

Estándares de evaluación y seguimiento

de programas de prevención de
enfermedades no transmisibles



Autores

Dra. Rosana Gambogi
(Dirección Técnica)

Dra. Andrea Arbelo
Lic. Enf. Marcela Baldizzoni
Dr. Joaquín Bazzano
Lic. Nut. Soledad Calvo
Dra. Elba Esteves
Dr. Pablo Ríos
Lic. Psic. Tania Palacio
Lic. Enf. Isabel Wald

Asesora en gestión de calidad

Dra. Norma Rodríguez



**FONDO NACIONAL
DE RECURSOS**

Medicina Altamente Especializada

Estándares de evaluación **y seguimiento**

de programas de prevención de
enfermedades no transmisibles

Estándares de evaluación y seguimiento

de programas de prevención de
enfermedades no transmisibles



Autores

Dra. Rosana Gambogi
(Dirección Técnica)

Dra. Andrea Arbelo
Lic. Enf. Marcela Baldizzoni
Dr. Joaquín Bazzano
Lic. Nut. Soledad Calvo
Dra. Elba Esteves
Dr. Pablo Ríos
Lic. Psic. Tania Palacio
Lic. Enf. Isabel Wald

Asesora en gestión de calidad

Dra. Norma Rodríguez



**FONDO NACIONAL
DE RECURSOS**

Medicina Altamente Especializada

CONTENIDO

Introducción	5
Metodología.....	9
Estándares de calidad para los programas de prevención del FNR.....	12
Referencias bibliográficas	41
Anexo	44
Instructivo	52

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo, cobrando más vidas que todas las otras causas combinadas. Cerca del 80 % de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medios (1,2).

La epidemia de ENT se ve favorecida por factores tales como la transición demográfica, relacionada con la disminución de las tasas de natalidad y de mortalidad, así como la urbanización de las poblaciones, asociada a estilos de vida no saludables (1,2).

Por otra parte, la transición epidemiológica se presenta más acentuadamente en países en vías de desarrollo. Mientras que los países desarrollados durante el siglo xx han elaborado herramientas para reducir el efecto de las enfermedades infecto-contagiosas, los países en desarrollo deben generar estrategias para abordar simultáneamente la morbilidad generada por estas enfermedades y las enfermedades no transmisibles. El mencionado fenómeno, referido como doble carga de enfermedad, implica mayores costos para los sistemas de salud, afectando más significativamente a las poblaciones desfavorecidas, en mayor medida por ser más vulnerables, considerando los determinantes sociales de la enfermedad (1,2).

La evidencia disponible demuestra de forma inequívoca que las enfermedades no transmisibles son, en gran medida, prevenibles, tratables y controlables.

Por otra parte, la discapacidad que generan implica costos significativos para los sistemas de salud y constituye una amenaza para el desarrollo. Por esto, «muchas intervenciones sanitarias relacionadas con las ENT se consideran costoeficaces, especialmente en comparación con los costosos procedimientos que suelen requerirse cuando la detección y el tratamiento se han retrasado y el paciente llega a fases avanzadas de la enfermedad» (1).

Las ENT se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo comportamentales principales: el consumo de tabaco, la alimentación no saludable, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol; con mayor exposición en la población más pobre, generando a su vez mayor carga de enfermedad y más pobreza (1).

Estos factores de riesgo, relacionados con las conductas no saludables de las personas, aumentan la probabilidad de determinadas enfermedades, que hoy en día constituyen una verdadera epidemia; como la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes y el cáncer (1).

Las intervenciones sanitarias poblacionales, orientadas a la promoción de salud y prevención primaria de enfermedades, comprenden las políticas de reducción del consumo de sal y de hidratos de carbono (3,4), el control del consumo de tabaco (5,6), entre otras.

Las intervenciones individuales se implementan en tres niveles: la detección precoz de factores de riesgo y la enfermedad; el tratamiento oportuno para retrasar la evolución y evitar graves y costosas complicaciones y en la rehabilitación de las consecuencias de la enfermedad (7,8).

Si se combinan las intervenciones poblacionales o colectivas y las individuales, se pueden salvar millones de vidas y reducir considerablemente la aparición de ENT en la población.

Asimismo, la toma de decisiones oportunas hacia la implementación de intervenciones de eficacia demostrada evita costos sanitarios que ponen en riesgo económico a las familias y al sistema de salud.

