individual por riesgo laboral, según corresponda por modalidad de contratación; así como realizar registros de todo incidente ocurrido en ocasión de actividad laboral.

Si= Cuenta con documentación y registro de accidentes de los trabajadores.

NM= Cuenta con documentación y registro de accidentes de los trabajadores de manera incompleta.

N= No cuenta con documentación y registro de accidentes de los trabajadores.

**2.9 El personal del centro de salud cuenta con capacitaciones en interculturalidad.** Contar con capacitaciones en abordaje intercultural de la salud permitirá sensibilizar al equipo de salud sobre las diferentes realidades y visiones del proceso salud-enfermedad que coexisten con la medicina formal, permitiendo una mejor atención a la comunidad. En este sentido el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios Provinciales cuentan con áreas específicas que podrán orientar al equipo a la hora de abordar esta temática.

Es importante enmarcar esto en la normativa nacional e internacional vigente:

- *Constitución de la Nación Argentina reformada en 1994:* Incorporó tratados de derechos humanos en su artículo 75, inciso 22, y en el inciso 17:
  - ✓ reconoció la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos;
  - ✓ garantiza el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural;
  - ✓ reconoce la personería jurídica de sus comunidades y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan, y regula la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; y
  - ✓ asegura su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afecten.
- *Ley 23302:* Creación del INAI con el propósito de asegurar el ejercicio de la plena ciudadanía a los integrantes de los pueblos indígenas, garantizando el cumplimiento de los derechos consagrados constitucionalmente. (Art.75, Inc.17).
- *Ley 24071:* Aprobó el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.

Si= El personal del centro de salud cuenta con capacitaciones en interculturalidad.

NM= No todo el personal del centro de salud cuenta con capacitaciones en interculturalidad.

N= No El personal del centro de salud no cuenta con capacitaciones en interculturalidad.

### **2.10 Cuenta con Agente Sanitarias/os Indígenas.**

El centro de salud puede contar con agente sanitarios/as Indígenas que serán facilitadores interculturales, representando un nexo entre el centro de salud y la comunidad.

SI= Cuenta con Agente Sanitarias/os Indígenas.

NM= Actualmente no cuenta con Agente Sanitarias/os Indígenas pero están realizando capacitaciones para contar con ellos.

N= No cuenta con Agente Sanitarias/os Indígenas.

### **2.11 Cuenta con Agentes Sanitarios interculturales o con formación intercultural.**

Estos son aquellos que están capacitados en con un enfoque de salud intercultural, permitiendo una atención de calidad a poblaciones migrantes, afrodescendientes, Romaníes y otras que requieran de su ayuda para la correcta interpretación del diagnóstico.

Si= Cuenta con Agentes Sanitarios interculturales o con formación intercultural.

NM= Cuenta con Agentes Sanitarios interculturales o con formación intercultural

N= No cuenta con Agentes Sanitarios interculturales o con formación intercultural.

### **2.12 El equipo de salud es interdisciplinario.**

El equipo de salud del PNA cuenta con equipos interdisciplinarios Médicos/as, enfermeros/as, trabajadores sociales, nutricionistas, psicólogas, etc.

Si= El equipo de salud es interdisciplinario.

NM= El equipo de salud es interdisciplinario, pero están incorporando nuevas disciplinas en este último tiempo.

N= No El equipo de salud no es interdisciplinario.

### 3. GESTIÓN DE CALIDAD

#### 3.1 Cuenta el centro con población a cargo.

El PNA cuenta con Población a cargo, se define como población del área de responsabilidad del servicio. Cantidad de habitantes, familias asignado por las autoridades del Ministerio según accesibilidad, necesidades de la población.

Si= Cuenta el centro con población a cargo.

NM= Cuenta el centro con población a cargo parcialmente.

N= No cuenta el centro con población a cargo.

#### 3.2 Cuenta el centro con georeferenciamiento de población vulnerable.

El PNA cuenta con georeferenciamiento (identificación del área geográfica a través de latitud, longitud, domicilio, barrio, localidad, departamento, área operativa, área programática) de Grupos vulnerables (a través de la ficha familiar del ASS se realiza una categorización de la familia, utilizando criterios económicos, sociales, culturales y de salud. También a través de la identificación de población vulnerable, de altos índices de pobreza, falta de infraestructura adecuada.

Si= Cuenta el centro con georeferenciamiento de grupos vulnerables.

NM= Cuenta el centro con georeferenciamiento de solo algunos grupos vulnerables.

N= No cuenta el centro con georeferenciamiento de grupos vulnerables.

#### 3.3 Tiene cartografía clara y visible.

El centro de salud cuenta con un mapa de relevamiento de su área de responsabilidad sanitaria, con delimitaciones por barrios y calles expuestas de manera visible a todo el equipo de salud y la población que asiste al establecimiento.

Si= Tiene cartografía clara y visible.

NM= Tiene cartografía pero no es clara y visible.

N= N= No tiene cartografía clara y visible.

#### 3.4 Tienen los horarios de atención y especialidades expuestas al público/Carta de servicio.

Es una cartelería expuesta en el centro de salud donde figuran los servicios que se brindan y las especialidades, con días, horarios de atención y profesionales. En caso de aquellos centros de salud que no cuentan con alguna especialidad podrán exponer la información del Hospital de referencia más cercano.

