

# Plan de evaluación y mejora de la calidad en el primer nivel de atención

## **AUTORIDADES**

### **Presidencia de la Nación**

Ing. Mauricio Macri

### **Ministerio de Salud y Desarrollo Social**

Dra. Carolina Stanley

### **Secretaría de Gobierno de Salud**

Prof. Dr. Adolfo Luis Rubinstein

### **Unidad de Coordinación General**

Dra. Analía López

### **Secretaría de Coberturas y Recursos de Salud**

Dr. Luis Alberto Giménez

### **Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias**

Lic. Cintia Aldana Cejas

### **Dirección de Articulación de Coberturas Públicas Jurisdiccionales**

Lic. Sofía Olaviaga

### **EQUIPO DE TRABAJO:**

Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias.  
Dirección de Articulación de Coberturas Públicas Jurisdiccionales.  
Programa Sumar.  
Programa Redes.  
Programa Proteger.  
Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS).

**Actores que participaron en la elaboración y revisión de los elementos de evaluación:** Dirección de Promoción de la Salud y Control de las Enfermedades No Transmisibles. Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud. Instituto Nacional del Cáncer. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Salvaguarda Ambiental y Social. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud.

## ÍNDICE

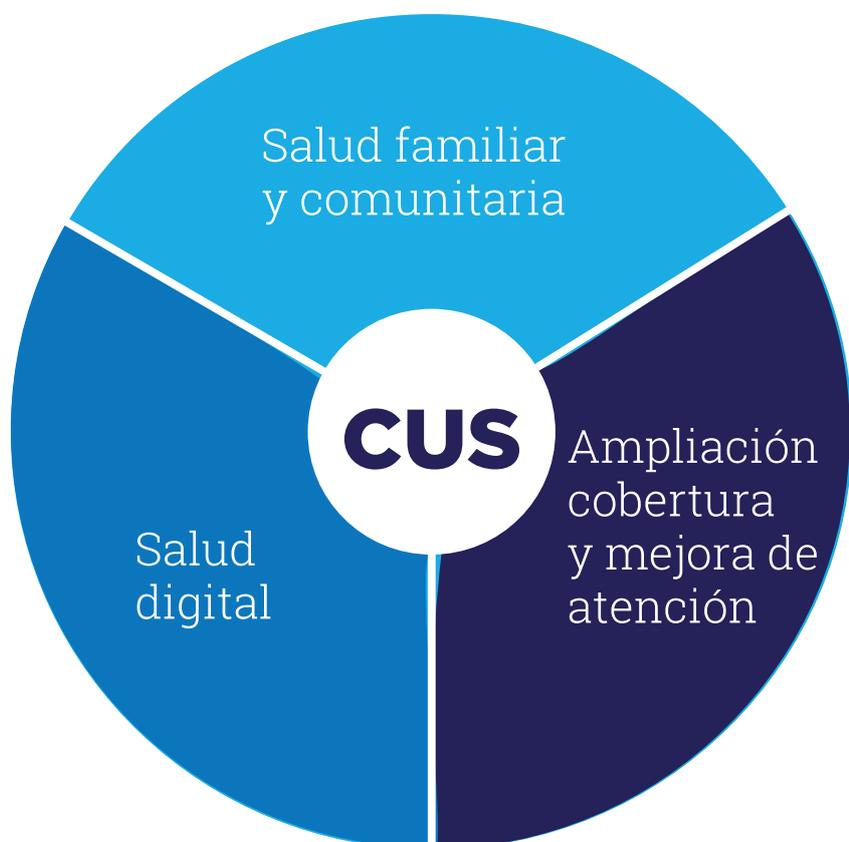
<b>Introducción</b>	<b>5</b>		
¿Por qué es importante evaluar la calidad en el primer nivel de atención para avanzar hacia la CUS?	7		
<b>Plan de evaluación y mejora de la calidad en el primer nivel de atención</b>	<b>8</b>		
¿Qué es el Plan de evaluación y mejora de la calidad en el PNA?	8		
Pautas para la utilización de la herramienta para la evaluación de calidad del centro de salud	10		
Estructura de la herramienta para la evaluación	10		
Registro de la herramienta de evaluación en REDCap	15		
Sistema de calificación	16		
¿Cómo utilizar los resultados de la evaluación?	18		
<b>Grupo I: Gestión y organización</b>	<b>19</b>		
1.1 Gestión de turnos	20		
1.2 Sistemas de información y comunicación	22		
1.3 Capacitación y trabajo en equipo	27		
1.4 Residuos de establecimientos de salud (RES) y bioseguridad	30		
		1.5 Experiencia y seguridad del usuario/a	33
		1.6 Procesos administrativos	37
		<b>Grupo II: Atención de la salud</b>	<b>39</b>
		2.1 Coordinación y continuidad del cuidado integral de la salud	40
		2.2 Promoción de la salud y prevención de enfermedades	54
		2.3 Enfoque étnico y participación en salud de pueblos originarios	56
		2.4 Líneas de cuidado priorizadas. Evaluación de resultados	58
		2.5 Cobertura efectiva	78
		<b>Glosario</b>	<b>79</b>

# INTRODUCCIÓN

En la Argentina el acceso a la salud es universal. Esto significa que todas las personas tienen derecho a utilizar los servicios de salud. Sin embargo, la cobertura efectiva no solo es acceder a los servicios, sino que además implica integralidad, continuidad de la atención, coordinación de cuidados, con efectividad, equidad y calidad.

Por ello, en 2016 el Gobierno Nacional definió a la Cobertura Universal de Salud (CUS) como la política sustantiva para disminuir las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud, para que todas las personas tengan una atención homogénea, integral, adecuada, oportuna y que garantice estándares de calidad, independientemente de dónde vivan o su condición socioeconómica.

Para ello, el Estado nacional propone a las jurisdicciones avanzar en la implementación de 3 ejes estratégicos<sup>1</sup> a fin de mejorar la calidad, cantidad y accesibilidad a los servicios de salud del sistema público:



1 Resolución Ministerial N° 1013/18. Aprueba el Convenio Marco de Adhesión a la Cobertura Universal de Salud.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/310000-314999/310893/norma.htm>

# 1.

## Salud familiar y comunitaria

Bajo este eje estratégico se propone ampliar la cobertura territorial mediante la asignación de la población a equipos de salud familiar y comunitaria en el primer nivel de atención. Esto implica, entre otros aspectos:

- Definición de las áreas de responsabilidad de los establecimientos de salud de manera exhaustiva, unívoca y mutuamente excluyentes.
- Nominalización y georreferenciación de la población.
- Asignación de población a establecimientos de salud del primer nivel de atención.
- Conformación de equipos de salud familiar y comunitaria de acuerdo a la población beneficiaria y sus características.
- Capacitación permanente en servicio de los equipos de salud familiar y comunitaria.

# 2.

## Salud digital

Otro desafío apunta a contar con sistemas de información en salud interoperables que permitan:

- Implementar la historia clínica electrónica en todos los establecimientos de salud (públicos, privados y de la seguridad social).
- Mejorar la conectividad.
- Capacitar al personal para la utilización de estos sistemas.
- Desarrollar aplicaciones informáticas para mejorar el acceso a los servicios y el seguimiento de los/las usuarios/as.
- Expandir la política de Telesalud para acortar las brechas de acceso a especialistas.

# 3.

## Ampliación de la cobertura prestacional y mejora de la calidad de atención

Este eje implica analizar qué servicios se están brindando y dónde, con qué oportunidad y calidad, y si se adecuan a las necesidades de la población. Esto requiere:

- Identificación de la población con riesgo asociado a cada línea de cuidado.
- Explicitación de los servicios.
- Organización de redes por niveles de complejidad creciente.
- Utilización de guías de práctica clínica.
- Monitoreo de indicadores de utilización, procesos de atención y resultado sanitario, estableciendo metas y la asignación de recursos específicos.

## ¿Por qué es importante evaluar la calidad en el primer nivel de atención para avanzar hacia la CUS?

Con el propósito de avanzar en la implementación de la CUS, la evaluación de la calidad en los servicios de salud y la planificación e implementación de acciones de mejora resultan centrales en la estrategia.

En este sentido, la Secretaría de Gobierno de Salud se propone colaborar con las jurisdicciones en la medición, análisis y reporte de los aspectos relevantes de los servicios de salud que se están brindando, pero enfatizando en el primer nivel de atención evaluando con qué oportunidad y calidad se brindan los servicios y se adecuan a las necesidades de la población.

El compromiso de mejorar la calidad de atención requiere de un abordaje integral, incorporando no solo componentes científicos y técnicos, sino también aspectos relacionados con la accesibilidad, los recursos, la organización y la participación, de tal manera que tanto los/as usuarios/as, como los equipos de salud perciban que son el centro del sistema de salud.

Calidad en la atención de la salud implica aumentar la cobertura efectiva en salud de la población a partir de acciones concretas que promuevan la accesibilidad y mejores prácticas clínicas, priorizando las condiciones de salud más sensibles e implantando mecanismos de gestión y redes explícitas de servicios de salud que garanticen la continuidad del cuidado.

En esta dirección, evaluar la calidad de atención en el primer nivel tiene un gran potencial para mejorar los procesos de gestión y organización de los servicios de salud, como los resultados de la población a través de intervenciones oportunas en el proceso de atención.

**El objetivo es lograr un primer nivel de atención de calidad, centrado en las personas, que tenga una alta capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial, contando con equipos motivados y capacitados, y con una organización descentralizada, participativa, eficiente y eficaz.**

# PLAN DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

## ¿Qué es el Plan de evaluación y mejora de la calidad en el PNA?

Desde la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, los ministerios de salud provinciales y las gestiones municipales se llevan adelante múltiples iniciativas para el fortalecimiento de los centros de salud del primer nivel de atención (PNA). Estas tienen como propósito mejorar el funcionamiento del sistema de salud, generando óptimas condiciones para la atención de la población, con tareas de mejora continua en los establecimientos.

En esta oportunidad, se presenta al equipo de salud de los establecimientos del PNA un **Plan para la evaluación y mejora de la calidad** que incluye:

- 1) La evaluación de un conjunto de aspectos, a los que se denominan focos de evaluación, a partir del cual se obtendrá un diagnóstico de situación sobre el desempeño del establecimiento de salud.
- 2) La posterior elaboración de un plan de mejora a partir de las brechas de calidad identificadas en el diagnóstico realizado.

En este documento encontrarán una guía para la implementación del primer paso del Plan: **la evaluación de calidad del establecimiento de salud**. De esta forma, se busca que los equipos de los centros de salud del PNA puedan consolidar sus conocimientos y habilidades, promoviendo ciclos de mejoras en el proceso de atención.

### Objetivo general:

Fortalecer la gestión de calidad de atención de los centros de salud del PNA para lograr el cuidado integral de la salud de la población.

### Objetivos específicos:

- Brindar herramientas que permitan realizar un diagnóstico de situación de la calidad de atención, identificar oportunidades de mejora e implementar un plan de acción.
- Promover la implementación de ciclos de mejora continua por parte de los equipos multidisciplinarios del PNA.
- Desarrollar un monitoreo sistemático de la calidad de atención en el PNA.
- Promover una gestión integrada y coordinada de los centros de salud con los distintos niveles de atención del sistema de salud y con la comunidad.



## Pautas para la utilización de la herramienta para la evaluación de calidad del centro de salud

## Estructura de la herramienta para la evaluación

### Consejos para organizar el trabajo

Este documento contiene una guía para acompañar a los equipos de los centros de salud del PNA a realizar un ejercicio de evaluación conjunta. Para la planificación del ejercicio de evaluación, se recomienda seguir los pasos que se describen a continuación con el fin de maximizar el valor del proceso.

#### Comunicar el proceso de evaluación conjunta

Antes de comenzar, la dirección de la organización debe comunicar y consensuar las actividades a realizar para llevar a cabo el proceso.

#### Nombrar un responsable del proyecto

Esta persona será la responsable de facilitar el proceso. Esto implica compartir la información y la documentación necesaria entre los integrantes del equipo que realiza la evaluación. Asimismo, se encargará de convocar y organizar las reuniones de trabajo, entre otras actividades que permitan el intercambio entre los diferentes sectores del establecimiento, para finalmente plasmar los resultados en la herramienta de evaluación.

#### Armar el equipo de evaluación

Generalmente, el equipo que participe en la evaluación debe estar conformado por personas con diferentes roles y de todos los sectores del centro de salud. El objetivo es formar un grupo lo más representativo y efectivo posible, que pueda proporcionar una perspectiva interna precisa y detallada de la institución.

#### Informar y capacitar al equipo sobre el procedimiento a seguir

Se deberá presentar la herramienta y los propósitos del proceso de evaluación (cómo puntuar, la necesidad de apoyar las calificaciones con evidencias y medios de verificación, etc.).

La herramienta está compuesta por dos secciones que se denominan **grupos de elementos de evaluación**.

El primer grupo se denomina **gestión y organización**, e incluye aquellos procesos administrativo-gerenciales que son críticos en los centros de salud del PNA, y sirven de apoyo a los procesos asistenciales.

El segundo grupo está referido a los procesos de **atención de la salud**, contemplando distintos aspectos de los mismos.

Ambos grupos están integrados, a su vez, por subgrupos de temas que permiten enfocarse en los distintos aspectos (focos) a abordar en el proceso de evaluación.

Gestión y organización	Atención de la salud
<p><b>1.1 Gestión de turnos.</b> 1.1.1 Turnos programados y protegidos.</p> <p><b>1.2 Sistemas de información y comunicación.</b> 1.2.1 Conectividad e infraestructura informática. 1.2.2 Identificación unívoca (empadronamiento). 1.2.3 Área de responsabilidad y georreferencia. 1.2.4 Historia clínica.</p> <p><b>1.3 Capacitación y trabajo en equipo.</b> 1.3.1 Capacitación profesional. 1.3.2 Trabajo en equipo y gestión de la calidad.</p> <p><b>1.4 Residuos de establecimientos de salud (RES) y bioseguridad.</b> 1.4.1 Infraestructura e insumos. 1.4.2 Gestión de residuos de establecimientos de salud (RES) y bioseguridad.</p> <p><b>1.5 Experiencia y seguridad del usuario/a.</b> 1.5.1 Participación comunitaria y experiencia de cuidado del usuario/a. 1.5.2 Acogimiento. 1.5.3 Uso seguro de medicación. 1.5.4 Infecciones asociadas a los cuidados de la salud.</p> <p><b>1.6 Procesos administrativos.</b> 1.6.1 Uso de fondos.</p>	<p><b>2.1 Coordinación y continuidad del cuidado integral de la salud.</b> 2.1.1 Concepto global de continuidad y coordinación. 2.1.2 Continuidad del cuidado. Conocimiento de la población asignada. 2.1.3 Coordinación del cuidado. Comunicación entre niveles, referencia y contrarreferencia. 2.1.4 Sistema de seguimiento de exámenes complementarios. 2.1.5 Orientación familiar y comunitaria. 2.1.6 Organización de la población a cargo en los equipos de salud familiar y comunitaria. 2.1.7 Coordinación y continuidad del cuidado. Población con enfermedades crónicas no transmisibles. 2.1.8 Cuidado paliativos (CP) en el PNA. 2.1.9 Abordaje de las problemáticas de salud mental por profesionales y equipos no especializados en salud mental. 2.1.10 Red integrada de salud mental con base en la comunidad.</p> <p><b>2.2 Promoción de la salud y prevención de enfermedades.</b> 2.2.1 Promoción del automanejo en las ECNT.</p> <p><b>2.3 Enfoque étnico y participación en salud de pueblos originarios.</b> 2.3.1 Participación de pueblos originarios y adecuación intercultural de servicios de salud. 2.3.2 Relevamiento de la variable pueblo originario para la toma de decisiones en salud.</p> <p><b>2.4 Líneas de cuidado priorizadas. Evaluación de resultados.</b> 2.4.1 Inmunizaciones. 2.4.2 Niños y niñas menores de 1 año. 2.4.3 Niños y niñas de 1 a 9 años. 2.4.4 Salud del adolescente de 10 a 19 años. 2.4.5 Sobrepeso y obesidad infantil y en adolescentes. 2.4.6 Embarazo. 2.4.7 Salud sexual y reproductiva. 2.4.8 Detección de cáncer cérvico-uterino. 2.4.9 Detección de cáncer de mama. 2.4.10 Detección de cáncer colorrectal. 2.4.11 Salud del adulto. 2.4.12 Salud bucal. 2.4.13 Riesgo cardiovascular elevado (RCV). 2.4.14 Diabetes mellitus 2 (DM 2). 2.4.15 Hipertensión arterial (HTA). 2.4.16 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).</p> <p><b>2.5 Cobertura efectiva.</b> 2.5.1 Cobertura efectiva básica.</p>

### Estructura modelo

Todos los elementos de evaluación se exponen en la misma plantilla que se muestra en la figura que a continuación se presenta, donde se describe cada componente.