Desde el año 2004, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) implementó el Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular dirigido a los pacientes revascularizados, el Programa de Tratamiento del Tabaquismo, el Programa de Tratamiento de la Obesidad y el Programa de Salud Renal dirigido a los pacientes con enfermedad renal crónica (9). A su vez, promovió la firma de convenios con prestadores públicos y privados con interés en replicar las estrategias de prevención implementadas en el FNR (10).

Estos programas han demostrado su efectividad en una variedad de evaluaciones publicadas, ya sea favoreciendo un mejor control de los factores de riesgo cardiovascular, disminuyendo la mortalidad y los nuevos eventos cardiovasculares, la necesidad de revascularización coronaria, así como retrasando el ingreso a diálisis (11-14).

De igual manera, frente al desafío del abordaje de la cronicidad, la formación de pacientes expertos constituye una nueva herramienta de gestión que permite al paciente asumir un nuevo rol en el sistema de salud. En ese sentido,

es necesario alcanzar un liderazgo compartido, el que implica un grado de transferencia de poder desde el profesional al individuo y desde la gestión sanitaria a una cogestión compartida con la ciudadanía en general. Existen varias experiencias mundiales que han demostrado que estas estrategias mejoran la calidad de vida, la adherencia a los tratamientos, la satisfacción y son además altamente costo-efectivas (15,16).

A partir de la identificación de quince problemas críticos y su análisis, Uruguay ha priorizado el abordaje de las ENT dentro de sus Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) para el año 2020, estableciendo dentro de sus objetivos estratégicos: «Favorecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir los factores de riesgo», «Disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad», «Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de la vida», «Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y comunidades» (17).

Alineados a estos objetivos, el FNR incluyó, dentro de sus objetivos estratégicos, apoyar la implementación de estos programas en los prestadores integrales de salud, con el objetivo de optimizar la continuidad asistencial de los pacientes que han recibido cobertura financiera por el FNR y de contribuir a reducir el riesgo de nuevos eventos.

Se presenta, en esta oportunidad, un modelo que se focaliza en aportar directrices para desarrollar e implementar programas de prevención de ENT, donde se aborden sus factores de riesgo. Aunque el objeto de este documento es normalizar el funcionamiento de los programas de prevención del FNR, puede aplicarse a otros programas de similares características donde se aborden este tipo de patologías.

El FNR ya ha transitado por la experiencia de desarrollar estándares de calidad, así como su aplicación, a través del Programa de Evaluación y Seguimiento de los Institutos de Medicina Altamente Especializado (IMAE) (18,19). La dirección del FNR percibió en este esfuerzo una oportunidad de aplicar el conocimiento generado a sus programas de prevención, lo que, a su vez, puede potenciar el impulso que están teniendo para el sistema los OSN 2020.

Este documento presenta la versión final, con las correcciones realizadas a partir de sugerencias de nuestros expertos y los miembros de las instituciones que formaron parte del piloto. Este trabajo será aplicable a programas de prevención primaria o secundaria, dedicados a controlar los factores de riesgo de las

enfermedades no transmisibles (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas).

El documento pretende ser una guía para aquellas organizaciones que, alineándose con los OSN, implementan programas de prevención de estas enfermedades que constituyen una epidemia nacional con el impacto social y económico que generan.

Puede constituir, además, una herramienta de evaluación para organismos que realicen auditorias de estos programas con propósitos definidos por autoridades reguladoras del país y también como herramienta de autoevaluación para los mismos programas.

METODOLOGÍA

Se conformó un grupo de trabajo, compuesto por miembros del equipo de los programas de prevención desarrollados por el FNR, que realizó una búsqueda en literatura gris, a través de Google Scholar, con las palabras clave: estándar, calidad, programa y prevención, en publicaciones desde 2009 hasta 2017.

De la búsqueda surgen diez documentos metodológicos o estándares que incorporan la metodología para la elaboración de estándares de calidad para programas de prevención (20–30).

Para el desarrollo metodológico, en esta oportunidad, se retoma el modelo ya aplicado en el FNR (años 2003 y 2011) guiado por principios como son el derecho de las personas, la organización como entidad social, la prevención de riesgos en el ámbito sanitario y la competencia técnica del equipo de salud.