Si= Tienen los horarios de atención y especialidades expuestas al público/Carta de servicio.

NM= Tienen los horarios de atención y especialidades expuestas al público/Carta de servicio parcialmente.

N= No tienen los horarios de atención y especialidades expuestas al público/Carta de servicio.

### **3.5. Realizan talleres y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la comunidad.**

Los talleres y actividades son acciones grupales planificadas con el objetivo de favorecer la participación activa de la comunidad y las familias para promover el cuidado de la salud y prevenir enfermedades, centrándose en el desarrollo y adquisición de habilidades y herramientas de una manera motivadora y con la finalidad de alcanzar objetivos específicos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas.

Si= Realizan talleres y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la comunidad.

NM= Realizan talleres de prevención de la enfermedad en la comunidad pero no actividades de promoción de la salud.

N= No realizan talleres y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la comunidad.

### **3.6 Cuenta el centro con folletería y cartelería de información en promoción y prevención para la comunidad.**

El Centro de Salud cuenta con materiales gráficos sobre pautas de cuidados, promoción y prevención de la salud, expuestos en puntos de interés, a saber: sala de espera, consultorio, recepción, exterior u otro punto estratégico, que reflejen dichas temáticas, para todo el curso de vida de la persona. Pueden estar pegados en carteleras fijas o disponibles como folletos, láminas o afiches de diferentes tamaños que sirvan para el traslado a sus hogares. En los mismos se plasma con dibujos, palabras o frases claves, acciones, procedimientos e intervenciones integrales que tengan por objetivo la promoción de la salud y prevención de enfermedad de los individuos y familias para el disfrute de una vida saludable. También pueden ser digitales para ser exhibidos a través de pantallas.

Si= Cuenta el centro con folletería y cartelería de información en promoción y prevención para la comunidad.

NM= Cuenta el centro con folletería y cartelería de información en promoción y prevención para la comunidad, pero se encuentran ubicados solo en los consultorios.

N= No cuenta el centro con folletería y cartelería de información en promoción y prevención para la comunidad.

### **3.7 Cuenta el centro con folletería y cartelería de información en promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la comunidad que difundan por redes, en formato electrónico.**

El centro de salud debe contar con estrategia de difusión de materiales que reflejen temáticas de promoción de la salud y prevención de enfermedades para todo el curso de vida de la persona, como a través de redes sociales, website on información de salud o boletines, mensajes, avisos y alertas a través de correo electrónico.

Si= Cuenta el centro con folletería y cartelería de información en promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la comunidad que difundan por redes, en formato electrónico.

NM= La folletería y cartelería de información en promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la comunidad que difundan por redes en formato electrónico, se encuentra en diagramación.

N= No cuenta el centro con folletería y cartelería de información en promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la comunidad que difundan por redes, en formato electrónico.

### **3.8 Cuenta el centro con folletería y cartelería de información en castellano y/o otro idioma/dialecto según la población de pueblos originarios que conforma la comunidad.**

Se entiende por folletería y cartelería en idioma o dialecto, aquellos afiches o folletería de promoción y prevención que se encuentre traducido a la lengua originaria o de población migrante que se encuentre dentro del área de cobertura del centro de salud.

Si= Cuenta el centro con folletería y cartelería de información en castellano y/o otro idioma/dialecto según la población de pueblos originarios que conforma la comunidad

NM= Cuenta el centro con folletería y cartelería de información en castellano y/o otro idioma/dialecto según la población de pueblos originarios que conforma la comunidad pero no de todos los grupos que conforman la población.

N= No cuenta el centro con folletería y cartelería de información en castellano y/o otro idioma/dialecto según la población de pueblos originarios que conforma la comunidad

### **3.9 El centro de salud adhiere a estrategias propuestas por el MSAL a través de los Programas Nacionales en territorio.**

El centro de salud implementa en territorio programas nacionales para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, como SUMAR, Redes, Proteger, Programa Nacional de Salud Comunitaria, entre otros.

Si= El centro de salud adhiere a estrategias propuestas por el MSAL a través de los Programas Nacionales en territorio.

NM= El centro de salud adhiere parcialmente estrategias propuestas por el MSAL a través de los Programas Nacionales en territorio.

N= No El centro de salud no adhiere a estrategias propuestas por el MSAL a través de los Programas Nacionales en territorio.

### **3.10 Se reconoce a la comunidad Indígena como una institución a consultar.**

Las comunidades indígenas deben ser una constante fuente de información y consulta de sus necesidades, y también formar parte activa en la toma de decisiones en cuanto a formato de campañas, cartelería, folletería, traducciones y adecuación cultural de las prácticas del centro de salud.

Si= Se reconoce a la comunidad Indígena como una institución a consultar

NM= Se reconoce a la comunidad Indígena como una institución a consultar pero no toman parte en la toma de decisiones.

N= No se reconoce a la comunidad Indígena como una institución a consultar

### **3.11 Forman parte de la mesa de gestión autoridades o miembros de las comunidades indígenas.**

En las mesas de gestión deben participar miembros de las comunidades indígenas, quienes aportarán una mirada de la realidad percibida por el centro de salud.

Si= Forman parte de la mesa de gestión autoridades o miembros de las comunidades Indígenas.