**X Grupo** 1

X.X Subgrupo 2

**Foco de evaluación** 3

**Prólogo:** 4

**Objetivo:** 5

**Elementos Verificadores:** 6

Niveles	Elementos Verificadores 6	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evaluado	NA
Inicial						
Intermedio						
Avanzado						

**Registro de cumplimiento:** 9

### Referencias:

- 1 Nombre y número del grupo de diagnóstico.
- 2 Nombre y número del subgrupo.
- 3 Tema o eje del foco de evaluación.
- 4 Presenta explícitamente la intencionalidad con la cual ha sido diseñado cada elemento.
- 5 Describe los objetivos del estándar.
- 6 Requerimientos específicos que se evalúan en cada elemento diagnóstico.
- 7 Niveles de complejidad.
- 8 Etapas de evaluación de los elementos verificadores.
- 9 Espacio para documentar los medios de verificación de los elementos.

La primera parte del elemento contiene al **grupo y subgrupo** <sup>1</sup> <sup>2</sup> al cual se hará referencia en ese foco de evaluación. El **grupo** hace referencia a las dos grandes dimensiones en las cuales están divididos los focos de evaluación. Los **subgrupos** constituyen el primer nivel de desagregación del **grupo**. El **foco del elemento de evaluación** <sup>3</sup> describe el eje temático principal al cual hará referencia el elemento de evaluación.

Con los números que anteceden al grupo, al subgrupo y al foco del elemento de evaluación se forma un código que servirá para facilitar la identificación de cada elemento de evaluación, para un posterior análisis.

Cada foco de evaluación se acompaña de un **prólogo**, <sup>4</sup> que contiene una breve presentación conceptual del aspecto a evaluar, con el propósito de orientar y definir de manera explícita el campo de evaluación. Este desarrollo se complementa con el/los **objetivo/s** <sup>5</sup> a ser alcanzado/s.

Finalmente, los **elementos verificadores** <sup>6</sup> son las acciones y/o aspectos medibles que desagregan al foco de evaluación en componentes menores de análisis. **El centro de salud del PNA deberá evaluarse en cada uno de ellos.** Cada elemento verificador puede encontrarse en alguna de las **etapas de la evaluación**, <sup>8</sup> las cuales son de carácter incremental (es decir que incluye como realizada o superada la etapa anterior a la que se marque).

**No iniciado:** no existen iniciativas para cumplir con el elemento verificador.

**Planificado:** existen iniciativas estandarizadas, pero no necesariamente formalizadas para cumplir el elemento verificador.

**Ejecutado:** existen acciones o mecanismos verificables ejecutados que demuestran el cumplimiento elemento verificador.

**Evaluado:** las actividades son evaluadas (medición periódica y análisis) interna o externamente para identificar oportunidades de mejora.

**No Aplica (NA):** Para aquellos casos en donde el elemento verificador exceda los términos de la estructura u organización del centro de salud, se categoriza como "No aplica (NA)".

A su vez, los elementos verificadores se agrupan en tres niveles (**inicial, intermedio y avanzado**) <sup>7</sup> y dan cuenta del grado de desarrollo del foco de evaluación.

**Inicial:** Implica un cumplimiento esencial para el funcionamiento del centro de salud.

**Intermedio:** Si bien refiere a un avance en el cumplimiento respecto al inicial, aún tiene oportunidad de mejora.

**Avanzado:** Implica el cumplimiento óptimo del foco de evaluación por parte del centro de salud.

Por último, en la sección **registro de cumplimiento** <sup>9</sup> se deberá enumerar todos aquellos documentos o registros que den cuenta del cumplimiento del elemento verificador. No son aceptables como evidencia las descripciones verbales, declaraciones de cumplimiento u otros fundamentos no comprobables.

## Registro de la herramienta de evaluación en REDCap

Con el objetivo de facilitar el registro de la herramienta de evaluación en los centros de salud se utilizará la plataforma de captura y gestión de información REDCap<sup>2</sup>. En el siguiente [link](#) se encuentra disponible un breve instructivo con el paso a paso para la utilización de la misma .

A continuación se presenta un ejemplo de cómo se visualizará la herramienta de evaluación en la plataforma.

### Plan de evaluación y mejora de la calidad en el PNA - Gestión Salud



Página 2 de 15

## 1 GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN

### 1.1 Gestión de turnos

#### 1.1.1 Turnos programados y protegidos

Un turno programado es aquel que se otorga en un centro de salud del PNA de forma anticipada, a distancia o en el centro de salud, para una consulta de salud. El turno no debe corresponder a la misma jornada en la que es solicitado. Se entiende por turno protegido en un nivel de mayor complejidad a una fracción de tiempo que los efectores de este nivel tienen reservada para solicitud de consultas de salud.

La gestión de turnos permite la organización de la oferta asistencial y también facilita la accesibilidad de los/as usuarios/as de acuerdo a sus necesidades.

#### Objetivos:

- Contar con un sistema de gestión de turnos
- Favorecer la accesibilidad a la atención
- Mejorar el flujo de usuarios/as entre los distintos niveles de atención

Niveles	Elementos verificadores	No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evaluado	NA
Inicial	A- El centro de salud cuenta con un sistema de turnos programados, que se solicitan de manera presencial <i>* debe aportar un valor</i>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
	B- El centro de salud cuenta con una red informal para la asignación de turnos protegidos <i>* debe aportar un valor</i>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
	C- El centro de salud cuenta con un sistema de turnos programados, que se solicitan de manera presencial y telefónica <i>* debe aportar un valor</i>	<input type="radio"/> restablecer el valor				
	D- El centro de salud cuenta con un sistema de turnos y que establece una proporción de tiempo asignado a turnos programados y otro	<input type="radio"/>				

2 Research Electronic Data Capture por sus siglas en inglés. Este es un software que captura datos electrónicos y los guarda en bases de datos diseñadas para estudio de investigación. Se caracteriza por operar en navegadores web.

## Sistema de calificación

Una vez finalizada la aplicación de la herramienta, se obtendrán los resultados del desempeño del centro de salud en tres niveles:

- I. Por elemento verificador.
- II. Por grado de desarrollo del foco de evaluación.
- III. Por grado de desarrollo integral del centro de salud.

### I Puntuación por elementos verificadores

A la hora de evaluar los elementos verificadores, se tomará la etapa ejecutada como punto de corte para determinar el cumplimiento o no del elemento verificador. Por lo tanto, el cumplimiento de los elementos verificadores será categorizado de la siguiente manera:

**No cumplido:** Elemento verificador no ejecutado.

**Cumplido:** Elemento verificador puntuado en la etapa ejecutado o superior.

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evaluado	NA
Inicial	A- El centro de salud cuenta con un sistema de turnos programados, que se solicitan de manera presencial.			✓		
	B- El centro de salud cuenta con una red informal para la asignación de turnos protegidos.			✓		
Intermedio	C- El centro de salud cuenta con un sistema de turnos programados, que se solicitan de manera presencial y telefónica.		✗			
	D- El centro de salud cuenta con un sistema de turnos y que establece una proporción de tiempo asignado a turnos programados y otro a la demanda espontánea (ej. sobre-turnos).		✗			
	E- El centro de salud cuenta con un sistema formal y definido en conjunto con los efectores de referencia, para la asignación de turnos protegidos, ya sea por vía presencial o telefónica.			✓		
Avanzado	F- El centro de salud cuenta con un sistema de turnos programados, que se solicitan de manera presencial y telefónica/vía web, para todos los servicios y/o especialidades.		✗			
	G- El centro de salud cuenta con un sistema de turnos programados que contempla diversos horarios de atención (matutinos, vespertinos, nocturnos y sábados).	✗				
	H- El centro de salud cuenta con una sistema formal y definido en conjunto con los efectores de referencia, para la asignación de turnos protegidos, ya sea por vía presencial, telefónica o vía web.	✗				

1. Se evalúa la etapa de cumplimiento (**No Iniciado-Planificado-Ejecutado-Evaluado**) de cada elemento verificador para cada uno de los niveles (inicial, intermedio, avanzado).

2. Se considera un nivel cumplido cuando **más de la mitad** de los elementos verificadores del nivel han sido respondidos como ejecutados.

3. Se califica al elemento de evaluación según el **máximo nivel** alcanzado.



### II Puntuación por niveles de desarrollo del foco

Para considerar el nivel de desarrollo alcanzado en cada foco de evaluación, se considera que deben tener cumplidos más de la mitad de los elementos verificadores que lo integran. La cantidad de elementos verificadores no es igual para todos los focos de evaluación, por este motivo se aclara que:

- Cuando el nivel tiene un elemento verificador: se considerará cumplido cuando el mismo se encuentre al menos en la *etapa ejecutado*.
- Cuando el nivel tiene dos elementos verificadores: se considerará cumplido cuando ambos elementos verificadores se encuentren en *etapa ejecutado*.
- Cuando el nivel tiene tres o más elementos verificadores: se considerarán cumplidos cuando el 50% de los elementos verificadores se encuentren en *etapa ejecutado*.

Los niveles dentro de cada foco de evaluación son **incrementales**, por lo tanto, incluyen al nivel previo. En consecuencia, se calificará al foco de evaluación en el nivel máximo en el que los elementos verificadores hayan sido puntuados como mínimo con una cruz en etapa de ejecutado. En aquellos casos en donde ningún elemento verificador esté cumplido, el foco de evaluación no se encontrará en ninguna categoría.

### III Asignación de nivel de desarrollo del centro de salud

Una vez realizado el análisis de cada foco de evaluación y sus correspondientes elementos verificadores se pasa a la etapa de asignación de nivel de desarrollo del centro de salud.

El nivel de desarrollo pretendido de cada centro de salud puede definirse en tres categorías:

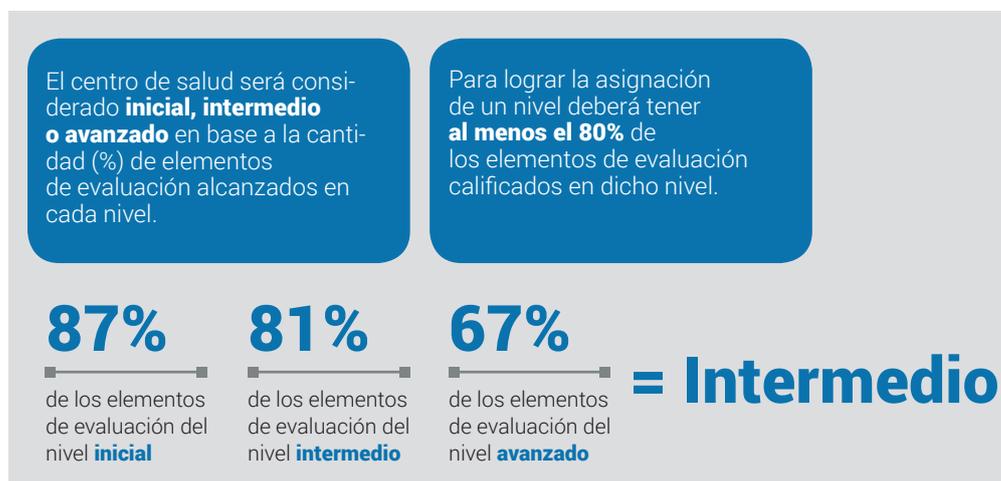
**Inicial:** nivel estándar de desempeño de un centro de atención del primer nivel de atención, de cumplimiento prioritario para su funcionamiento.

**Intermedio:** nivel de desempeño superador al inicial pero que aún tiene oportunidades de mejora.

**Avanzado:** nivel de desempeño y cumplimiento óptimo por parte del centro de salud.

El centro de salud será considerado **inicial, intermedio o avanzado** en base a la cantidad de focos de evaluación categorizados en los distintos niveles. Para lograr la asignación a un nivel de desarrollo, el centro de salud deberá tener el **80%** de los focos de evaluación en la etapa ejecutada o evaluada. Por ejemplo, un centro de salud será considerado nivel inicial si al menos el 80% de la totalidad de los focos de evaluación tienen cumplidos (ejecutado/evaluado) los elementos verificadores del nivel inicial. Durante el próximo período de evaluación el centro de salud pasará a medirse en el nivel superior (intermedio), y a realizar los planes de mejora detectados en el nivel de medición del período evaluado.

## Sistema de calificación. Evaluación general



## ¿Cómo utilizar los resultados de la evaluación?

### Establecer prioridades en las áreas de mejora

Los resultados de la evaluación serán comunicados a todo el centro de salud y examinados con el fin de identificar las principales conclusiones de la evaluación, las áreas en las cuales es más necesario actuar y el tipo de acción que se demanda.

### Desarrollar e implementar un plan de mejora

Aunque la evaluación es el punto de partida para una estrategia de mejora a largo plazo, la evaluación brindará elementos y evidencia sobre oportunidades de mejora en áreas que deberán ser abordadas rápida y fácilmente. Para abordar aquellas áreas a mejorar, el centro de salud deberá elaborar un plan de mejora en el que tendrán que definir la iniciativa de mejora, desarrollar las actividades específicas que competen a dicha mejora y determinar los resultados esperados.

### Controlar el progreso y repetir la evaluación

Una vez implementado el plan de mejora es necesario realizar un monitoreo de los resultados obtenidos y repetir la evaluación para verificar si el plan de mejora logró el efecto deseado.