Esta nueva orientación mereció una dedicación especial, en el sentido de guiar acciones para lograr un usuario más responsable de sus actos, un liderazgo organizacional (de prestadores del sistema e IMAE), enfocado a múltiples colectivos, con requerimientos diferentes en cuanto a promoción y prevención para la salud, así como un abordaje particular para la educación permanente y el desarrollo del personal.

Se realizó una prueba piloto de esta herramienta, utilizando una lista de verificación con los estándares e indicadores con su correspondiente instructivo, donde estos fueron operacionalizados. La prueba fue realizada por un equipo multidisciplinario del FNR, en los programas de: salud renal, prevención secundaria cardiovascular, obesidad y tabaquismo. Como resultado se encontró una adecuada aplicabilidad de la herramienta en los diferentes programas, requiriendo ajustes en algunas definiciones operativas de las variables.

Todo este proceso derivó en un documento de estándares propios para los programas de prevención, que se despliega de la siguiente manera:

Criterios de Calidad:

El enfoque actual establece tres grandes criterios de calidad, siguiendo el modelo propuesto por el médico Avedis Donabedian, quien en el año 1966 estableció las dimensiones de estructura, proceso y resultado, y sus indicadores para evaluar la calidad de los servicios de salud (31).

El criterio de calidad número 1 establece: «La institución de salud cuenta con programa/s de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (ENT) orientados al control de factores de riesgo». Este criterio incluye los atributos materiales y organizacionales, así como los recursos humanos y financieros necesarios para el funcionamiento de los programas.

El criterio de calidad número 2 establece: «La planificación y organización para la ejecución del programa está centrada en las necesidades de los usuarios». Este criterio hace referencia a cómo llevar a cabo las actividades dentro de los procesos principales y de apoyo de los programas, tomando como aspectos relevantes la atención centrada en el usuario, la gestión de los riesgos, así como la formación, capacitación, actitudes y habilidades de los equipos de salud.

El criterio de calidad número 3 establece: «Se realizan evaluaciones sistemáticas a través de indicadores de procesos y resultados para medir el funcionamiento del programa tendiendo a la mejora continua». Se refiere a la necesidad de realizar mediciones continuas y planificadas de los procesos llevados a cabo por el programa, para poder tomar decisiones en consecuencia y tender a la mejora de los resultados. Este concepto se basa en el ciclo de mejora de Deming, el cual establece cuatro etapas que son: planificar, hacer, verificar y actuar, con el fin de retroalimentar el ciclo de mejora en forma continua (32).

Estándares:

Se describe cada estándar y su marco referencial con la justificación, la lista de verificación para cada requisito y las fuentes de datos.

Este desarrollo deja planteado a futuro la posibilidad de evaluar grados crecientes de calidad a través de la respectiva ponderación del estándar.

Orientaciones para la mejora:

Al final de cada criterio, se hacen recomendaciones y se desarrolla una guía para orientar a las organizaciones y sus equipos en relación a qué actividades implementar y cómo realizarlas, para poder cumplir con los requisitos establecidos en los estándares.

En definitiva, el equipo de trabajo ha enfrentado un nuevo y novedoso desafío en la búsqueda de la calidad asistencial, seleccionando requisitos de prevención y autocuidado que contemplen la realidad local, que puedan ser aplicados más allá del objetivo puntual actual, sumando al proceso regulatorio en la concreción de las garantías que en materia de salud la sociedad merece darse.

ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL FNR

Criterios de Calidad

- 1 - La institución de salud cuenta con programa/s de prevención de Enfermedades No Transmisibles orientados al control de factores de riesgo.
- 2 - La planificación y organización para la ejecución del programa están centradas en las necesidades de la población de referencia.
- 3 - Se realizan evaluaciones sistemáticas a través de indicadores de procesos y resultados para medir el funcionamiento del programa tendiendo a la mejora continua.

Estándares de calidad

1 - La institución de salud cuenta con programa/s de prevención de Enfermedades No Transmisibles orientados al control de los factores de riesgo.

Estándares de calidad

- 1.1- El programa posee una estructura organizacional definida, documentada y difundida.
- 1.2- El programa cuenta con un profesional de la salud coordinador con formación documentada o experiencia mayor a dos años en programas de prevención de ENT.
- 1.3- El proceso asistencial-educativo está a cargo de un equipo multidisciplinario.
- 1.4- La planta física y el equipamiento son acorde a las actividades que se desarrollan en el programa.
- 1.5- La farmacia cumple con los requisitos de habilitación.
- 1.6- La institución cuenta con un área para realizar automedición automatizada de la presión arterial.