NM= Forman parte de la mesa de gestión autoridades o miembros de las comunidades Indígenas pero son incluidos en todos los temas abordados.

N= No forman parte de la mesa de gestión autoridades o miembros de las comunidades Indígenas.

### **3.12 Forman parte de la mesa de gestión del centro de salud miembros de la comunidad.**

Consiste en incluir a individuos representantes de la comunidad a las mesas de gestión que realizan los integrantes del centro de salud en forma regular, para abordar distintas temáticas y contar con la participación activa con una mirada comunitaria que contribuya a la toma de decisiones.

Si= Forman parte de la mesa de gestión del centro de salud miembros de la comunidad

NM= Forman parte de la mesa de gestión del centro de salud miembros de la comunidad pero no están incluidos todos los miembros.

N= No forman parte de la mesa de gestión del centro de salud miembros de la comunidad

### **3.13 Cuenta con mecanismos de consulta a la comunidad para identificar necesidades y/o prioridades a ser abordadas o implementadas (ej: buzón , libro de sugerencias).**

Tales como Libro o sistemas de Quejas, Agradecimientos, Sugerencias y Reclamos autorizados por la autoridad se sugiere dar respuesta , cuyos resultados se elevarán dentro de los cinco (5) días hábiles de recibido el reclamo. Dicho plazo se reducirá a dos (2) días hábiles cuando se trate de casos cuya urgencia o naturaleza así lo aconsejen.

Si= Cuenta con mecanismos de consulta a la comunidad para identificar necesidades y/o prioridades a ser abordadas o implementadas.

NM= Se encuentran actualmente diseñando los mecanismos de consulta a la comunidad.

N= No cuenta con mecanismos de consulta a la comunidad para identificar necesidades y/o prioridades a ser abordadas o implementadas.

### **3.14 Se desarrollan proyectos participativos y/o de cogestión, en los cuales se consideran recomendaciones y propuestas brindadas por la comunidad.**

“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.” (ALMA ATA 1978) La Participación Comunitaria es la capacidad de grupos y comunidades de actuar colectivamente con el fin de ejercer el control de los determinantes de la salud. Proceso por el cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar como así también de la comunidad, contribuyendo a su desarrollo. De acuerdo a los problemas y necesidades percibidas, con perspectiva de género y diversidades. A partir del Empoderamiento, que es el mayor control sobre acciones y decisiones que afectan la salud, promueve la participación social en pos de un objetivo, no transfiere poder, lo crea. La Comunidad forma parte de un proceso de:

\*Información: conocimiento participado

\*Planificación: Decisiones participadas

\*Realización: acciones participadas

\*Beneficios participados.

Si= Se desarrollan proyectos participativos y/o de cogestión, en los cuales se consideran recomendaciones y propuestas brindadas por la comunidad.

NM= Se desarrollan proyectos comunitarios, pero no hay registro de los mismos.

N= No se desarrollan proyectos participativos y/o de cogestión, en los cuales se consideran recomendaciones y propuestas brindadas por la comunidad.

### **3.15 Se realizan reuniones periódicas del equipo para el análisis de situación y planificación de acciones.**

El equipo interdisciplinario es aquel que está formado por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, donde uno de ellos es el responsable del trabajo que se lleva a cabo. Sin embargo, requiere del aporte del resto de los profesionales para obtener el logro de los objetivos comunes. El trabajo en equipo multidisciplinario aumenta la seguridad de los pacientes, minimiza los errores médicos, mejora la satisfacción y el rendimiento del personal de salud y posiblemente evita gastos generados por mala praxis y complicaciones.

El equipo interdisciplinario, está constituido por un grupo de profesionales en donde el trabajo es compartido, la responsabilidad es de todos y cada quien tiene un campo de acción definido o bien es la acción simultánea y metódica de los profesionales de un mismo servicio, aportando bajo la autoridad de un responsable, una contribución bien definida al estudio y al tratamiento de una situación dada.

Si= Se realizan reuniones periódicas del equipo para el análisis de situación y planificación de acciones.

NM= Se realizan reuniones esporádicas del equipo para el análisis de situación y planificación de acciones.

N= No se realizan reuniones periódicas del equipo para el análisis de situación y planificación de acciones.

### **3.16 Cuenta con libro de novedades y cambio de turno.**

El Libro de Novedades es el registro en el cual el personal de salud deja constancia de todos los acontecimientos ocurridos en el turno según corresponda. Es un medio de registro oficial, por lo que debemos tener en cuenta que la información plasmada en éste debe ser clara, y además dejar expresa constancia en los cambios de turnos y de las condiciones en que se entrega. Específicamente en lo referido con los Permisos de Trabajo y Permisos Preventivos que se encuentran pendientes y cambios de esquema de operación de los equipos del sistema de transmisión o distribución, según corresponda.

Si= Cuenta con libro de novedades y cambio de turno.

NM= Cuenta con libro de novedades y cambio de turno pero no es accesible a todo el personal. N= No cuenta con libro de novedades y cambio de turno.