Grupo 1

# Gestión y organización

# 1. GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN

## 1.1 Gestión de turnos

### 1.1.1 Turnos programados y protegidos

Un turno programado es aquel que se otorga en un centro de salud del PNA de forma anticipada, a distancia o en el centro de salud, para una consulta de salud. El turno no debe corresponder a la misma jornada en la que es solicitado.

Se entiende por turno protegido en un nivel de mayor complejidad a una fracción de tiempo que los efectores de este nivel tienen reservada para solicitud de consultas de salud.

La gestión de turnos permite la organización de la oferta asistencial y también facilita la accesibilidad de los/as usuarios/as de acuerdo a sus necesidades.

#### **Objetivos:**

- Contar con un sistema de gestión de turnos.
- Favorecer la accesibilidad a la atención.
- Mejorar el flujo de usuarios/as entre los distintos niveles de atención.

### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud cuenta con un sistema de turnos programados, que se solicitan de manera presencial.					
	B- El centro de salud cuenta con una red informal para la asignación de turnos protegidos.					
<b>Intermedio</b>	C- El centro de salud cuenta con un sistema de turnos programados, que se solicitan de manera presencial y telefónica.					
	D- El centro de salud cuenta con un sistema de turnos y que establece una proporción de tiempo asignado a turnos programados y otro a la demanda espontánea (ej. sobre-turnos).					
	E- El centro de salud cuenta con un sistema formal definido en conjunto con los efectores de referencia, para la asignación de turnos protegidos, ya sea por vía presencial o telefónica.					
<b>Avanzado</b>	F- El centro de salud cuenta con un sistema de turnos programados, que se solicitan de manera presencial y telefónica/vía web, para todos los servicios y/o especialidades.					
	G- El centro de salud cuenta con un sistema de turnos programados que contempla diversos horarios de atención (matutinos, vespertinos, nocturnos y sábados).					
	H- El centro de salud cuenta con una sistema formal y definido en conjunto con los efectores de referencia, para la asignación de turnos protegidos, ya sea por vía presencial, telefónica o vía web.					

### Registro de cumplimiento:

## 1.2 Sistemas de información y comunicación

### 1.2.1 Conectividad e infraestructura informática

La conectividad es un requisito fundamental para la comunicación entre los efectores del sistema de salud y con los/as usuarios/as.

#### Objetivos:

- Poseer conectividad dentro del centro de salud.
- Mejorar la comunicación entre los efectores.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud dispone de línea telefónica para comunicarse con otros centros de atención o con los/as usuarios/as.					
<b>Intermedio</b>	B- El centro de salud dispone de conexión a internet, al menos de forma intermitente.					
<b>Avanzado</b>	C- El centro de salud dispone de conexión a internet de manera permanente, y que resulta suficiente para las actividades desarrolladas.					
	D- El centro de salud posee red de cableado interno o WIFI que conecta los equipos informáticos en todos los puntos de atención y en la recepción del centro (computadoras/tablets/otros).					

#### Registro de cumplimiento:

### 1.2.2 Identificación unívoca (empadronamiento)

La identificación correcta y unívoca de los/as usuarios/as en los sistemas informáticos es una prioridad para construir el historial clínico electrónico de los mismos.

#### Objetivos:

- Contar con un proceso para la identificación de los/as usuarios/as.
- Disminuir el riesgo de errores.
- Contar con historial clínico confiable e inequívoco.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud cuenta con un registro en soporte electrónico de los/as usuarios/as atendidos, con los 6 datos básicos (nombres, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, tipo de documento y número de documento).					
<b>Intermedio</b>	B- El centro de salud realiza el registro/empadronamiento con el/la usuario/a presente en un sistema informático que verifica en línea los datos correctos. Por ej. validación con el Índice Maestro de Pacientes (Master Patient Index-MPI) provincial, RENAPER, Federador, etc.					
<b>Avanzado</b>	C- El centro de salud cuenta con un proceso estandarizado de control periódico para encontrar registros de usuarios/as duplicados y/o incompletos y corregirlos.					

#### Registro de cumplimiento:

### 1.2.3 Área de responsabilidad y georreferencia

El conocimiento del área de responsabilidad por parte de los centros de salud del PNA, definida como el ámbito geográfico de cobertura asignado a un establecimiento de salud, permite al centro de salud comprometerse a realizar acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y resolución de problemas de salud de baja complejidad de estas personas (población asignada).

#### Objetivos:

- Contar con un área específica de referencia.
- Conocer el área de intervención y su población asignada.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua- do	NA
Inicial	A- El centro de salud dispone de cartografía (en formato papel) del área de responsabilidad.					
	B- El centro de salud tiene registrado el domicilio de los/as usuarios/as.					
Intermedio	C- El centro de salud dispone de cartografía digital del área de responsabilidad.					
	D- El centro de salud tiene registrado el domicilio de los/as usuarios/as en formato digital.					
Avanzado	E- El centro de salud tiene a la población asignada georreferenciada dentro de su área de responsabilidad.					

#### Registro de cumplimiento:

#### 1.2.4 Historia clínica

La historia clínica (HC) debe ser el sitio de carga primaria y consulta de toda la información clínica de los/as usuarios/as, permitiendo la continuidad de cuidados (longitudinal e integral) de las personas. Si la historia clínica es electrónica favorece el flujo de la información y facilita la continuidad de la atención.

##### **Objetivos:**

- Contar con una HC por usuario/a donde registrar los episodios de contacto con el centro.
- Lograr la trazabilidad de los/as usuarios/as, las acciones necesarias y cuidados realizados.

### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua- do	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud posee una historia clínica única por persona (puede ser en papel) por lo que todo el equipo de salud tiene acceso y utiliza la misma historia clínica.					
	B- El centro de salud tiene un sistema que registra los motivos de consulta o diagnósticos individualizado por persona, en texto libre o codificado (SNOMED, CIE-10, etc.)					
<b>Intermedio</b>	C- El centro de salud posee un sistema de historia clínica electrónica por persona en al menos un punto de atención (consultorio/enfermería/farmacia), que codifica diagnósticos y otras variables clínicas usando el estándar SNOMED.					
	D- El centro de salud cuenta con un Plan de Contingencia Informática que explique qué hacer en caso de quedarse sin sistema (de HC electrónica o el de motivos de consultas).					
	E- El centro de salud tiene acceso a una mesa de ayuda (presencial, telefónica o vía web) para resolver dudas y problemas con los sistemas.					
	F- El equipo de salud realiza cursos periódicos (como mínimo cada vez que se incorpora una nueva funcionalidad, o cuando se suma un nuevo integrante al equipo) para capacitarse en el uso de la historia clínica electrónica y otros sistemas administrativos (por ejemplo: empadronamiento, turnos, farmacia, laboratorio e imágenes).					
<b>Avanzado</b>	G- El centro de salud posee un sistema de historia clínica electrónica única en todos los puntos de atención (consultorio/ enfermería/ farmacia).					
	H- El centro de salud realiza actividades de control, al menos de manera anual, de los datos volcados en las historias clínicas electrónicas, a fin de encarar actividades para mejorar la calidad del registro.					
	I- El centro de salud realiza capacitaciones y simulaciones al menos anuales sobre el plan de contingencia informática.					

### Registro de cumplimiento:

## 1.3 Capacitación y trabajo en equipo

### 1.3.1 Capacitación profesional

La formación profesional en un ámbito de conocimientos cambiantes y evolutivos como es el de la salud es fundamental para poder lograr un adecuado nivel de atención bajo criterios de calidad. Por otra parte, para una adecuada gestión clínica, es necesario contar con procesos de educación permanente en salud para revisar y trabajar en forma conjunta las problemáticas de gestión. Las instituciones que implementan efectivamente programas de capacitación y sistemas de evaluación de la adquisición de habilidades y conocimientos y revisión de sus prácticas permiten a sus integrantes alcanzar las metas de desempeño que exige el contexto.

#### **Objetivos:**

- Generar una cultura de aprendizaje.
- Contar con personal capacitado y actualizado a las mejores prácticas.

### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
<b>Inicial</b>	A- Al menos la mitad del equipo de salud realizó al menos una capacitación relacionada con su profesión o actividad en el centro de salud en el último año.					
	B- El equipo de salud realizó reuniones de capacitación en servicio al menos una en el último año.					
	C- El centro de salud dispone de un registro de las capacitaciones y de los participantes en las mismas.					
<b>Intermedio</b>	D- Al menos el 80% del equipo de salud realiza anualmente al menos una capacitación relacionada con su profesión o actividad en el centro de salud.					
	E- El equipo de salud realiza reuniones mensuales de capacitación en servicio.					
	F- El centro de salud utiliza el registro de las capacitaciones y de los participantes en las mismas para la planificación de las capacitaciones del equipo de salud.					
<b>Avanzado</b>	G- El 100% del equipo de salud realiza anualmente al menos una capacitación relacionada con su profesión o actividad en el centro de salud.					
	H- El equipo de salud realiza reuniones mensuales de capacitación en servicio utilizando evidencia científica (por ejemplo guías de práctica clínica).					
	I- El centro de salud dispone de un Plan de Capacitación Anual, que incorpora necesidades relevadas y analiza las capacitaciones ya realizadas por el equipo.					
	J- El centro de salud recibe estudiantes de grado y posgrado en profesiones y/o especialidades afines a la Educación en Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC).					
	K- El equipo de salud dispone de horario protegido para la capacitación/actualización dentro de su carga horaria.					

### Registro de cumplimiento:

### 1.3.2 Trabajo en equipo y gestión de la calidad

La planificación y los espacios de discusión que incluyan a todo el equipo de salud del PNA han demostrado ser herramientas que permiten mejorar la calidad de las decisiones y el clima de trabajo.

#### Objetivos:

- Contar con tiempo protegido para la organización, realización de tareas y planificación de acciones para la discusión y mejora de problemas en la atención de los/las usuarios/as.
- Generar espacios de discusión y debate.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evaluated	NA
Inicial	A- El equipo de salud realizó reuniones, al menos una al año en el último año, para analizar problemas prevalentes.					
	B- En el centro de salud se realizan reuniones de equipos multidisciplinarios con el fin de planificar y debatir las oportunidades de mejora.					
Intermedio	C- El equipo de salud realizó reuniones mensuales (durante el último año) para analizar problemas prevalentes.					
	D- El 75% de las reuniones (ya sean por problemas prevalentes o por oportunidades de mejoras) cuentan con agenda, lista de participantes y minutas/actas que documentan temas discutidos y próximos pasos acordados.					
Avanzado	E- El equipo de salud realiza reuniones mensuales para analizar problemas de salud prevalentes utilizando evidencia científica (por ejemplo, guías de práctica clínica desarrolladas por la Secretaría de Gobierno de Salud o provinciales con validación nacional).					
	F- El centro de salud dispone de un sistema de reporte de problemas/ inconvenientes hallados en la atención de los/as usuarios/as y de oportunidades de mejora posibles, con el fin de optimizar la dinámica de las reuniones.					

#### Registro de cumplimiento:

## Residuos de establecimientos de salud (RES) y bioseguridad

### 1.4.1 Infraestructura e insumos

Hace referencia a determinadas condiciones que deben existir en el establecimiento para el cumplimiento de una adecuada gestión de RES<sup>3</sup> y de higiene y seguridad.

#### Objetivo:

- Tener los elementos necesarios para cumplir con las normas ambientales, de higiene, seguridad y calidad laboral.
- Cumplir con las recomendaciones y normativas legales vigentes.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud cuenta con: bolsas rojas y negras, y descartadores para corto punzantes; contenedores primarios para la segregación de los residuos; local de almacenamiento final de residuos sólidos urbanos (RSU), y de residuos biopatógenicos que cumple con los requisitos (lavable, cerrado e identificado); extintores contra incendio; salidas de emergencia; rampas de acceso; luz de emergencia; y elementos de protección personal (EPP).					
<b>Intermedio</b>	B- El centro de salud cuenta con: balanza apropiada para pesaje de residuos; señalética de bioseguridad y gestión de residuos de establecimientos de salud (RES); y carro para el transporte interno de RES.					
<b>Avanzado</b>	C- El centro de salud cuenta con: bolsas rojas, negras y amarillas, y poseen descartadores para corto punzantes; carros exclusivos, diferenciados e identificados, para el transporte interno de cada tipo de residuo (comunes, biopatógenicos y químicos peligrosos); local de almacenamiento final de residuos comunes, de residuos biopatógenicos, y de residuos químicos peligrosos que cumple con los requisitos (lavable, cerrado e identificado) y grupo electrógeno.					

#### Registro de cumplimiento:

3 Cursos Virtuales:

Introdutorio de Gestión Integral de Residuos en Establecimientos de Salud. Disponible en: <https://www.plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/>,

Materiales de Consulta del Área Técnica de Salvaguarda Ambiental (DGPPSE). Disponible en: <https://www.plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/>

### 1.4.2 Gestión de residuos de establecimientos de salud (RES) y bioseguridad

Hace referencia a acciones propias de la gestión de residuos y bioseguridad, en cuanto a clasificación y segregación de residuos, utilización de indicadores, encargados de gestión de residuos y bioseguridad, capacitación del personal, etc.

#### **Objetivos:**

- Contar con una adecuada gestión de RES.
- Cumplir con las normas ambientales y de bioseguridad.
- Minimizar los riesgos laborales e impactos ambientales asociados al trabajo.

### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
Inicial	A- El centro de salud cuenta con clasificación y segregación de residuos comunes y residuos biopatógenos.					
	B- El personal del centro de salud participa de capacitaciones en gestión de residuos.					
Intermedio	C- El centro de salud cuenta con: 1- Responsable informal de la gestión de RES y bioseguridad. 2- Clasificación y segregación de residuos comunes, biopatógenos y reciclables. 3- Capacitaciones sistemáticas en gestión de residuos. 4- Recorridos informales de supervisión del desempeño de la gestión de los residuos.					
	D - El centro de salud cuenta con la siguiente documentación: 1. Manifiestos de transporte de residuos biopatógenos; certificado de tratamiento y disposición final de residuos biopatógenos. 2. Manuales de procedimiento en cuanto a clasificación y segregación de residuos, uso de elementos de protección personal (EPP), transporte interno de recolección, almacenamientos de RES, y limpieza de contenedores.					
Avanzado	E - El centro de salud cuenta con todos los siguientes ítems: 1- Responsable o preferentemente, un equipo encargado o comité designado por la dirección para el manejo de la gestión de residuos y bioseguridad. 2- Clasificación y segregación de residuos comunes, reciclables, biopatógenos, y otros químicos peligrosos (por ejemplo, medicamentos vencidos o citostáticos, líquidos radiológicos, formol, xilol, etc.) 3- Capacitaciones sistemáticas y obligatorias en gestión de residuos. 4- Realizan auditorías formales de seguimiento de la gestión de RES; 5- Indicadores de generación y segregación sostenidos y comparables en el tiempo.					
	F. El centro de salud cuenta con la siguiente documentación: 1. Constancia de entrega de los elementos de protección personal (EPP); y registro de accidentes e incidentes laborales y/o enfermedades profesionales. 2. Manifiestos de transporte de residuos químicos peligrosos; y certificados de tratamiento y disposición final de residuos químicos peligrosos. 3. Documentos que explicitan las acciones a seguir ante caso de accidentes (incendio, cortopunzante, etc.)					