1.1- El programa posee una estructura organizacional definida, documentada y difundida.

Justificación: contar con una estructura organizativa definida permite identificar las relaciones jerárquicas, así como la posición del programa dentro de la institución. Definir los perfiles y funciones de los cargos es importante para determinar los roles de cada integrante, así como sus niveles de responsabilidad para favorecer el alcance de los objetivos del programa.

Lista de verificación:

- ✓ Cuenta con organigrama, diagramas de flujo u otro tipo de documento que evidencie la ubicación del programa dentro de la estructura de la institución.
- ✓ Cuenta con diagrama u otra figura representando la estructura interna del programa (interrelaciones entre los diferentes integrantes del equipo técnico).
- ✓ Cuenta con perfiles y descripciones de cargo documentados para todo el equipo de salud.
- ✓ El personal de salud conoce la estructura organizacional.

Fuente de datos: documentos o figuras referenciando el programa dentro de la estructura organizacional institucional, relaciones jerárquicas dentro del equipo, perfiles y funciones de todo el equipo, entrevistas con personal del programa.

1.2- El Programa cuenta con un profesional de la salud coordinador con formación documentada o experiencia mayor a dos años en programas de prevención de ENT.

Justificación: un profesional coordinador capacitado, que ejerza la función de liderazgo, es imprescindible para lograr un servicio de calidad. Para ello, deberá planificar, organizar, dirigir, implantar acciones y evaluar, en conjunto con su equipo, en forma sistemática, permitiendo tomar decisiones oportunas e informadas. Esta figura permitirá contar con una visión integral de todos los

programas que se desarrollen en la institución y oficiar de nexo entre la Dirección Técnica y los demás servicios.

Lista de verificación:

- ✓ Verificar la existencia de un profesional de salud designado para la conducción del programa.
- ✓ Verificar formación en salud pública, medicina familiar o experiencia documentada en promoción de salud o prevención de ENT, mayor a dos años.
- ✓ Verificar formación en gestión de servicios de salud o en calidad.

Fuente de datos: designación escrita por la dirección institucional, con carga horaria estipulada para el programa. Documentación que acredite formación en gestión de servicios de salud o en calidad. Documentación que compruebe experiencia o formación académica formal en las especialidades referidas.

1.3- El proceso asistencial-educativo está a cargo de un equipo multidisciplinario.

Justificación: la conformación de un equipo multidisciplinario es esencial para lograr un abordaje multifacético e integral al paciente y a su familia; la complementariedad entre los diferentes técnicos permite realizar una intervención más efectiva, favoreciendo la adhesión del paciente y de su familia a los cambios en el estilo de vida y a la farmacoterapia.

Lista de verificación:

- ✓ Se dispone de un equipo multidisciplinario mínimo acorde a cada programa.
- ✓ Los integrantes del equipo cuentan con carga horaria específica para el programa.
- ✓ Se accede a otros profesionales de la salud vinculados al programa.

Fuente de datos: designaciones de los cargos de los diferentes integrantes de los equipos con horas asignadas para el programa. Historia clínica del paciente.

Nota 1:

Los equipos mínimos deberán estar conformados de la siguiente manera:

- ✓ Programa de prevención secundaria cardiovascular: médico, enfermero y nutricionista.
- ✓ Programa de tratamiento de obesidad: nutricionista, psicólogo y médico.
- ✓ Programa de tratamiento de tabaquismo: psicólogo y médico.
- ✓ Programa de salud renal: médico nefrólogo, enfermero y nutricionista.

1.4- Cuenta con una planta física y equipamiento necesarios acorde a las actividades que se desarrollan en el programa.

Justificación: la planta física y el equipamiento deberán ser acorde a las actividades que se desarrollen en el programa. La policlínica y el equipamiento básico deberán cumplir los requisitos del Decreto 416/02 del Ministerio de Salud (MSP).