### **3.17 El establecimiento tiene desde su dirección una política de gestión de la calidad que involucra: Misión, visión, valores y objetivos estratégicos.**

El establecimiento debe contar con un documento que refleje su compromiso con la calidad

de atención y cuidado de la salud, donde se determine de manera explícita la política del

mismo, los objetivos y las responsabilidades asignadas. Asimismo, resulta necesario garantizar la difusión de la misma a todo el personal, asistencial y no asistencial, permanente

o eventual, así como a ingresantes recientes. Debe incluir: Misión, visión, valores y objetivos estratégicos.

Si= El establecimiento tiene desde su dirección una política de gestión de la calidad que involucra: Misión, visión, valores y objetivos estratégicos.

NM= El establecimiento tiene desde su dirección una política de gestión de la calidad en desarrollo.

N= El establecimiento no tiene desde su dirección una política de gestión de la calidad que involucra Misión, visión, valores y objetivos estratégicos.

### **3.18 Cuenta con comité o área de calidad.**

Es recomendable que exista un comité de gestión de calidad o un área orgánica con funciones asignadas, que planifique, coordine e impulse las actividades específicas. Su conformación debe ser interdisciplinario y estar documentado a través de un acto administrativo/acta o similar, junto a la designación de los integrantes (República Argentina, Ministerio de Salud, Resolución 2041/2014 Directrices de organización y funcionamiento de Comités de gestión de la calidad en los establecimientos de salud. Boletín Oficial 11/11/2014).

SI= Cuenta con comité o área de calidad que documenta procesos, registra y releva indicadores.

NM= Cuenta con comité o área de calidad, pero no está clara las funciones asignadas. N= No cuenta con comité o área de calidad.

### **3.19 Implementa estándares de calidad.**

Es recomendable que el área o responsables de calidad difundan la utilización de estándares consensuados para la atención, que haya desarrollado o promueva el establecimiento, así como también que elaboren estrategias para su implementación. Posteriormente, debe contrastarse con información a partir del seguimiento de un set de indicadores desarrollados para ello, y realizar un análisis que permita identificar oportunidades de mejora.

Si= Implementa estándares de calidad.

NM= Implementa estándares de calidad pero no se realiza el análisis que permita identificar oportunidades.

N= No implementa estándares de calidad.

### **3.20 Genera informes de calidad periódicamente.**

El establecimiento debe analizar lo realizado en función del cumplimiento de las buenas prácticas y la política de calidad promovida. Deberán elaborarse informes que documenten el trabajo, con periodicidad adecuada según necesidades.

SI= Genera informes de calidad periódicamente en los que se evidencien indicadores y avances

en la documentación de procesos. Acciones correctivas y preventivas por período.

NM= Genera informes de calidad parcialmente

N= No genera informes de calidad periódicamente.

### **3.21 Cuenta con un sistema de turnos programados que se pueden solicitar de manera presencial, telefónica o vía web.**

Para favorecer la accesibilidad a la atención de salud y mejorar la organización del sistema se considera buena práctica contar con algún sistema de gestión de turnos. Los turnos programados son los que se otorgan de manera anticipada para realizar una consulta de salud. Puede realizarse de manera presencial, e idealmente ofrecer alternativas por vía telefónica, o a través de alguna plataforma web.

Se solicita la descripción de la/s modalidad/es del sistema y si incluye registro de la demanda ambulatoria rechazada.

Si= Cuenta con un sistema de turnos programados que se pueden solicitar de manera presencial, telefónica o vía web.

NM= Cuenta con un sistema de turnos programados que se pueden solicitar de manera presencial, telefónica o vía web, pero no está difundido claramente en la comunidad.

N= No cuenta con un sistema de turnos programados que se pueden solicitar de manera presencial, telefónica o vía web.

### **3.22 Promueve la utilización de Guías de práctica clínica o guías para estandarización de procesos, y prescripción de medicamentos y/o vacunas.**

El establecimiento debe promover actividades, entre ellas actividades de capacitación del personal de la institución, y la mejora continua de los procesos de atención, específicamente la disminución de la variabilidad inapropiada de los mismos. Para ello se deben promover la utilización de guías de práctica clínica, y/o la elaboración de normas de procedimientos estandarizados, así como las actividades correspondientes para su difusión, implementación y adopción por parte del personal. Tomando en cuenta las aprobadas por el Ministerio de Salud de la Nación.

SI=el establecimiento tiene definido el listado de GPC, algoritmos y/o protocolos acordados, y su uso está institucionalizado.

NM=cuenta con GPC, solo para algunas patologías o líneas de cuidado, o solo algunos servicios.

NO= el establecimiento NO tiene definido el listado de GPC, algoritmos y/o protocolos acordados, y su uso está institucionalizado.

**3.23 Cuenta con un área de estadística que realiza informes de producción y estadísticas sanitarias y de gestión, que incluya la información de los programas del Ministerio de Salud.**

El establecimiento posee un área que lleva adelante los registros estadísticos, incorporando datos con perspectiva de géneros (diferentes identitarios) y edad; aunque no sea de carácter exclusivo, que utiliza procedimientos estandarizados para contar con indicadores e informes sobre la producción del efector de PNA, de la gestión de recursos y de resultados sanitarios (morbimortalidad).

Si= Cuenta con un área de estadística que realiza informes de producción y estadísticas sanitarias y de gestión.

NM= Están organizando actualmente un área de estadística que realiza informes de producción y estadísticas sanitarias y de gestión.