### Registro de cumplimiento:

## 1.5 Experiencia y seguridad del usuario/a

### 1.5.1 Participación comunitaria y experiencia de cuidado del usuario/a

La participación comunitaria es fundamental para promover cambios en el modelo de atención, centrados en la persona, la familia y la comunidad. Representa la aceptación de que las personas y las comunidades pueden involucrarse activamente en el proceso salud - enfermedad - atención, desde la detección de necesidades y elaboración de propuestas, hasta la ejecución y evaluación.

#### Objetivos:

- Conocer la experiencia del usuario/a.
- Detectar oportunidades de mejora que lleven a la mejora de la atención.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evaluated	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud cuenta con mecanismos de consulta a la comunidad para identificar necesidades y/o prioridades a ser abordadas o implementadas desde el centro de salud (por ejemplo: buzón de sugerencias, encuestas, o reuniones de consulta para la toma de decisiones).					
	B- El centro de salud realizó al menos una evaluación de la experiencia de cuidado de los/as usuarios/as en el centro de salud en el último año.					
<b>Intermedio</b>	C- El centro de salud genera proyectos participativos, en los cuales se delegan facultades de decisión a representantes de la comunidad o al menos se consideran las recomendaciones y propuestas brindadas por los mismos.					
<b>Avanzado</b>	D- El centro de salud implementa mecanismos de co-gestión, que implican la co-decisión, haciendo que la participación sea institucionalizada y compartida.					

#### Registro de cumplimiento:

### 1.5.2 Acogimiento

El dispositivo de acogimiento en la puerta entrada permitirá construir progresivamente una experiencia en torno a la recepción y escucha de esa primera demanda que llega, y su encaminamiento, como también promover transformaciones que “acojan”, que “reciban bien” y que “hagan parte” a la comunidad del proceso que se inicia con la primera demanda que llega al centro de salud; partiendo del reconocimiento de su situación concreta, de su capacidad operativa, y de las necesidades singulares.

#### Objetivos:

- Atender/dar respuesta/ a todas las personas que se acercan a los servicios de salud o lo precisan, garantizando la accesibilidad universal.
- Promover la participación de diferentes disciplinas y trabajadores/as en la escucha de esa demanda que llega, en su interpretación y en el trazado de un camino para su resolución.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua- do	NA
Inicial	A- El centro de salud tiene una persona y un espacio identificable para realizar recepción y orientación de la demanda de los/as usuarios/as.					
Intermedio	B- El equipo de salud cuenta con al menos un integrante del equipo formado en la recepción de usuarios/as. <sup>4</sup>					
	C- El centro de salud desarrolla/pone en funcionamiento un dispositivo de acogimiento para la recepción de la demanda espontánea.					
Avanzado	D- El equipo de salud cuenta con formación específica en acogimiento (al menos 2 integrantes).					
	E- El centro de salud realiza revisiones, al menos cuatrimestrales, para identificar las mejoras necesarias para la implementación del acogimiento como herramienta/dispositivo.					
	F- El centro de salud dispone de un protocolo de organización y funcionamiento del dispositivo de acogimiento.					

#### Registro de cumplimiento:

4 Oferta de capacitación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (MSyDS) sobre Acogimiento: Curso de Formación Interdisciplinaria: Capacitación en la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. <https://www.plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/>

### 1.5.3 Uso seguro de medicación

Los medicamentos constituyen una fuente de eventos adversos relacionados con la atención. En el ámbito del PNA existen múltiples fuentes de potenciales errores relacionados con la adquisición, conservación, prescripción basada en la evidencia, dispensación e información al usuario/a. Estas circunstancias son potenciadas por la polifarmacia y la multimorbilidad de los/as usuarios/as.

#### Objetivos:

- Contar con iniciativas relacionadas al uso seguro de medicamentos.
- Intentar disminuir los errores relacionados a la medicación.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
Inicial	A- El centro de salud dispone de guías de práctica clínica para definir los criterios de prescripción de medicamentos y vacunas.					
Intermedio	B- El centro de salud registra en la historia clínica la información (motivo de uso, frecuencia, vía, efectos secundarios/pautas de alarma) brindada a los/as usuarios/as en cuanto a la medicación y vacunas que reciben, acorde a las guías de práctica clínica.					
	C- El centro de salud dispone de un procedimiento de identificación de usuarios/as para las situaciones de mayor riesgo (medicación de alto riesgo como: insulina, psicofármacos y procedimientos invasivos).					
Avanzado	D- El centro de salud dispone de criterios de prescripción para los principales motivos de consulta, como así también una revisión al menos de manera anual de su adecuación.					

#### Registro de cumplimiento:

### 1.5.4 Infecciones asociadas a los cuidados de la salud

Las infecciones asociadas al cuidado de la salud constituyen una fuente importante para la reducción de eventos adversos. En el ámbito del PNA se desarrollan acciones de menor riesgo que en otros niveles de atención, pero los procedimientos y otros actos pueden generar oportunidades de transmisión de gérmenes que pueden afectar a usuarios/as, familiares y profesionales de la institución.

#### Objetivos:

- Implementar acciones relacionadas al control de infecciones asociadas al cuidado de la salud.
- Cumplir con las metas de seguridad emitidas por la organización mundial de la salud, disminuyendo el número de infecciones relacionadas al cuidado de la salud.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua- do	NA
Inicial	A- El personal cuenta con los recursos necesarios para la apropiada higiene de manos: agua potable, jabón, y solución hidroalcohólica.					
	B- El centro de salud dispone de un proceso y tecnología adecuada para la limpieza y esterilización de materiales cuando sea necesario.					
Intermedio	C- El centro de salud realiza al menos una capacitación anual del personal para reforzar las pautas de higiene de manos, medidas de protección y bioseguridad.					
Avanzado	D- El centro de salud desarrolla actividades de evaluación del desempeño de estas iniciativas y medidas correctivas ante desvíos.					
	E- El centro de salud corrobora la realización de exámenes pre-ocupacionales y ocupacionales a los trabajadores que se encuentran expuestos a los agentes de riesgo.					
	F- El centro de salud verifica que se cumplan las condiciones de higiene y seguridad dispuestas por la ley.					

#### Registro de cumplimiento:

## 1.6 Procesos administrativos

### 1.6.1 Uso de fondos

Los centros de salud del PNA utilizan los fondos recibidos para aumentar los servicios de salud y mejorar la calidad de la atención. En la gestión de los establecimientos, la planificación del uso de fondos como herramienta de gestión, ayuda a fijar prioridades permitiéndole a cada centro de salud mejorar la utilización de los recursos disponibles. Asimismo, la gestión participativa y transparente de los fondos genera un mayor compromiso por parte de los equipos de salud, ya que les permite adoptar estrategias en función de sus prioridades y necesidades.

#### **Objetivos:**

- Lograr una asignación más eficiente y oportuna de los recursos recibidos por los centros de salud del PNA.
- Gestionar de manera autónoma y flexible los recursos según las necesidades identificadas por el personal.
- Lograr una definición del uso de los fondos participativa y transparente tanto con los equipos de salud como con la comunidad.

### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud recibe fondos sobre los que puede disponer para el cumplimiento de sus funciones.					
	B- El centro de salud implementa mecanismos para identificar y priorizar necesidades al momento de decidir el uso de los fondos.					
<b>Intermedio</b>	C- El centro de salud cuenta con mecanismos que promueven la participación de los equipos de salud en la identificación de necesidades y el desarrollo de propuestas para el uso de los fondos.					
	D- El centro de salud cuenta con mecanismos de información y rendición del uso de los fondos al equipo de salud.					
<b>Avanzado</b>	E- El proceso de decisión del uso de los fondos en el centro de salud cuenta con la participación vinculante del equipo de salud.					
	F- El centro de salud da a conocer a la comunidad los gastos e inversiones realizados con los fondos recibidos.					
	G- El centro de salud cuenta con mecanismos que promueven la participación de la comunidad en la identificación de necesidades y el desarrollo de propuestas para el uso de los fondos.					

### Registro de cumplimiento:

Grupo 2

# Atención de la salud

## 2. ATENCIÓN DE LA SALUD

### 2.1 Coordinación y continuidad del cuidado integral de la salud

#### 2.1.1 Concepto global de continuidad y coordinación

El cuidado continuo implica la continuidad de la relación entre el equipo de salud y el/la usuario/a (longitudinalidad) y la continuidad de la información. La coordinación del cuidado es la prestación de cuidados coherentes por diferentes profesionales de la salud. La coordinación y continuidad de los cuidados son componentes clave en la efectividad y eficiencia del sistema de salud, y son esenciales para una atención de salud de alta calidad.

#### Objetivos:

- Lograr que los/as usuarios/as reciban un cuidado continuo y coordinado.
- Lograr mayor comprensión y conocimiento del estado de salud integral de las personas.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evaluated	NA
Inicial	A- El centro de salud implementa instrumentos de seguimiento que agrupan personas según eventos como el fichero cronológico.					
Intermedio	B- El centro de salud dispone de elementos estandarizados para registrar eventos de salud de un/a usuario/a a lo largo del tiempo en la historia clínica (ej. hoja de seguimiento de usuarios/as diabéticos/as, niños/as con bajo peso, etc.)					
Avanzado	C- El centro de salud utiliza herramientas específicas (por ejemplo: Telesalud) para la coordinación del cuidado entre los distintos niveles de atención.					
	D- Cada uno de los/las usuarios/as es adscrito a un equipo de salud. Es decir, se vinculan y reciben seguimiento por un mismo equipo de salud perteneciente al centro de salud.					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.1.2 Continuidad del cuidado. Conocimiento de la población asignada

La información socio demográfica y de salud de la población asignada al centro de salud del PNA permite comprender el estado de salud de la misma, y poder planificar y llevar a cabo acciones para mejorar su salud.

#### Objetivos:

- Poder gestionar la información referente a las necesidades y problemas de salud de su población asignada.
- Planificar y desarrollar actividades orientadas a mejorar la salud de su población asignada.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
Inicial	A- El centro de salud dispone de procedimientos para relevar datos provenientes de su población asignada (ej.: rondas sanitarias).					
Intermedio	B- El centro de salud analiza la información proveniente de su población asignada (ej.: informe socio-epidemiológico).					
Avanzado	C- El centro de salud digitaliza la información de los procedimientos utilizados para relevar datos provenientes de su población asignada.					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.1.3 Coordinación del cuidado. Comunicación entre niveles, referencia y contrarreferencia

El trabajo coordinado y en conjunto entre los distintos niveles de atención facilita la integralidad del cuidado, permitiendo que el/la usuario/a reciba atención adecuada acorde a sus necesidades. Cuando los/as usuarios/as del centro de salud del PNA requieren la atención de un/una profesional que se encuentra en otro nivel de atención, compartir información completa del/de la usuario/a permite una mejor coordinación entre los niveles de atención y la optimización de recursos.

#### Objetivos:

- Trabajar en forma coordinada entre los distintos niveles de atención.
- Fortalecer la comunicación entre niveles de cuidado.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evaluated	NA
Inicial	A- El centro de salud del PNA conoce cuáles son sus efectores de referencia asignados.					
	B- El centro de salud del PNA coordina la atención con otros hospitales o centros de salud pertenecientes a su red de atención.					
Intermedio	C- El centro de salud del PNA utiliza una herramienta (en papel o sistema informático) de referencia y contrarreferencia en la que queda documentada la comunicación con el/la usuario/a y entre los efectores.					
	D- El centro de salud del PNA revisa periódicamente el flujo de referencia/contrarreferencia para mejorar la comunicación con los efectores pertenecientes a su red (identificar qué factores tienen bajo nivel de contrarreferencia documentada).					
Avanzado	E- El proceso de referencia/contrarreferencia a otro establecimiento se encuentra detallado en un documento (ejemplo: guía o manual de procedimientos propio, municipal o provincial).					
	F- El centro de salud del PNA realiza un seguimiento activo para captar al paciente que no regresa al centro de salud luego de la interconsulta.					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.1.4 Sistema de seguimiento de exámenes complementarios

La información obtenida a través de los exámenes complementarios tiene impacto en las decisiones que tanto los/as usuarios/as como los/as profesionales de la salud hacen en relación al cuidado de la salud. La utilización de un sistema de seguimiento de exámenes complementarios asegurará que los/las integrantes del equipo de salud manejen de forma efectiva la información relevante para el cuidado del/de la usuario/a.

#### Objetivos:

- Garantizar el acceso a la información de manera oportuna.
- Basar la atención de los/as usuarios/as según los resultados obtenidos.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evaluable	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud tiene definido el circuito que se realiza desde la toma de muestra (PAP, test de VPH y extracción de sangre) hasta obtener el resultado del mismo.					
<b>Intermedio</b>	B- El centro de salud tiene algún mecanismo para el manejo de los resultados de exámenes complementarios que incluya un sistema de alerta ante resultados anormales.					
	C- El centro de salud posee procedimientos para informar a los/las usuarios/as los resultados anormales (por ejemplo búsqueda activa de los/as usuarios/as ante un resultado anormal).					
<b>Avanzado</b>	D- El centro de salud supervisa que los exámenes complementarios hayan sido realizados.					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.1.5 Orientación familiar y comunitaria

Desde lo familiar y comunitario se trabaja para desplazar a la enfermedad de un lugar central, teniendo en cuenta que las personas suelen vivir en familia, y en una comunidad, siendo estos aspectos necesarios para tener una mirada integral de su estado de salud.

#### Objetivos:

- Lograr que la familia se convierta en el contexto para dar respuesta de los problemas de salud de la población.
- Generar una respuesta integral e integrada en donde el equipo de salud trabaja con el/la usuario/a, la familia y la comunidad donde viven.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua- do	NA
<b>Inicial</b>	A- El equipo de salud realiza acciones para identificar y caracterizar su población a cargo, incluyendo aspectos de la composición de las familias y de la comunidad en donde viven.					
<b>Intermedio</b>	B- El equipo de salud cuenta con dispositivos y/o mecanismos para identificar el riesgo/la vulnerabilidad de las familias asignadas y tiene identificadas en áreas y microáreas las familias más vulnerables.					
<b>Avanzado</b>	C- La información generada a partir de los dispositivos y/o mecanismos que determinan el riesgo/vulnerabilidad se encuentra registrada en la historia clínica y otros registros (ficheros cronológicos, etc.), y se utiliza para planificar las acciones en la población a cargo, priorizando las familias de alta vulnerabilidad.					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.1.6 Organización de la población a cargo en los equipos de salud familiar y comunitaria

El trabajo en los equipos de salud familiar y comunitaria es interdisciplinario e implica complementar actividades comunes a todo el equipo, con aquellas que son específicas, compartiendo la responsabilidad de sus resultados. Su tarea implica garantizar asistencia básica integral y continua; priorizar las áreas de intervención y los problemas de salud a través de acciones intersectoriales orientadas a factores comportamentales, alimenticios y/o ambientales, y participar en la planificación y en la evaluación de las acciones.

#### **Objetivos:**

- Contar con equipos de salud familiar y comunitaria.
- Organizar a los equipos según territorio y con la asignación de familias a cargo, por áreas y microáreas.
- Conocer las causas principales de los problemas de salud de su población a cargo.
- Planificar y desarrollar actividades conjuntas para mejorar la salud de los/as usuarios/as.

### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud tiene al menos un equipo nuclear conformado por: 1 médico/a, 1 enfermero/a, y 1 o más agentes sanitarios/promotores de la salud que trabajan articuladamente.					
<b>Intermedio</b>	B- El centro de salud tiene al menos un equipo nuclear conformado por: 1 médico/a, 1 enfermero/a, y 4 a 5 agentes sanitarios; responsables de hasta 4.000 habitantes (800 a 1000 familias). Cada agente sanitario tiene una microárea bajo su responsabilidad de 800 personas aproximadamente (200 familias).					
	C- Los equipos nucleares trabajan articuladamente planificando y evaluando su desempeño (reuniones cada 15 días entre ellos).					
<b>Avanzado</b>	D- El centro de salud además de los equipos nucleares cuenta con un equipo ampliado conformado por al menos cuatro de las siguientes disciplinas: trabajador/a social, psicólogo/a, obstétrico/a, odontólogo/a, administrativo/a, farmacéutico/a; y eventualmente otras especialidades médicas (por ejemplo pediatría, clínica médica, ginecología y obstetricia).					
	E- El centro de salud tiene actividades entre los equipos nucleares y los equipos ampliados que refleja el trabajo interdisciplinario entre ellos (ateneos, reuniones periódicas, discusión de casos y/o actividades comunitarias conjuntas) que se registran en libro de actas del centro de salud.					
	F- Los equipos núcleo y ampliados trabajan con un Equipo de Apoyo Psicosocial (EAPS) que realiza matriciamiento para el abordaje de dichas problemáticas.					
	G- Los EAPS que trabajan con los equipos nucleares y/o ampliados están conformados por al menos 4 trabajadores/as: 1 psicólogo/a y/o psiquiatra, 1 profesional de las ciencias sociales y 2 de otras disciplinas (musicoterapia, terapia ocupacional, enfermería, acompañamiento terapéutico, entre otros).					

### Registro de cumplimiento:

### 2.1.7 Coordinación y continuidad del cuidado. Población con enfermedades crónicas no transmisibles

Ante el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), los centros de salud del PNA deben realizar acciones específicas para reducir las barreras existentes para la prestación de servicios y garantizar los cuidados de la población con estas enfermedades.

#### **Objetivos:**

- Conformar un equipo de salud capacitado en la prevención y atención de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Garantizar el acceso de la población con enfermedades crónicas no transmisibles a la atención.

### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud cuenta con un sistema de turnos programados, que se solicitan de manera presencial, telefónica o vía web para personas con ECNT.					
	B- Al menos un 10% de los integrantes del centro de salud han realizado en los últimos dos años al menos un curso, presencial o virtual, elaborados por la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No transmisibles (DNPSyCECNT) (o la provincia con el aval de la DNPSyCECNT), con el propósito de implementar Guías de Práctica Clínica y otros documentos nacionales priorizados por la DNPSyCECNT.					
<b>Intermedio</b>	C- El centro de salud cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de personas con ECNT.					
	D- Al menos un 25% de los integrantes del centro de salud han realizado en los últimos dos años al menos un curso, presencial o virtual, elaborados por la DNPSyCECNT (o la provincia con el aval de la DNPSyCECNT) y, con el propósito de implementar Guías de Práctica Clínica y otros documentos nacionales priorizados por la DNPSyCECNT.					
	E- El centro de salud ofrece programas intensivos de estilo de vida saludable para personas con obesidad y/o alto riesgo a desarrollar diabetes.					
<b>Avanzado</b>	F- Al menos un 50% de los integrantes del centro de salud han realizado en los últimos dos (2) años al menos un (1) curso, presencial o virtual, elaborados por la DNPSyCECNT (o la provincia con el aval de la DNPSyCECNT), con el propósito de implementar Guías de Práctica Clínica u otros documentos nacionales priorizados por la DNPSyCECNT.					

### Registro de cumplimiento:

### 2.1.8 Cuidados paliativos (CP) en el PNA

Los CP son un modelo de atención que mejora la calidad de vida de las personas con enfermedades avanzadas, en final de vida, y/ o en momentos específicos en los que se debe proporcionar control del dolor y sus síntomas, integrando los aspectos bio-psico- socioculturales y espirituales de los/as usuarios/as y sus familias. Los equipos de salud familiar y comunitaria del PNA son los responsables primarios en la atención, coordinación y continuidad de cuidados en los CP.

#### Objetivos:

- Generar un modelo de atención con visión en cuidados paliativos.
- Contar con equipos con formación o conocimientos de atención de CP.
- Lograr que los centros de salud sean la base comunitaria de la red en el cuidado integral de las personas con necesidades paliativas.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
Inicial	A- El equipo de salud trabaja en cuidados paliativos.					
	B- Al menos uno de sus integrantes tiene formación en CP. <sup>5</sup>					
Intermedio	C- Al menos dos de sus integrantes tiene formación en CP. <sup>6</sup>					
	D- El equipo de salud cuenta con un sistema de identificación de las necesidades paliativas de los usuarios/as de la población a su cargo.					
Avanzado	E- Más de dos de los integrantes del equipo de salud tiene formación en CP. <sup>7</sup>					
	F- El equipo de salud (equipo nuclear y ampliado) trabaja coordinadamente con un hospital de referencia (apoyo matricial en CP).					
	G-El/la médico/a prescribe y monitorea opiáceos en el PNA para CP.					

#### Registro de cumplimiento:

5, 6, 7 Oferta de capacitación del MSyDS sobre Cuidados Paliativos:  
 - Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en APS (TRAPS) – Enfermedades oncológicas, dolor y cuidados paliativos en el PNA. <http://www.salud.gob.ar/medicamentos/index.php/backup-now/equipos-de-salud1/capacitaciones/2013-12-16-23-46-04>  
 - Instituto Nacional del Cáncer (INC) – Camus virtual: Formación Básica en Cuidados Paliativos para la Atención Primaria de Salud. <http://www.campus.inc.gob.ar>

### 2.1.9 Abordaje de las problemáticas de salud mental por profesionales y equipos no especializados en salud mental (Equipos núcleo y equipos ampliados)<sup>8</sup>

Los problemas de salud mental constituyen eventos de relevancia en materia de salud pública, representando el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe, siendo su tendencia en aumento. La evidencia y el consenso científico internacional demuestran que los abordajes de salud mental en el primer nivel de atención y en el ámbito comunitario resultan más efectivos e incrementan la capacidad resolutoria de los sistemas y servicios de salud. El marco normativo nacional e internacional prioriza los modelos de abordaje comunitarios, basados en la estrategia de atención primaria de la salud (APS)<sup>9</sup>. En este sentido, la atención de problemáticas de salud mental implica la detección y abordaje por parte de profesionales y equipos no especializados con el apoyo matricial de equipos especializados en abordajes psicosociales en el primer nivel de atención.

#### Objetivos:

- Sensibilizar y capacitar a los equipos no especializados en salud mental en el abordaje de las problemáticas prevalentes para su abordaje en el primer nivel de atención.
- Ampliar la cobertura del abordaje de las problemáticas de salud mental en el primer nivel de atención.
- Fomentar el abordaje de las problemáticas de salud mental de acuerdo a los postulados establecidos en la normativa vigente, tanto nacional como internacional.

8 OPS/OMS 2016

9 Declaración de Caracas, OMS, 1990; Ley Nacional 26.657/10

### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua- do	NA
<b>Inicial</b>	A- Al menos uno de los integrantes del equipo no especializados en salud mental del centro de salud tiene capacitación en el abordaje de las problemáticas de salud mental y adicciones (TRAPS, MHGAP <sup>10</sup> , salud mental comunitaria).					
	B- El equipo no especializado en salud mental identifica y registra en la HC situaciones problemáticas de salud mental de la población a su cargo.					
<b>Intermedio</b>	C- Al menos dos de los integrantes del equipo no especializados en salud mental del centro de salud tiene capacitación en el abordaje de las problemáticas de salud mental y adicciones (TRAPS, MHGAP <sup>11</sup> , salud mental comunitaria).					
	D- El equipo no especializado en salud mental aborda y registra en la HC situaciones problemáticas de salud mental de la población a su cargo.					
<b>Avanzado</b>	E- Los trabajadores no especializados en salud mental realizan búsqueda activa y recaptación e intervención en situaciones de crisis.					
	F- Los equipos nucleares y ampliados tienen vías de comunicación establecidas y realizan reuniones al menos mensuales de trabajo con los equipos de apoyo matricial especializado en salud mental para el seguimiento de la población a su cargo.					
	G- Los profesionales y/o equipos no especializados en salud mental realizan actividades de promoción en la comunidad de la salud mental y prevención en su población a cargo.					

### Registro de cumplimiento:

10 Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en APS y Guía de intervención mh-GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada.

11 Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en APS y Guía de intervención mh-GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada.

### 2.1.10 Red integrada de salud mental con base en la comunidad

Esta estrategia es indispensable para brindar respuestas integrales a la población usuaria del sistema de salud. Los abordajes comunitarios de las problemáticas de salud mental -problemáticas complejas- implican un trabajo coordinado y en conjunto de los efectores y dispositivos, tanto del sector salud como de otros sectores y organizaciones de la sociedad civil, para la integración de la atención, la continuidad de los cuidados en salud mental y la inclusión social de las personas con padecimientos mentales.

#### **Objetivos:**

- Integrar los dispositivos para la inclusión (dispositivos intermedios para el abordaje de las problemáticas de salud mental) a la red integrada de salud con base en la comunidad.
- Sensibilizar en el trabajo coordinado entre los dispositivos de salud tradicionales de la red (hospitales y centros de salud) y dispositivos para la inclusión.

### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud tiene relevado y georreferenciado los dispositivos y efectores del sector salud, otros sectores y organizaciones de la sociedad civil vinculados a salud mental e inclusión social en su área de referencia.					
	B- El centro de salud mantiene comunicación e intercambio con otros efectores de referencia de la red de salud (hospital general, dispositivos intermedios, etc.)					
<b>Intermedio</b>	C- El centro de salud mantiene un trabajo articulado con los otros efectores, dispositivos de la red de salud, organizaciones de la sociedad civil vinculadas a salud mental e inclusión social en su área de referencia, mediante vías de comunicación establecidas.					
	D- El centro de salud referencia a los/as usuarios/as con otros dispositivos y efectores de la red.					
<b>Avanzado</b>	E- El centro de salud participa de mesas de trabajo regulares junto a otros actores de la red para planificación y seguimiento de actividades conjuntas, priorización de problemas vinculados a salud mental.					
	F- El centro de salud cuenta con turnos protegidos para los/as usuarios/as que participan de dispositivos intermedios y efectores de la red.					
	G- El centro de salud realiza seguimiento de situaciones individuales, familiares o comunitarias en forma conjunta con otros actores de la red de salud.					
	H- El centro de salud tiene vías establecidas de referencia y contrarreferencia con el hospital general y dispositivos intermedios.					

### Registro de cumplimiento:

## 2.2 Promoción de la salud y prevención de enfermedades

### 2.2.1 Promoción del automanejo en las ECNT

El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud y cumple una función destacada en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades ocurre cuando el equipo de salud del PNA trabaja en conjunto con el/la usuario/a para ayudarlo/a a cuidar su propia salud (autocuidado) y promover un estilo de vida saludable, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

#### Objetivos:

- Generar adherencia al tratamiento.
- Educar en el automanejo de las enfermedades crónicas.
- Generar participación activa de la persona.
- Mejorar los resultados usuarios/as con ECNT.

### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua- do	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud cuenta con folletería/cartelería para el automanejo de ECNT en al menos dos temáticas priorizadas por la DNPSy-CECNT.					
	B- El centro de salud cuenta con al menos un 10% del equipo de salud que realizó al menos una capacitación en estrategias para el abordaje de la adherencia a los tratamientos (educación para el automanejo, entrevista motivacional o herramientas equivalentes) durante los últimos cinco años.					
<b>Intermedio</b>	C- El centro de salud brinda educación para el automanejo para al menos dos de las poblaciones priorizadas: personas con obesidad, diabetes, HTA y/o EPOC. (Al menos un taller mensual para cada una de ellas en los últimos tres meses).					
	D- El centro de salud cuenta con al menos un 25% del equipo de salud capacitado en estrategias para el abordaje de la adherencia a los tratamientos (educación para el automanejo, entrevista motivacional o herramientas equivalentes) durante los últimos cinco años.					
<b>Avanzado</b>	E- El centro de salud brinda educación para el automanejo para al menos tres de las poblaciones priorizadas: personas con obesidad, diabetes, HTA y/o EPOC. (Al menos un taller mensual para cada una de ellas en los últimos seis meses).					
	F- El centro de salud cuenta con al menos un 50% del equipo de salud capacitado en estrategias para el abordaje de la adherencia a los tratamientos (educación para el automanejo, entrevista motivacional o herramientas equivalentes) durante los últimos cinco años.					

### Registro de cumplimiento:

## 2.3 Enfoque étnico y participación en salud de pueblos originarios

### 2.3.1 Participación de pueblos originarios y adecuación intercultural de servicios de salud

La participación comunitaria forma parte del marco de derechos de carácter específico de las poblaciones originarias, tanto en tratados internacionales como leyes nacionales (por ejemplo, Convenio 169 OIT, y la Ley 23.302). Específicamente, el Art. 75 Inc. 17 de la Constitución Nacional sostiene que debe asegurarse la participación de los pueblos indígenas en aquellos intereses que los afecten. Dicha participación es condición necesaria para disminuir las barreras culturales de acceso al sistema de salud, logrando servicios de salud adecuados interculturalmente que permitan la equidad en salud.

#### Objetivos:

- Lograr que los equipos de salud conozcan las características de la población originaria a su cargo.
- Generar una mirada intercultural en el equipo del centro de salud.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
Inicial	A- El centro de salud posee información sociodemográfica y epidemiológica sobre la población originaria a cargo del equipo de salud.					
	B- El centro de salud realiza reuniones por necesidades emergentes con representantes y/o miembros de los pueblos originarios.					
	C- Los integrantes del equipo de salud han asistido al menos a una capacitación en la temática de derecho indígena y salud intercultural.					
Intermedio	D- El centro de salud posee una mesa de participación y trabajo en la que participan los/las representantes y/o miembros de los pueblos originarios de su población a cargo con agenda periódica.					
	E- La mesa de participación releva las barreras de acceso y necesidades particulares a los pueblos originarios y elabora una planificación de acciones con adecuación intercultural destinadas a superarlas.					
Avanzado	F- La mesa de participación monitorea la ejecución del plan de acciones con adecuación intercultural.					
	G- El centro de salud difunde periódicamente las acciones con adecuación intercultural que ha realizado.					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.3.2 Relevamiento de la variable pueblo originario para la toma de decisiones en salud

La información disponible sobre las condiciones de vida y salud de los pueblos originarios no proviene de fuentes homogéneas. Solo pocos países recopilan habitualmente y analizan las estadísticas vitales o de servicios por pueblo originario. De ahí que sea difícil obtener información que permita evaluar adecuadamente la situación de salud, las condiciones de vida y la cobertura de los servicios de salud de los pueblos originarios. En este sentido, los centros de salud del PNA aportan a su identificación y caracterización, para un mejor abordaje de sus necesidades, garantizando su cobertura.