N= No cuenta con un área de estadística que realiza informes de producción y estadísticas sanitarias y de gestión.

**3.24 Utiliza algún mecanismo de evaluación de la satisfacción/experiencia del usuario.**

Las buenas prácticas en atención de salud se encuentran centradas en el usuario, por lo que resulta necesario conocer la calidad del proceso asistencial percibida por los mismos. Este ítem indaga sobre la existencia de algún sistema de información sobre la satisfacción del usuario, realizado en forma anónima y estructurado. Si existe una metodología sistematizada (planificada, periódica, analizada y difundida) para el relevamiento del grado de satisfacción de la persona y su familia y con elaboración de informes con recomendaciones para las autoridades correspondientes, así como posterior seguimiento de las mismas.

Por ej. Encuestas post alta, telefónicas, etc. Que indaguen sobre la experiencia del paciente en el establecimiento (Ej. sí volvería al mismo establecimiento por el mismo problema, o lo recomendaría).

Si= Utiliza algún mecanismo de evaluación de la satisfacción/experiencia del usuario.

NM= Se encuentran planificando algún mecanismo de evaluación de la satisfacción/experiencia del usuario.

N= No utiliza algún mecanismo de evaluación de la satisfacción/experiencia del usuario.

**3.25 Se cuenta con estadísticas desagregadas de la salud de la población conforme etnia (indígenas, afrodescendientes, romaníes, etc.). Migrantes, géneros, edad y curso de vida.**

Es importante tener esta información ya que nos permitirá como en el caso de los pueblos originarios tener información sobre los perfiles epidemiológicos de estas poblaciones, lo será de gran utilidad para mejorar la toma de decisiones.

Si= Se cuenta con estadísticas desagregadas de la salud de la población Afrodescendiente/Romaníes/Migrantes.

NM= Se cuenta con una estadísticas parcial de la salud de la población Afrodescendiente Romaníes/Migrantes

N=No se cuenta con estadísticas desagregadas de la salud de la población Afrodescendiente/Romaníes/Migrantes.

**CONTINUIDAD DEL CUIDADO**

**3.26 Existe referencia y contrareferencia formal con otros establecimientos de la red a la que pertenece para interconsultas, estudios complementarios y seguimiento del paciente (recaptación, registro, y control).**

La existencia de una red de atención de salud y la coordinación entre sus diferentes niveles

mejora la calidad del cuidado centrado en e/la paciente. La sistematización de los mecanismos de referencia y contrarreferencia de los/las pacientes permite una mejor coordinación entre los niveles de atención y la optimización de recursos.

El efector muestra los circuitos y procesos aprobados por el responsable del CAPS que demuestre la derivación y el retorno de la persona desde y hacia efectores de mayor complejidad de la red.

Debe incluir: registro en la HC y el acceso de la información a todos los miembros del equipo de salud. Además debe constatarse la intervención realizada de acuerdo a la contra referencia y su continuidad.

Si= Existe registro de referencia y contrareferencia formal con otros establecimientos de la red a la que pertenece.

NM= Existe registro referencia y contrareferencia informal con otros establecimientos de la red a la que pertenece.

N= No existe referencia y contrareferencia formal con otros establecimientos de la red a la que pertenece.

**3.27 Existe comunicación formal con su Hospital de Referencia**

Se considera comunicación formal aquellas que quedan registradas a través de

mails, telemedicina y/o registro de reuniones mantenidas, donde quede explícito el motivo y personas involucradas.

SI=Existe comunicación formal con su Hospital de referencia.

NM= Existe comunicación informal con su Hospital de Referencia, no queda registro de las mismas.

NO= No existe comunicación formal con su Hospital de Referencia.

### **3.28 El director del hospital y el Jefe de APS visitan el CAPS al menos una vez en el semestre.**

Puede ser que la periodicidad sea menor a la semestral, pero se considerará como mínimo dos visitas al año. Es importante además poder registrar reuniones mantenidas, agenda compartida, cronograma de actividades.

SI= El/la director/la del hospital y el/la Jefe/a de APS visitan el CAPS al menos de manera semestral.

NM= El/la director/la del hospital y el/la Jefe/a de APS aún no han visitado el CAPS, pero ya hay un cronograma armado de visitas.

NO= El/la director/a del hospital y el/la Jefe/a de APS no visitan el CAPS al menos de manera semestral.

### **3.29 Existe referencia y contrareferencia formal de parto y seguimiento de la personagestante y el recién nacido.**

El efector muestra los circuitos y procesos aprobados por el responsable del CAPS que demuestre la derivación y el retorno de la persona desde y hacia efectores de mayor complejidad de la red.

Debe incluir: registro en la HC y el acceso de la información a todos los miembros del equipo de salud. Además debe constatarse la intervención realizada de acuerdo a la contra referenciay su continuidad.

Si= Hay referencia y contrareferencia formal de parto y seguimiento de la persona gestante y el recién nacido.

NM= Hay referencia y contrareferencia informal de parto y seguimiento de la persona gestante y el recién nacido.

N= No hay referencia y contrareferencia formal de parto y seguimiento de la persona gestante y el recién nacido.

### **3.30 Existe detección de abandono de tratamiento y búsqueda activa de los mismos.**

Abarca a todos los pacientes bajo tratamiento, controles o seguimiento preestablecido. En el caso de los métodos anticonceptivos es el perfil obstétrico el encargado de articular con los agentes sanitarios para que éste visite a la mujer o se comunique vía whatsapp; para articular la interconsulta con el profesional e indagar sobre el presunto abandono del método.

Si= Existe detección de abandonos de tratamiento y búsqueda activa de los mismos.

NM= Están organizando la detección de abandonos de tratamiento y búsqueda activa de los mismos.

N= No hay detección de abandonos de tratamiento y búsqueda activa de los mismos.

### **3.31 Implementa ficheros cronológicos de seguimiento de niños, personas gestantes y personas con enfermedades crónicas.**

Historia Clínica (HC) organizadas en ficheros (cajas rotuladas por sector) y ordenadas alfabéticamente, que se encuentran en el sector de estadística o cuentan con una sistematización de soporte digital para gestión de pacientes. Un integrante del equipo es el responsable de supervisar mensualmente el mantenimiento y coordinar la actualización del mismo con el resto de los profesionales.

Si= Implementa ficheros cronológicos de seguimiento o una sistematización de soporte digital para gestión de pacientes, de niños, embarazadas, personas con enfermedades crónicas.

NM= Implementa ficheros o sistemas parciales de seguimiento de niños, personas gestantes, personas con enfermedades crónicas, pero no de manera ordenada ni cronológicamente.

N= No implementa ficheros cronológicos ni sistema de seguimiento de niños, personas gestantes, personas con enfermedades crónicas.

### **3.32 Existe un intercambio formal entre el agente sanitario y el resto del equipo, con unacontrareferencia interna y hacia la comunidad.**

El agente sanitario carga semanalmente en el sistema web de APS en servidor local su ficha de terreno (formulario 883), para lograr el consolidado de su sector (formulario 883) y poder compartir la información en las reuniones de equipo que se realizan antes del cursillo pre ronda de forma cuatrimestral. También el agente se vale de sistemas nacionales como el Sistema de Información de Tamizaje (SITAM) para corroborar información levantada en la visita domiciliaria.

Si= Existe un intercambio formal entre el agente sanitario y el resto del equipo, con una contrareferencia interna y hacia la comunidad.

NM= Existe un intercambio informal entre el agente sanitario y el resto del equipo,

con una contrareferencia interna y hacia la comunidad.

N= No existe un intercambio formal entre el agente sanitario y el resto del equipo, con una contrareferencia interna y hacia la comunidad.

### **3.33 Demanda insatisfecha.**

Pacientes que concurren al centro de salud por demanda espontánea y no logran solucionar su problema, malestar o inquietud en un primer nivel de atención; por ende deben recurrir a un segundo nivel de atención en forma espontánea e innecesaria.

Si= Demanda insatisfecha.

NM= Tiene conocimiento por comentario de que existe demanda insatisfecha.

N=No hay demanda insatisfecha.

## 4. SEGURIDAD DE PACIENTES

La Seguridad del Paciente es un componente clave de la calidad asistencial, tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

### *Prácticas en identificación y cuidado de los pacientes*

#### **4.1 Cuenta con procedimientos estandarizados para la identificación correcta de los pacientes.**

Utiliza al menos dos identificadores (por ejemplo, nombre completo y fecha de nacimiento) para la identificación de los pacientes

Si= Cuenta con procedimientos estandarizados para la identificación correcta de lospacientes.

NM= Cuenta con procedimientos no estandarizados para la identificación correcta de lospacientes.

N= No cuenta con procedimientos estandarizados para la identificación correcta de lospacientes.

#### **4.2 En el establecimiento se cuenta con procedimientos para denominar o llamar a la persona con el nombre que se identifica o autopercibe y se registra ese nombre también en la histori clínica.**

Si= Cuenta con procedimientos estandarizados para la identificación correcta de los pacientes según su autopercepción.

NM= Cuenta con procedimientos no estandarizados para la identificación correcta de los pacientes según su autopercepción.

N= No cuenta con procedimientos estandarizados para la identificación correcta de los pacientes autopercepción.

#### **4.3 En el establecimiento se cuenta con mecanismos de detección, abordaje y articulación en situaciones de violencias.**

Las situaciones de violencias se vinculan como cuestión fundamental para la salud pública y la no discriminación, fundamentalmente para grupos vulnerabilizados, como también integran el acceso efectivo a la salud.

Si= Cuenta con procedimientos estandarizados para la detección y abordaje de violencias

NM= Cuenta con procedimientos pero no estandarizados para la detección y abordaje de violencias

N= No cuenta con procedimientos para la detección y abordaje de violencias.

#### **4.4 Utilizan métodos para la correcta identificación de muestras biológicas e imágenes, con al menos dos identificadores.**

Utiliza al menos dos identificadores (por ejemplo, nombre completo y fecha de nacimiento)

para la identificación de muestras, imágenes y cualquier otro material procedente de pacientes.

Si= Utilizan métodos para la correcta identificación de muestras biológicas e imágenes, con al menos dos identificadores.

NM= Están construyendo métodos para la correcta identificación de muestras biológicas e imágenes, con al menos dos identificadores.