#### Objetivos:

- Contar con información desagregada en salud de los pueblos originarios.
- Generar planes de acción culturalmente pertinentes.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
Inicial	A- El centro de salud identifica de forma desagregada la variable de pueblos originarios en sus registros de salud.					
	B- El equipo de salud está capacitado sobre la importancia de relevar la variable de pueblos originarios. <sup>12</sup>					
	C- El centro de salud posee cartelería destinada al usuario/a de pueblos originarios sobre su derecho a y la importancia de autoidentificarse como perteneciente a pueblos originarios.					
Intermedio	D- El centro de salud realiza un análisis de situación de salud de su población asignada desagregando la variable de pueblos originarios, para la toma de decisiones.					
Avanzado	E- El centro de salud cuenta con un plan de acción culturalmente pertinente dirigido a promover la salud, prevenir, detectar, diagnosticar y tratar eficaz y oportunamente a personas de las comunidades originarias.					

#### Registro de cumplimiento:

<sup>12</sup> Capacitación de la OPS: "Un enfoque étnico en salud": <https://cursos.campusvirtualsp.org/enrol/index.php?id=23>

## 2.4 Líneas de cuidado priorizadas. Evaluación de resultados

### 2.4.1 Inmunizaciones

Las inmunizaciones deben garantizarse a toda la población con la finalidad de prevenir enfermedades y/o sus complicaciones, siendo el centro de salud del PNA actor fundamental para lograr los objetivos de cobertura.

#### Objetivos:

- Cumplir con el calendario nacional de vacunación.
- Disminuir la morbilidad de las enfermedades inmunoprevenibles.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud garantiza las condiciones de seguridad para la aplicación de las vacunas (heladera, material descartable, etc.)					
<b>Intermedio</b>	B- El centro de salud lleva un registro nominalizado de vacunación.					
<b>Avanzado</b>	C- El centro de salud desarrolla acciones con el fin de sostener o aumentar la cobertura de vacunación en su población asignada (por ejemplo búsqueda activa de los/as usuarios/as con calendario incompleto).					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.4.2 Niños y niñas menores de 1 año

El cuidado integral de la salud de los niños y las niñas es esencial en todo establecimiento de salud. Estos cuidados deben abarcar acciones de promoción de salud, detección de riesgos y atención de problemáticas detectadas.

#### Objetivos:

- Realizar controles de salud en menores de 1 año según las normas.
- Conocer la situación de salud de la población infantil asignada al centro de salud.
- Ejercer acciones preventivas orientando a la familia sobre alimentación, promoción de la lactancia materna, higiene, vacunación, estimulación y aspectos psico-afectivos de niños y niñas.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
Inicial	A- El equipo de salud realiza y registra en la historia clínica las consultas de control de salud de niños y niñas menores de un año para garantizar el cumplimiento de agenda de controles.					
	B- El equipo de salud realiza una evaluación completa de la salud de niños y niñas menores de un año según criterios de calidad de atención: evaluación del peso, la talla, el perímetro cefálico, el cálculo de los índices antropométricos, la alimentación (priorizando la lactancia materna), el esquema de vacunación, el desarrollo psicomotriz, y realiza la promoción del sueño seguro, registrando todo en la historia clínica.					
Intermedio	C- El equipo de salud brinda orientación a la familia en el cuidado del niño y la niña (alimentación, higiene, estimulación, aspectos psico-afectivo, etc.) quedando registrado en la historia clínica.					
	D- El centro de salud realiza talleres abiertos a la comunidad para brindar información y responder consultas vinculadas a la promoción de la salud y cuidados de niños y niñas menores de un año.					
Avanzado	E- El centro de salud realiza búsqueda activa de niños y niñas con agenda de controles de salud interrumpidos.					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.4.3 Niños y niñas de 1 a 9 años

El cuidado integral de la salud de niños y niñas es una función esencial de todo centro de salud del PNA. Estos cuidados deben abarcar acciones de promoción de salud, detección de riesgos y atención de problemáticas detectadas. En este sentido, el cuidado de la salud del niño y la niña es esencial, ya que posibilita conocer a toda la familia y le otorga al equipo de salud una visión amplia para el manejo de esta población en la práctica ambulatoria.

#### Objetivos:

- Realizar controles de salud de niños y niñas de 1 a 9 años según las normas
- Evaluar el crecimiento y estado nutricional.
- Cumplir con la inmunizaciones correspondientes y vigentes según el calendario de vacunación.
- Ejercer acciones preventivas orientando a la familia sobre alimentación, higiene, vacunación, estimulación y aspectos psico-afectivos del niño y la niña.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evaluated	NA
Inicial	A- El equipo de salud realiza y registra en la historia clínica las consultas de control de salud de niños y niñas de 1 a 9 años para garantizar el cumplimiento de agenda de controles.					
	B- El equipo de salud realiza el seguimiento del crecimiento antropométrico (peso y talla), el desarrollo y las inmunizaciones a través de las consultas médicas y de enfermería, dentales y/o visitas al hogar, quedando registradas en la historia clínica.					
Intermedio	C- El centro de salud brinda orientación a la familia en el cuidado del niño o la niña (crianza, alimentación, higiene, vacunación, estimulación y aspectos psico-afectivo).					
	D- El centro de salud realiza talleres abiertos a la comunidad para brindar información y responder consultas vinculadas a promoción de la salud y cuidados de niños y niñas de 1 a 9 años.					
Avanzado	E- El centro de salud realiza búsqueda activa de los niños y las niñas con agenda de controles de salud interrumpidos.					

#### Registro de cumplimiento:

#### 2.4.4 Salud del adolescente de 10 a 19 años

El acceso a la salud integral de las y los adolescentes es un derecho fundamental que debe ser respetado y garantizado por los equipos de salud. Ante la consulta con adolescentes se debe brindar información validada científicamente y ejercer la escucha activa, estimulando el desarrollo de la autonomía progresiva de las y los adolescentes. Se debe guardar la confidencialidad y privacidad. Es deseable el trabajo mediante estrategias de prevención y promoción de la salud, que contemplen la participación de las y los adolescentes en la toma de decisiones.

##### **Objetivos:**

- Promover el acceso a la salud como un derecho fundamental, priorizando la autonomía y la participación directa de las y los adolescentes.
- Garantizar un control de salud anual para las y los adolescentes de 10 a 19 años según las normas (y dos por año en etapa de empuje puberal).
- Evaluar crecimiento y desarrollo, estado nutricional y cumplir con las inmunizaciones vigentes según calendario nacional.
- Conocer la situación y necesidades de salud de las y los adolescentes del área de referencia del centro.
- Ejercer acciones de promoción y prevención orientadas a: Garantizar derecho a la salud/Prevención de embarazo no intencional en la adolescencia/Estrategias de disminución de riesgos ante consumos/Prevención de violencias.

### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud garantiza el acceso mediante horarios adecuados a las necesidades de la población adolescente local.					
	B- El centro de salud provee materiales con información para la promoción y prevención en diferentes temáticas (nutrición, salud sexual, consumo, violencias).					
	C- El centro de salud garantiza la privacidad y confidencialidad durante la consulta de la población adolescente.					
	D- El profesional que atiende al/la adolescente, registra en la historia clínica los datos mínimos requeridos según normativa.					
<b>Intermedio</b>	E- El equipo del centro de salud trabaja en forma interdisciplinaria; realiza reuniones periódicas para evaluar y resolver obstáculos relacionados con el acceso la salud integral de las y los adolescentes.					
	F- El centro de salud está incluido en un sistema de referencia y contrarreferencia con el nivel de mayor complejidad para la referencia oportuna y según necesidades de las y los adolescentes.					
	G- El centro de salud realiza talleres abiertos a la comunidad para brindar información y responder consultas vinculadas a promoción de la salud y cuidados de las y los adolescentes.					
	H- El centro de salud participa de la estrategia de asesorías en salud integral en escuelas secundarias.					
<b>Avanzado</b>	I- El centro de salud realiza búsqueda activa de adolescentes detectados en la comunidad con problemáticas diversas (embarazo, consumo problemático, violencias, enfermedades crónicas).					

### Registro de cumplimiento:

#### 2.4.5 Sobrepeso y obesidad infantil y en adolescentes

El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades asociadas son prioritarios para el primer nivel de atención, dado que en gran medida estas patologías son prevenibles.

##### **Objetivos:**

- Identificar a niños, niñas y adolescentes con sobrepeso u obesidad.
- Realizar seguimiento de esta población.
- Intervenir generando vínculos con el niño, la niña o adolescente y la familia para lograr hábitos saludables de alimentación y actividad física.

### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
<b>Inicial</b>	A- El equipo de salud realiza una evaluación antropométrica a sus usuarios/as desde el nacimiento hasta los 19 años y la registra en la historia clínica, al menos una vez al año.					
	B- El equipo de salud promueve la lactancia materna (exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años) y propone la incorporación de alimentación complementaria adecuada y oportunamente.					
	C- El 10% de los nutricionistas, médicos, enfermeros y agentes sanitarios del centro de salud realizaron el curso de Implementación de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA).					
<b>Intermedio</b>	D- El equipo de salud realiza un seguimiento de la alimentación a través de una anamnesis alimentaria y aplica las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Infantil (GAPI), las GAPA y el Manual de Promoción de Actividad Física.					
	E- El centro de salud brinda educación alimentaria-nutricional y promueve la actividad física a través de talleres abiertos a la comunidad o las visitas del agente sanitario en sus rondas para prevenir el sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes.					
	F- El 25% de los nutricionistas, médicos, enfermeros y agentes sanitarios del centro de salud realizaron el curso de Implementación de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA).					
<b>Avanzado</b>	G- El centro de salud realiza seguimiento activo de niños, niñas y adolescentes con sobrepeso u obesidad (fichero cronológico, recordatorios, recaptación de quienes interrumpen los controles).					
	H- El 50% de los nutricionistas, médicos, enfermeros y agentes sanitarios del centro de salud realizaron el curso de Implementación de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA).					

### Registro de cumplimiento:

### 2.4.6. Embarazo

La atención precoz e integral de la embarazada es fundamental para lograr una efectiva promoción de la salud y prevención de enfermedades en este grupo poblacional. Un control prenatal adecuado permite identificar tempranamente los embarazos de riesgo y las enfermedades de transmisión vertical, y de esta manera poder intervenir para lograr reducir la morbimortalidad materno-infantil.

#### **Objetivos:**

- Promover la captación temprana (antes de la semana 13) y la búsqueda activa de las embarazadas de cualquier edad gestacional.
- Generar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Detectar precozmente las enfermedades de transmisión vertical y los embarazos de riesgo.

### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud lleva adelante acciones que permiten la atención temprana (antes de la semana 13) de las mujeres embarazadas (por ejemplo: disponibilidad de test rápido de embarazo).					
	B- El centro de salud identifica y registra a las embarazadas dentro de su área de responsabilidad.					
	C- El centro de salud cuenta con procesos para la búsqueda activa de embarazadas de su población asignada.					
	D- El equipo de salud realiza el control prenatal considerando criterios de calidad de la atención, incluyendo evaluación de riesgos, nutrición, la medición de la presión arterial, medición de altura uterina y auscultación de los latidos fetales si corresponde, registrándolo en la historia clínica.					
	E- El equipo de salud solicita pruebas de laboratorio acordes al trimestre de embarazo.					
<b>Intermedio</b>	F- El centro de salud cuenta con un registro con fichero cronológico para las embarazadas.					
	G- El centro de salud realiza actividades educativas mensuales para abordar las cuestiones relacionadas con el embarazo, el parto y el posparto.					
<b>Avanzado</b>	H- El centro de salud realiza acciones tendientes a incentivar a la continuidad del cuidado de la embarazada, como por ejemplo contactarla en caso de que no concurra a un control.					

### Registro de cumplimiento:

### 2.4.7 Salud sexual y reproductiva

Para garantizar los objetivos básicos de la salud sexual y reproductiva, el equipo de salud del PNA debe tener un rol preventivo en las consultas de sus usuarios/as, en cuanto a la salud reproductiva y a la prevención de infecciones de transmisión sexual, brindando información científicamente validada para dar acceso a la elección del método anticonceptivo que más se adapte al individuo o a la pareja.

#### **Objetivos:**

- Promover los derechos y cuidados de la salud sexual y reproductiva.
- Educar y acompañar a la población en temas tales como la fertilidad, la elección y el uso de métodos anticonceptivos, los derechos sexuales y reproductivos.

### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
<b>Inicial</b>	A- El centro de salud cuenta con material de comunicación como folletería/cartelería donde promueve la salud sexual y la salud reproductiva de la población.					
	B- El centro de salud del PNA tiene disponibles métodos anticonceptivos <sup>13</sup> (de fácil acceso a los mismos por parte de los/as usuarios/as).					
	C- El centro de salud brinda orientación a través de consejerías individuales sobre planificación familiar, el uso de métodos anticonceptivos, los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la diversidad sexual y corporal tanto como los aspectos culturales.					
	D- El centro de salud favorece la autonomía para la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva de los/as usuarios/as a través de acciones planificadas ( ej.: talleres comunitarios sobre los derechos relacionados con la salud sexual y/o reproductiva, talleres comunitarios sobre cómo utilizar los métodos anticonceptivos disponibles).					
<b>Intermedio</b>	E- El centro de salud trabaja promoviendo la interdisciplina con el equipo de salud, realiza reuniones periódicas (al menos una por año) para evaluar y resolver obstáculos relacionados con la salud sexual y reproductiva.					
<b>Avanzado</b>	F- El centro de salud está incluido en un sistema de referencia y contrarreferencia con el nivel de mayor complejidad para la referencia oportuna de la población, relacionados con la salud sexual y reproductiva.					

### Registro de cumplimiento:

13 La consulta en anticoncepción es considerada una consulta de urgencia y debe ser resuelta. Los métodos anticonceptivos deben estar disponibles durante todo el tiempo que el centro de salud se mantenga abierto, al alcance del todo el personal. Los preservativos deben estar al alcance de los/as usuarios/as en los dispenser correspondientes y en espacios de común acceso. El anticonceptivo hormonal de emergencia debe entregarse sin indicación médica por cualquier persona que integre el equipo de salud en el momento que sea solicitado.

### 2.4.8 Detección de cáncer cérvico-uterino

La detección precoz de cáncer cérvico-uterino a través del tamizaje disminuye la incidencia de carcinoma invasor, garantizando así una mejor calidad de vida de la población femenina. En este sentido, el equipo de salud del PNA desempeña un papel esencial en lograr aumentar la detección temprana de esta patología, a través de una mayor cobertura del tamizaje a su población asignada.