N= No utilizan métodos para la correcta identificación de muestras biológicas e imágenes, con al menos dos identificadores.

#### **4.5 Cuenta con un sistema, circular o normativa institucional que describa modalidad de detección y registro de incidentes o efectos adversos.**

El establecimiento cuenta con algún sistema o programa de detección y registro de incidentes o efectos adversos conocido por el personal.

Si= Cuenta con un sistema de detección y registro conocido y gestionado por el personal

NM= Cuenta con un sistema de detección que no se registra o no es conocido por todo el personal

N= No cuenta con un sistema de detección y registro de incidentes y eventos adversos.

#### ***Prácticas para el uso seguro de medicamentos***

Estas prácticas se pueden definir con estrategias que permitan el manejo seguro de los medicamentos de alto riesgo. Garantizar la conciliación de medicación en los

diferentes puntos de traspaso asistencial.

#### **4.6 Cuenta con profesional farmacéutico o técnico en farmacia.**

El establecimiento debe contar con farmacéutico a cargo de la Dirección Técnica, debidamente nombrado, y promover la participación activa del mismo en el pase de sala oronda médica. Es recomendable la participación de farmacéuticos en la validación de la prescripción médica (en particular es deseable en los Medicamentos de Alto Riesgo, MAR) así como también contar con técnicos en farmacia en el Servicio, para asegurar un doble control que evite errores por una prescripción adecuada, con ajustes de dosis, y detección temprana de reacciones medicamentosas. Debería tener disponible como documentación respaldatoria la disposición o circular interna.

Si = Cuenta con profesional farmacéutico o técnico en farmacia.

NM= Están en proceso de contar con un/a profesional farmacéutico o técnico en farmacia. N= No cuenta con profesional farmacéutico o técnico en farmacia.

#### **4.7 Cuentan con un lugar físico y protegido para farmacia.**

Cuenta con un espacio físico para farmacia con área de depósito y atención al público con lugar de recepción para el paciente. El mismo posee climatización adecuada para el almacenamiento y conservación de medicamentos, protegido y con llave.

Si= Cuentan con un lugar físico y protegido para farmacia.

NM= Están reorganizando el espacio para conseguir un lugar físico y protegido para farmacia.

N= No cuentan con un lugar físico y protegido para farmacia.

#### **4.8 Cuenta con un formulario terapéutico de la institución, normas de utilización de medicamentos e información útil para garantizar su uso seguro.**

Se considera de buena práctica definir con un equipo multidisciplinario un formulario terapéutico de la institución según criterios de eficacia, seguridad y costo basados en la mejor evidencia científica, normas de utilización de medicamentos e información útil para asegurar su uso seguro. Debería tener disponible como documentación respaldatoria dicho formulario.

Si= Cuenta con un formulario terapéutico de la institución, normas de utilización de medicamentos e información útil para garantizar su uso seguro.

NM= Cuenta con un formulario terapéutico de la institución, normas de utilización de medicamentos e información útil para garantizar su uso seguro, pero no cuentan con la

documentación respaldatoria.

N=No cuenta con un formulario terapéutico de la institución, normas de utilización de medicamentos e información útil para garantizar su uso seguro.

# Glosario

## A

- **Acciones con enfoque intercultural:** El enfoque intercultural en salud implica desarrollar estrategias para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como la atención y cuidado, que respeten las diversidades culturales, étnicas y de otro tipo que pudieran existir dentro de cada comunidad.
- **Área de influencia:** Por área de influencia de un establecimiento de salud entendemos al área geográfica cuyos límites son definidos por las consultas realizadas al mismo. Su utilidad reside en identificar el alcance territorial del establecimiento de salud sobre la población.
- **Área de responsabilidad** es el ámbito geográfico delimitado y asignado a un establecimiento de salud. Es decir, el territorio donde el centro de salud se compromete a realizar acciones de salud para su población (servicios asociados a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, y situaciones de baja complejidad)

## B

- **Búsqueda activa:** hace referencia a las acciones desarrolladas por integrantes del centro de salud para la identificación de población con algún tipo de riesgo sanitario: visitas a domicilios o áreas determinadas de forma sistemática y periódica o eventual. También incluye estrategias de recaptación de población que en algún momento se contactó con el centro de salud, así como el contacto proactivo con los/as usuarios/as cuando se detecta que hay intervenciones pendientes de ser realizadas.

## C

- **Consentimiento Informado:** Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

## D

- **Derivación:** enviar o dirigir el cuidado de la salud a otro profesional.

## E

- **Equipo de salud** es el personal que brinda atención dentro del centro de salud (repcionista, personal administrativo, enfermeras, médicos, otros profesionales de la salud etc.)
- **Elemento de protección personal (EPP):** es cualquier equipo o dispositivo destinado para ser utilizado o sujetado por el/la trabajador/a, para protegerlo/a de uno o varios riesgos y aumentar su seguridad o su salud en el trabajo. Equipo de protección personal puede incluir elementos tales como guantes, gafas de seguridad y zapatos, protectores auditivos, cascos, respiradores, o chalecos y trajes de cuerpo completo.

## F

- **Formulario Terapéutico de Medicamentos:** es la lista positiva de fármacos, grupos farmacológicos o formulaciones nutricionales, entre otros enunciados, con que los prestadores de salud configuran su propio vademécum.

## G

- **Georeferenciamiento:** identificación del área geográfica a través de latitud, longitud, domicilio, barrio, localidad, departamento, área operativa, área programática.
- **Guía de Práctica Clínica (GPC)** es un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para orientar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada para las distintas opciones de tamizaje, diagnóstico y/o tratamiento de un problema de salud o una condición específica. El contenido de la GPC se desarrolla de acuerdo a metodologías de búsqueda sistemática, valoración crítica, análisis y síntesis de la mejor evidencia disponible. Las GPC deberían estar diseñadas para apoyar el proceso de la toma de decisiones en el cuidado de la persona, de manera conjunta con el criterio clínico del profesional tratante y los valores y preferencias de la persona.

## H

- **Historia clínica:** es el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

- **Historia clínica electrónica:** es un registro electrónico, sin papeles, longitudinal en el tiempo, donde se vuelcan las interacciones de los profesionales de la salud con el paciente. Se registran los problemas o patologías que se expresan en la consulta o la motivan (motivo de consulta, diagnóstico presuntivo y diagnóstico), además de las anotaciones y opiniones de los profesionales intervinientes (evoluciones médicas, anotaciones de enfermería y de agentes sanitarios).

## M

- **Medicamentos de alto riesgo (MAR):** son aquellos medicamentos que cuando se utilizan incorrectamente presentan un riesgo elevado de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes.

## P

- **Población a cargo:** es aquella que se encuentra en el área de responsabilidad y que debe ser cubierta asistencial y preventiva mente por el centro de salud. Es decir, el establecimiento de salud tiene la responsabilidad sanitaria o es referencia para su efectivo acceso al sistema de salud.
- **Población vulnerable:** es el grupo de personas que se encuentran en estado de desprotección o incapacidad frente a una amenaza a su condición psicológica, física y mental, entre otras.
- **Primer nivel de atención (PNA):** representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.
- **Proceso:** serie de actividades entrelazadas que transforma un conjunto de entradas en productos e impactos, añadiendo valor.
- **Promoción de la salud** son las actividades preventivas de salud que reducen la chance de ocurrencia de enfermedad.
- **Protocolo:** conjunto de usos y normas consensuados expresados de forma ordenada y escrita, referidos a la actividad del personal asistencial y basado en la evidencia científica.

## R

- **Referencia y contra referencia:** circuito que incluye la solicitud de la interconsulta por un efector de primer nivel a otro de mayor complejidad, la realización de la interconsulta y la devolución formal de su resultado al PNA. Es esperable que el proceso quede documentado en la historia clínica o en un formulario o documento similar, que puede estar en formato papel o electrónico, es decir, que se cuente con mecanismos institucionales o «circuitos formales o acuerdos definidos», en los que se explicita en las responsabilidades y funciones de cada nivel involucrado.
- **Residuos patogénicos:** son aquellos desechos o elementos materiales en estado sólido, semisólido, líquido, o gaseoso que presumiblemente presenten o puedan presentar características de infecciosidad, toxicidad o actividad biológica que puedan afectar directa o indirectamente a los seres vivos, o causar contaminación del suelo, del agua o de la atmósfera que sean generados en la atención de la salud del PNA.

## S

- **Seguridad:** Proceso por el cual una organización proporciona cuidados seguros a los pacientes. Esto debería implicar: gestión del riesgo, declaración y análisis de los incidentes, capacidad para aprender de los mismos realizando un seguimiento e implementando soluciones para minimizar el riesgo de su recurrencia. También se considera la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los procesos de atención sanitaria.

## T

- **Turno programado:** Se trata de un procedimiento que permite que desde el establecimiento de salud se le asigne un turno anticipado en un día y un horario determinado al paciente, a distancia o in situ, para una consulta y que no corresponde a la misma jornada en la que es solicitado.
- **Turno protegido:** Se refiere a una fracción de tiempo que los efectores del primer nivel tienen reservada para solicitud de consultas de salud a especialistas en efectores de mayor nivel de complejidad. Son un componente clave del circuito de derivación a los niveles de atención de mayor complejidad, en cuanto evita que las personas deambulen por distintos efectores o sufran demoras innecesarias para acceder a la consulta con el especialista.

## Abreviaturas

**ART:** Aseguradoras de Riesgos del Trabajo

**ASS:** Agente socio sanitario

**CAPS:** Centro de atención primaria de la salud

**DNAPYSC:** Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud comunitaria.

**DNCSyRS:** Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria

**ESAVIS:** Incidentes o efectos adversos por vacunación

**GPC:** Guía de práctica clínica.

**HC:** Historia clínica.

**I:** Imprescindibles

**INAI:** Instituto nacional de asuntos indígenas

**MAR:** Medicamentos de Alto Riesgo

**N:** Necesarios

**NA:** No Aplica

**NM:** Necesita Mejora

**PNA:** Primer Nivel de Atención

**R:** Recomendables

**REFES:** Registro Federal de Establecimientos de Salud

**REFEPS:** Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud

**SISA:** sistema integrado de información sanitaria argentina

**SITAM:** Sistema de Información de Tamizaje

**SNVS:** Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO I - DOCUMENTO MARCO HERRAMIENTA DE CALIDAD

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 46 pagina/s.