#### Objetivos:

- Desarrollar acciones para la detección precoz de cáncer cérvico-uterino.
- Lograr tasas de cobertura de tamizaje mayores al 80%.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evaluable	NA
<b>Inicial</b>	A- El equipo de salud brinda información y explica la importancia de la realización del tamizaje, ya sea a través de Papanicolau o test de VPH (en la consulta, a través de talleres o material impreso disponible).					
	B- El equipo de salud realiza el tamizaje de cáncer cervico-uterino de las mujeres de 25 años a 64 años de su población asignada.					
	C- El equipo de salud registra en la historia clínica la toma de Papanicolau o test de VPH.					
<b>Intermedio</b>	D- El centro de salud cuenta con estrategias de búsqueda activa y oportuna de mujeres para la prevención del cáncer cervico-uterino.					
	E- El centro de salud realiza un registro en el sistema informático (SITAM u otro) de la población tamizada.					
<b>Avanzado</b>	F- El equipo de salud realiza el seguimiento y devolución a las usuarias de los tamizajes realizados, así como la búsqueda activa de las mujeres con prueba positiva en caso de no concurrir.					
	G- El centro de salud cuenta con turnos protegidos en un nivel de mayor complejidad para que la usuaria que lo requiera realice el tratamiento indicado.					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.4.9 Detección de cáncer de mama

La detección precoz y el manejo temprano del cáncer de mama, disminuye la mortalidad por este tipo de cáncer, garantizando también una mejor calidad de vida de la población femenina. En este sentido, el equipo de salud del PNA desempeña un papel esencial en lograr aumentar la detección temprana de esta patología, a través de una mayor cobertura del tamizaje a su población asignada.

#### Objetivos:

- Desarrollar acciones para el diagnóstico temprano del cáncer de mama.
- Aumentar la cobertura poblacional dentro del esquema de rastreo de esta enfermedad.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evaluable	NA
<b>Inicial</b>	A- El equipo de salud desarrolla acciones para promover la detección precoz del cáncer de mama informando sobre la importancia de realizar una mamografía cada dos años a las mujeres entre los 50 y los 69 años de edad sin antecedentes, asintomáticas y con riesgo promedio de padecer la enfermedad (en la consulta, a través de talleres o material impreso disponible).					
	B- El equipo de salud realiza el examen físico mamario como parte del examen habitual de la población femenina y está capacitado para identificar a la población que presenta factores de riesgo.					
	C- El equipo de salud registra en la historia clínica el examen físico mamario.					
<b>Intermedio</b>	D- El centro de salud cuenta con procedimientos o estrategias de búsqueda activa de mujeres para la prevención del cáncer de mama.					
<b>Avanzado</b>	E- El centro de salud cuenta con la posibilidad de realizar exámenes complementarios: mamografías, ecografías, etc. o procedimientos para derivar a las usuarias para la realización de estos servicios.					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.4.10 Detección de cáncer colorrectal

El tamizaje de cáncer colorrectal disminuye la incidencia de este tipo de cáncer por permitir su manejo temprano, garantizando así una mejor calidad de vida de la población adulta. En este sentido, el equipo de salud del PNA desempeña un papel esencial en lograr aumentar la detección temprana de esta patología, a través de una mayor cobertura del tamizaje a su población asignada.

#### Objetivos:

- Desarrollar acciones para el diagnóstico temprano del cáncer colorrectal.
- Aumentar la cobertura poblacional incluida dentro de la estrategia de tamizaje colorrectal.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evaluable	NA
Inicial	A- El centro de salud desarrolla acciones para la detección precoz del cáncer colorrectal informando sobre la importancia del rastreo en la población adulta entre 50 - 75 años con riesgo habitual (en la consulta, a través de talleres o material impreso disponible).					
	B- El equipo de salud realiza y/o indica la realización del test para la detección temprana del cáncer colorrectal a través del test de sangre oculta en materia fecal inmunológico (TSOMFi) anual en adultos.					
	C- El equipo de salud realiza la evaluación de antecedentes y riesgos para la estratificación del riesgo individual y registra en la historia clínica el resultado del tamizaje.					
Intermedio	D- El centro de salud cuenta con procedimientos o estrategias de búsqueda activa de adultos para la prevención del cáncer colorrectal.					
Avanzado	E- El equipo de salud hace el seguimiento/navegación, de los test positivos y el monitoreo de toda la línea de cuidados continuos realizada por la persona con test positivo en el segundo y tercer nivel de atención.					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.4.11 Salud del adulto

El conocimiento de las características particulares de la población adulta y de los cambios que normalmente se asocian con la edad, facilita y jerarquiza el cuidado que el equipo de salud brinda a los/las usuarios/as, permitiendo desarrollar acciones para la detección precoz de patologías prevalentes, garantizando una mejor calidad de vida y un mejor cuidado.

#### Objetivos:

- Generar acciones de atención integral de salud de personas adultas.
- Prevenir y detectar tempranamente enfermedades en esta población.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
Inicial	A- El equipo de salud realiza los controles en salud de la población adulta a cargo y los registra en la historia clínica.					
Intermedio	B- El equipo de salud realiza o refiere a los efectores correspondientes a sus usuarios/as para la realización de controles odontológicos y visuales anuales de la población adulta que concurre al centro de salud del PNA.					
Avanzado	C- El centro de salud del PNA conoce la situación de su población adulta a cargo en relación a la atención recibida en el último año.					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.4.12 Salud bucal

La promoción de la salud y prevención de enfermedades deben ser las prioridades de un centro de salud del PNA, en este sentido las acciones que se generen para mejorar la salud bucal de la población que concurre al establecimiento, permite brindar una mejor calidad de vida a corto y largo plazo.

#### Objetivos:

- Generar la promoción de la salud bucal.
- Prevenir las enfermedades buco-dentales.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
Inicial	A- El centro de salud cuenta con un servicio odontológico o se articula con otro establecimiento de la zona para brindar este servicio.					
	B- El centro de salud realiza acciones de promoción de salud bucal poniendo énfasis en la población más vulnerable.					
	C- El equipo de salud lleva adelante acciones para la detección de las necesidades de la salud bucal de su población a cargo, brindando información sobre cuidados preventivos e indicando la consulta anual con el servicio de odontología.					
Intermedio	D- El equipo de odontología del centro de salud atiende usuarios/as de todas las edades (incluyendo niños y niñas).					
Avanzado	E- El equipo odontológico visita las escuelas de su área de responsabilidad y realizan prácticas de restauración atraumática (inactivación de caries, selladores y uso de sustancias fluoradas).					
	F- El equipo odontológico brinda las prácticas necesarias para alcanzar el alta básica.					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.4.13 Riesgo cardiovascular elevado (RCV)

La prevención de complicaciones (prevención secundaria) en usuarios/as que tienen enfermedades crónicas es un pilar de importancia en un centro de salud del PNA. En ese sentido el control adecuado de las personas con riesgo cardiovascular elevado permitirá lograr una mejor calidad de vida, y una disminución de la morbilidad.

#### Objetivos:

- Prevenir las complicaciones de las personas con riesgo cardiovascular elevado.
- Disminuir la morbimortalidad asociada a esta patología y mejorar la calidad de vida.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
Inicial	A- El centro de salud tiene un registro de personas con RCV elevado (mayor al 20%).					
	B- El centro de salud promueve el uso de /utiliza guías de práctica clínica o protocolos desarrollados por la DNPSyCECNT para la prevención cardiovascular basada en enfoque de riesgo global.					
Intermedio	C- El centro de salud realiza búsqueda activa de personas con alto riesgo cardiovascular.					
	D- El centro de salud ofrece tratamiento de cesación tabáquica.					
Avanzado	E- El centro de salud realiza al menos una medición anual de indicadores de proceso de la atención (por ejemplo: número de personas con RCV mayor al 20% con al menos un registro de TA en la HC en el último año/ número total de personas con RCV elevado).					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.4.14 Diabetes mellitus 2 (DM 2)

La prevención de complicaciones (prevención secundaria) en usuarios/as que tienen enfermedades crónicas es un pilar de importancia en un centro de salud del PNA. En ese sentido el control adecuado de las enfermedades crónicas no transmisibles como la DM 2, permitirá lograr una mejor calidad de vida y una disminución de la morbilidad.

#### Objetivos:

- Realizar acciones para prevenir las complicaciones de la DM 2.
- Disminuir la morbimortalidad asociada a esta patología y mejorar la calidad de vida.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evaluated	NA
Inicial	A- El centro de salud tiene un registro de personas con DM 2.					
	B- El centro de salud promueve el uso de/utiliza guías de práctica clínica o protocolos de atención desarrollados por la DNPSyCECNT para el manejo de los/as usuarios/as con DM 2.					
Intermedio	C- El centro de salud realiza al menos una medición anual de indicadores de proceso de la atención (por ejemplo: Número de personas con DM 2 con al menos una determinación de la prueba de hemoglobina glicosilada- HbA1C en el último año/ Número total de personas con DM 2).					
	D- El centro de salud realiza talleres de educación para el automanejo (al menos una vez por mes) para usuarios/as con DM 2.					
	E- El centro de salud realiza búsqueda activa de usuarios/as con DM 2 (ej: el agente sanitario aplica el cuestionario FRINDISK ).					
	F- El centro de salud cuenta con un sistema de turnos protegidos para oftalmología para detección anual de retinopatía.					
Avanzado	G- El centro de salud realiza al menos una medición anual de indicadores de resultado de la atención (por ejemplo: Número de personas con DM 2 con valores de HbA1C menores a 7.5% en el último año/ Número total de personas con DM 2).					
	H- El equipo de salud realiza insulización de pacientes con DM 2.					
	I- El centro de salud dispensa insulina.					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.4.15 Hipertensión arterial (HTA)

La prevención de complicaciones (prevención secundaria) en los/as usuarios/as que tienen enfermedades crónicas es un pilar de importancia en un centro del PNA. En ese sentido el control adecuado de las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, permitirá lograr una mejor calidad de vida, y una disminución de la morbilidad.

#### Objetivos:

- Realizar acciones para prevenir las complicaciones de la hipertensión arterial.
- Disminuir la morbimortalidad asociada a esta patología y mejorar la calidad de vida.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evalua-do	NA
Inicial	A- El centro de salud tiene un registro de personas con HTA.					
	B- El centro de salud promueve el uso de guías de práctica clínica o protocolos de atención desarrollados por la DNPSyCECNT para el manejo de los/as usuarios/as con hipertensión arterial.					
Intermedio	C- El centro de salud realiza al menos una medición anual de indicadores de proceso de la atención (por ejemplo: Número de personas con HTA que reciben tratamiento combinado con dos drogas antihipertensivas en el último año/ Número total de personas con HTA).					
	D- El centro de salud del PNA realiza búsqueda activa de usuarios/as con HTA (ej.: el agente sanitario utiliza un tensiómetro oscilométrico validado en las rondas sanitarias, priorizando la toma de presión arterial a la población de 40 años y más) y recaptación de personas con HTA que discontinuaron el tratamiento.					
Avanzado	E- El centro de salud realiza al menos una medición anual de indicadores de resultado (por ejemplo: Número de personas con HTA con TA < 140/90 en el último año/ Número total de personas con HTA).					
	F- El centro de salud cuenta con 50% de agentes sanitarios y enfermeros certificados en toma correcta de la tensión arterial.					

#### Registro de cumplimiento:

### 2.4.16 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

La prevención de complicaciones (prevención secundaria) en los/as usuarios/as que tienen enfermedades crónicas es un pilar de importancia en un centro del PNA. En ese sentido el control adecuado de las enfermedades crónicas no transmisibles como la EPOC, permitirá lograr una mejor calidad de vida, y una disminución de la morbilidad.

#### Objetivos:

- Detectar la población afectada.
- Lograr disminuir las complicaciones causadas por la EPOC.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evaluated	NA
Inicial	A- El centro de salud tiene un registro de personas con EPOC.					
	B- El centro de salud promueve el uso de guías de práctica clínica o protocolos de atención desarrollados por la DPSyCENT para el manejo de los/as usuarios/as con EPOC.					
Intermedio	C- El centro de salud realiza búsqueda activa de usuarios/as con EPOC (implementa el Cuestionario para la Detección de EPOC- CODE).					
	D- El centro de salud ofrece tratamiento de cesación tabáquica.					
Avanzado	E- El centro de salud realiza al menos una medición anual de indicadores de proceso de la atención (por ejemplo: Número de personas con EPOC con esquema de vacunación completo/ Número total de personas con EPOC de la población a cargo).					
	F- El centro de salud realiza espirometrías y las registra en la historia clínica.					

#### Registro de cumplimiento:

## 2.5 Cobertura efectiva

### 2.5.1 Cobertura efectiva básica

La cobertura efectiva básica es una estrategia para procurar que los/as usuarios/as con cobertura pública exclusiva reciban al menos una prestación en un intervalo de tiempo de 12 meses, y que la misma cumpla con criterios de calidad. Por lo tanto, se han seleccionado dentro del plan de servicios de salud del Programa Sumar y del Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud (PACES) un grupo de prestaciones que se consideran indispensables para asegurar la atención de la población.

#### Objetivos:

- Promover la cobertura efectiva básica (CEB) de la población a cargo.
- Aumentar el seguimiento de la población a cargo del establecimiento.
- Promover el acceso efectivo a un conjunto de prestaciones de salud priorizadas.

#### Elementos verificadores:

Niveles	Elementos verificadores	Etapas				
		No iniciado	Planificado	Ejecutado	Evaluable	NA
Inicial	A- El centro de salud conoce las prestaciones que otorgan la CEB a los/as usuarios/as con cobertura pública exclusiva.					
	B- El centro de salud conoce la situación de su población a cargo en relación a la utilización de las prestaciones que otorgan CEB.					
Intermedio	C- El centro de salud promueve que su población a cargo tenga CEB a través de trabajo en terreno.					
Avanzado	D- El centro de salud define objetivos de mejora de los niveles de CEB de su población asignada alcanzada.					
	E- El centro de salud define objetivos de mejora a los equipos de salud para alcanzar la CEB de su población asignada.					
	F- Los equipos de salud del centro de salud son recompensados por lograr mejoras en los niveles de utilización de las prestaciones que otorgan la CEB.					

#### Registro de cumplimiento:

# Glosario

## A

---

**Accesibilidad** a los servicios sanitarios públicos es un principio básico de equidad. Atributo de los sistemas sanitarios que hace referencia a la posibilidad que tienen los/as ciudadanos/as de recibir los servicios que les ofrece un sistema en función de su condición o estado de salud, en el momento y el lugar que lo necesiten, en la cantidad suficiente y a un costo razonable. Mide el grado en el que un sistema sanitario permite el acceso para disfrutar de prestaciones a un individuo o grupo. Es una condición vinculada a la igualdad de distribución de servicios sanitarios.

**Acceso** es la capacidad de obtener atención de salud, independientemente de los ingresos, la ubicación física y los antecedentes culturales.

**Acogimiento** es el dispositivo en la puerta de entrada que consiste en que algunos/as trabajadores/as, en forma rotativa en función de su disponibilidad y demás factores relacionados al proceso de trabajo que cada equipo de salud considerará, conformen un equipo que se ocupe de recibir la demanda, reconocer el o los problemas que plantea, y encaminarlos hacia su resolución. Eso permitirá construir progresivamente una experiencia en torno a la recepción y escucha de esa primera demanda que llega, y su encaminamiento. Es conocido por todos/as que no todas las demandas que llegan al centro de salud requieren la consulta con el médico/a u otro/a profesional o no la requieren en lo inmediato, pero eso no es sinónimo de que no requieran atención.

**Almacenamiento final** es el recinto del establecimiento de salud con características específicas destinado al acopio de los residuos hasta su recolección por el transportista autorizado.

**Área** es un espacio delimitado geográficamente y está formada por el conjunto de microáreas, no siempre contiguas donde actúa un equipo de salud familiar y comunitaria, y residen en torno a 2.400 a 4.500 personas, alrededor de 800 a 1.000 familias. Es el territorio de alcance de un centro de salud, que debe corresponder a la corresponsabilidad entre la población y el sistema de salud, por medio de los prestadores de servicios a la salud

**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).

**Auditoría** es la función valorativa independiente que examina y evalúa las actividades de una organización y sus resultados.

**Autoidentificación** es la declaración de pertenencia a un pueblo originario que hace una persona en base a su consideración, respetando el derecho a la autodeterminación.

## B

---

**Bioseguridad** es un conjunto de normas y medidas para proteger la salud del personal, frente a riesgos biológicos, químicos y

físicos a los que está expuesto en el desempeño de sus funciones, también a los/as usuarios/as y al ambiente.

**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. Estas acciones consisten, principalmente, en 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

**Calidad de atención** en atención primaria se define como aquella que cumple o excede las expectativas del usuario/a y las normas pertinentes.

**Certificado de tratamiento y disposición final de residuos** es el documento que emite el operador (tratador) que acredita que los residuos peligrosos fueron tratados y dispuestos adecuadamente.

**Cobertura efectiva básica (CEB)** es una estrategia para procurar que los/as usuarios/as del Programa Sumar-Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud (PACES) reciban al menos una prestación en un intervalo de tiempo de 12 meses, y que la misma cuente con los atributos de calidad para que sea facturada y efectivamente aprobada por el Programa.

**Continuidad** hace referencia a la atención o servicio coordinado, ininterrumpido disponible provisto a través de los programas, profesionales y organizaciones a través del tiempo.

**Continuidad del cuidado** es el grado en que una serie de eventos de salud discretos son experimentados por usuarios/as como coherentes, conectados y consistentes con las necesidades de salud del usuario/a y contexto personal. Tres aspectos de la continuidad:

- continuidad informativa es el flujo de información a través de los eventos de salud / consultas, en particular mediante la documentación, la entrega y revisión de notas de consultas previas.
- continuidad de gestión es la consistencia de la atención por las diversas personas involucrados en el cuidado de un/a usuario/a.
- continuidad relacional es el sentido de la filiación entre el usuario/a y su equipo de salud.

## D

**Descartador de cortopunzantes** es un recipiente de polipropileno compuesto por un cuerpo y una tapa donde se depositan los objetos cortopunzantes.

**Desempeño** es la medida del logro alcanzado por un equipo, una organización o un proceso.

**Disponibilidad** mide el tipo, el volumen y la localización de la oferta de recursos sanitarios con respecto a las demandas o las

necesidades de un individuo o un grupo en un área geográfica.

**Disposición primaria** es la segregación en el contenedor adecuado en el momento en que se genera el residuo común, biopatogénico o químico peligroso.

**Dispositivos** hace referencia a un “artificio productor de innovaciones” (Campos, 1998), concebido para intervenir sobre la realidad y producir modificaciones. Deben ser diseñados y planificados a partir de las necesidades. Las personas transitan por distintas situaciones que pueden necesitar abordaje o acompañamiento, y eso requiere la construcción de estrategias singulares. Entonces, los dispositivos deben ser pensados como instancias flexibles, dinámicas y articuladas, y no como espacios estancos.

## E

**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.

**Equipos de abordaje psicosocial** son equipos interdisciplinarios que actúan como apoyo matricial de los equipos nucleares y ampliados en lo que respecta a problemáticas prevalentes de salud mental (depresión, ansiedad, alcoholismo, y violencias, entre otras) y trastornos mentales severos; integrados por psiquiatría; psicología; trabajo

social, y otras disciplinas (terapia ocupacional, musicoterapia, equipos no convencionales, entre otras). Entre sus funciones se incluye: fortalecer la red de servicios en salud mental, desde la intersectorialidad; crear y sostener el apoyo psicosocial para las personas con padecimientos mentales; acompañar procesos de externación; proveer respuestas rápidas en situaciones de crisis; y promover la salud mental, prevenir los padecimientos mentales, su abordaje y tratamiento.

**Equipos ampliados** hace referencia a los equipos de salud que serán conformados en el marco de la Estrategia de salud familiar y comunitaria. Son equipos compuestos por profesionales de diferentes áreas de conocimiento, que deben actuar de manera integrada y apoyando a los equipos nucleares. Cada dos equipos nucleares; pudiendo estar integrados por: trabajador/a social, psicólogo/a, nutricionista, kinesiólogo/a, obstétrico/a, odontólogo/a, administrativo/a, y eventualmente otras especialidades médicas (por ejemplo, pediatría, clínica médica, y ginecología), de acuerdo a la capacidad instalada en el centro de salud, y al número de recursos y disciplinas disponibles. Actuarán en forma integrada y complementaria respecto de los equipos nucleares. Tienen el objetivo de ampliar el alcance de las acciones, así como su resolución.

**Equipos de apoyo matricial** son equipos que trabajarán con los equipos del primer nivel de atención para el abordaje de las problemáticas, con la función de brindar apoyo matricial a los equipos nucleares. Se conformarán uno cada ocho equipos nucleares aproximadamente. Su conformación guardará relación con la capacidad

instalada en el efector y los objetivos y necesidades de las familias adscriptas a cada equipo nuclear, determinados por éstos. Cuando un/a usuario/a utiliza un servicio matricial, no deja de ser usuario/a del equipo nuclear: la responsabilidad principal por la conducción del caso continúa siendo del equipo nuclear.

**Equipos nucleares** son los equipos centrales de salud, de composición multiprofesional y variable que tendrán a su cargo un número determinado de familias/personas de su región asignado mediante el proceso de panelización. En el marco de la Estrategia de salud familiar y comunitaria, estarán conformados idealmente por un/a médico/a con la especialidad de medicina general y/o familiar, un/a enfermero/a, y cuatro o cinco agentes sanitarios; responsables de 4.000 habitantes aproximadamente (de 800 a 1000 familias), siendo el promedio recomendado de 3.000 habitantes. Cada servicio de salud será reorganizado a través de la composición de los mismos, conformados de acuerdo a sus objetivos; a las características de cada comunidad y a la disponibilidad de recursos. Promoverán la producción progresiva de un nuevo patrón de responsabilidad para la coproducción de salud y procurarán instituir –como norma organizativa– un nuevo sistema de referencias entre profesionales y usuarios/as.

**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.)

**Evaluación** es examinar si las acciones llevadas a cabo han proporcionado los

efectos deseados y si con la realización de otras acciones se habrían alcanzado mejores resultados.

**Evidencia** es la información que justifica una declaración o hecho. Las evidencias son esenciales para formar una conclusión firme o juicio sobre algo.

## G

**Generador** es toda persona, organización o instalación que como resultado de sus actos o de cualquier proceso, operación o actividad, genere residuos peligrosos.

**Georreferencia** consiste en asignar a las personas nominalizadas a una ubicación espacial (usualmente a sus domicilios) en función de un sistema de coordenadas y a través de un procesamiento informático que asocia a individuos con las áreas programáticas de responsabilidad de los centros de salud.

## H

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

## I

**Impacto** o efecto global que los productos tiene en los grupos de interés externos o sociedad en general.

**Índice maestro de pacientes** (en inglés Master Patient Index - MPI) es una base de datos que utilizan las organizaciones de salud para identificar de manera precisa a las personas en sus sistemas informáticos. A

los/as usuarios/as se les asigna un identificador único, por lo que se representan solo una vez en todos los sistemas de la organización. Deben cumplir ciertos requisitos para disminuir al mínimo los errores y duplicados, que pueden afectar negativamente la seguridad y calidad de atención de los/as usuarios/as. La correcta implementación, gestión y auditoría permanente del MPI es un requisito fundamental previo a la implementación de cualquier historia clínica electrónica. La Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación emitirá una resolución específica con los lineamientos para la identificación unívoca de los/as usuarios/as, mediante la correcta implementación de los MPI jurisdiccionales y su vinculación con la Red Nacional de Interoperabilidad.

**Información** es una recopilación de datos organizados para formar un mensaje es un dato que ha tomado sentido. Una de las formas de definir la información es describirla como los hechos facilitados o aprendidos sobre algo o alguien.

**Información clínica** es todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

## M

**Manejo** es la manipulación de los residuos y acciones asociadas al movimiento de los mismos desde que se generan hasta su acondicionamiento para el transporte externo.

**Manifiesto de transporte de residuos** hace referencia a los documentos de transporte de porte obligatorio donde se informa sobre la naturaleza y cantidad de los residuos transportados, su origen, transferencia del generador al transportista y de éste al tratador de residuos peligrosos.

**Microárea** es la subdivisión del territorio-área, cuya característica es concentrar condiciones socioeconómicas, ambientales, epidemiológicas, etc. más homogéneas, para facilitar la implantación de programas y desarrollar la vigilancia en salud. La microárea está formada por un conjunto de familias, 200 aproximadamente, que congrega aproximadamente de 450 a 750 personas que constituyen la unidad operativa del agente sanitario.

## N

**Nominalización** es el proceso que tiende a identificar en forma unívoca, sistemática y metódica a cada persona como usuario/a del sistema de salud, nominar a cada persona y al conjunto de la población que vive y trabaja en un territorio. Implica dar un salto de calidad en la precisión con la que se define la población a cargo.

## O

**Objetivos** es la formulación de una situación deseada que describe los resultados o los efectos a conseguir.

**Operador de residuos** es la persona física o jurídica responsable del tratamiento de los residuos peligrosos.

## P

**Participación** implica la presencia e involucramiento activo de los/as representantes de los grupos sociales en espacios de toma de decisiones compartidas.

**Planta de tratamiento de residuos** son aquellas en las que se modifican las características físicas, la composición química o la actividad biológica de cualquier residuo peligroso, de modo tal que se eliminen sus propiedades nocivas, o se recupere energía y/o recursos materiales, o se obtenga un residuo menos peligroso, o se lo haga susceptible de recuperación, o más seguro para su transporte o disposición final.

**Población a cargo** es aquella que se encuentra en el área de responsabilidad y que debe ser cubierta asistencial y preventivamente 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.

**Procedimiento** es la manera específica de realizar una actividad o un proceso que se encuentre documentado para poder ser replicado.

**Principio de proximidad** es el principio internacional que establece que los residuos peligrosos deben tratarse y/o disponerse lo más cerca posible de su fuente de generación.

**Proceso** es una serie de actividades entrelazadas que transforma un conjunto de entradas en productos e impactos, añadiendo valor.

**Proceso de atención** es el conjunto de actividades de proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc.)

**Promoción de la salud** son las actividades preventivas de salud que reducen la chance de ocurrencia de enfermedad.

**Protocolo** es el 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.

**Pueblos originarios** hace referencia a los grupos sociales que se autoidentifican como descendientes de poblaciones que habitaron en la época de la conquista, colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera sea su situación jurídica, conservan voluntariamente instituciones sociales, económicas, culturales y políticas propias (Convenio 169 OIT).

## R

**Residuos de establecimientos de salud (RES)** son todos residuos generados en los establecimientos de salud.

**Residuos biopatogénicos** son aquellos con actividad biológica que pueden ocasionar enfermedad (alérgica, infecciosa o tóxica) en huéspedes susceptibles (humanos o animales) o contaminar el ambiente.

**Residuo peligroso** es todo residuo que pueda causar daño a seres vivos o contaminar el suelo, el agua o el ambiente. En particular serán considerados peligrosos los residuos indicados en el Anexo I o que posean alguna de las características enumeradas en el Anexo II de la ley 24.051.

**Residuos químicos peligrosos** son los residuos químicos reactivos, corrosivos, inflamables, oxidantes o tóxicos.

**Residuos sólidos urbanos (RSU)** son residuos comunes o asimilables a domésticos que por sus características presentan un riesgo mínimo para la salud humana o animal y son comparables a la mayoría de los residuos que se generan en las viviendas.

## S

**Salud intercultural** es una estrategia que toma en cuenta las variables étnico-culturales de la población originaria en el proceso de atención de salud.

**Segregar** es disponer los residuos primariamente en los contenedores especialmente identificados para cada tipo de residuos.

**Seguridad** hace referencia al proceso por el cual una organización proporciona cuidados seguros a los/as usuarios/as. 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. La seguridad emerge de la interacción de los componentes del sistema; no reside en una persona, dispositivo o departamento.

**SNOMED CT** es una terminología clínica global, que se utiliza en sistemas informáticos de historia clínica electrónica, de prescripción electrónica, laboratorios, encuestas sanitarias, registros de enfermedades y otros, con el objetivo de capturar de manera precisa y unívoca referencias a conceptos clínicos. Este nivel de detalle permite lograr una atención de la salud más segura y un sistema de salud que cuenta con información confiable y actualizada para la vigilancia y la toma de decisiones.

La Organización Mundial de la Salud tiene acuerdos con Snomed Internacional para el desarrollo conjunto de referencias cruzadas y definiciones de contenido para la Clasificación Internacional de Enfermedades, en sus versiones CIE-10 y CIE-11. Estas estructuras permiten su uso conjunto, donde los profesionales de la salud seleccionan conceptos de SNOMED CT (más explícitos y claros) y pueden obtener agrupaciones automáticas en las categorías más generales de CIE-10.

Argentina se incorporó a SNOMED Internacional en enero de 2018, como el país número 31. A partir de ese momento la terminología queda disponible para su acceso gratuito en todo el territorio. Más información en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/snomed>

## T

---

**Transportista** son las personas físicas o jurídicas responsables del transporte de residuos peligrosos.

## U

---

**Usuario/a** es la persona que recibe cuidados de salud por parte del centro de salud.

## V

---

**Vulnerabilidad** hace referencia al resultado de la exposición a riesgos en conjunto con la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente.

Su identificación obedece a diferentes criterios: algún factor contextual que hace a las personas, grupos o comunidades más propensos a enfrentar circunstancias adversas para su salud; el ejercicio de conductas que entrañan mayor exposición a eventos dañinos; o la presencia de un atributo básico compartido (edad, sexo, etc.) que se supone les confiere riesgos o problemas comunes.

Las personas o poblaciones vulnerables son aquellas que, por distintos motivos, no tienen desarrollada la capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse de un impacto y, por lo tanto, se encuentran en situación de riesgo. Se trata de un indicador de inequidad y de desigualdad social.





República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
2019 - Año de la Exportación

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

**Número:**

**Referencia:** EX-2019-58580482- -APN-DNCSSYRS#MSYDS - ANEXO I

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 88 pagina/s.