Lista de verificación:

- ✓ La policlínica (consultorios) cumple con la normativa vigente (Decreto MSP 416/02).
- ✓ El equipamiento básico de la policlínica cumple con la normativa vigente.
- ✓ Cuenta, además, con el siguiente equipamiento: glucómetro, PC conectada a Internet, dosificador de monóxido de carbono.
- ✓ Todos los programas cuentan con un sistema de información en formato electrónico en línea y accesible.
- ✓ Cuenta con un espacio de usos múltiples con equipamiento para proyección audiovisual, entre otros.
- ✓ Cuenta con un área para realizar ejercicios de rehabilitación, con personal para realizar la supervisión.

Fuente de datos: observación directa de la planta física y evidencia documentada.

1.5- La farmacia cumple con los requisitos de habilitación.

Justificación: la farmacia debe contar con los requisitos edilicios normativos y con un procedimiento para realizar la gestión de los medicamentos que se brindan a través del programa, el que debe contemplar aspectos relacionados con la seguridad en la prescripción, almacenamiento y dispensación, así como aspectos relacionados con las interacciones que se puedan generar con otros fármacos que recibe el usuario.

Lista de verificación:

- ✓ La farmacia está habilitada por el MSP o cumple los siguientes requisitos:
 - ✓ Recursos humanos: auxiliares de farmacia y químico farmacéutico; capacitados y habilitados por el MSP y en número acorde a las actividades que desarrolla.
 - ✓ Área con acceso restringido, con temperatura y humedad controladas.
 - ✓ Armario bajo llave para psicofármacos y archivo de las recetas correspondientes por dos años.
 - ✓ Controles de stock y de vencimiento de los medicamentos.
 - ✓ Heladeras para almacenamiento de medicamentos con monitoreo de temperatura.
 - ✓ Cuenta con un procedimiento documentado para la gestión de la medicación prescrita en el programa.
 - ✓ La medicación del programa se dispensa al paciente desde farmacia, ubicada físicamente en el mismo lugar donde el paciente es atendido.

Fuente de datos: procedimientos de farmacia, informes de satisfacción de usuarios en relación a la medicación recibida y a la atención en farmacia.

1.6- La institución cuenta con un área para realizar automedición automatizada de la presión arterial.

Justificación: el automonitoreo de la presión arterial (PA) en áreas clínicas de las instituciones de salud, es el método más recomendado para ser realizado en servicios de salud (33-36). Las medidas realizadas, en las condiciones adecuadas, mediante esta técnica, se aproximan al promedio de PA realizado por el monitoreo ambulatorio de la presión arterial durante el día o con el usuario despierto.

Lista de verificación:

- ✓ El área para realizar automonitoreo está definida, claramente identificada y visible desde la sala de espera.
- ✓ Cuenta con personal disponible para capacitar al usuario, a la familia, y brindar información en caso de ser necesario.
- ✓ El equipamiento es automático, de fácil uso, con instrucciones para realizar las mediciones y cuenta con una planilla para ser completada por el usuario o con emisión automática de registro.
- ✓ Cuenta con un protocolo documentado de actuación para el personal de salud, que incluye una clara referencia al usuario en caso de encontrarse valores anómalos.
- ✓ Se encuentra disponible, para el usuario y familia, material informativo relacionado con el control de la PA.

Fuente de datos: inspección del área referida y materiales informativos.

Recomendaciones para cumplir con los estándares.

- Designar a un profesional coordinador, con el perfil referido (Est 1.2), con dependencia directa de la Dirección Técnica de la organización.
- Determinar las responsabilidades y descripciones del cargo del coordinador en conjunto con la Dirección Técnica de la institución.
- Determinar y acordar, con el equipo multidisciplinario, los perfiles, descripciones de cargo y responsabilidades de cada uno de ellos.
- Tomar en cuenta el criterio de accesibilidad para usuarios en la planta física, considerando las características edilicias y del equipamiento (Estándar 1.4).

Orientación para la mejora

- Es deseable que el coordinador cuente con formación en gestión de calidad o en gestión de servicios de salud, además de su formación académica o experiencia en la temática.
- El equipo multidisciplinario podrá ampliarse e incluirse técnicos en promoción de salud y prevención de enfermedades, licenciados en trabajo social, licenciados en fisioterapia, licenciados en educación física, licenciados en psicología, licenciados en educación, entre otros.
- Es recomendable la generación de estrategias para asegurar la estabilidad en los cargos de los integrantes del equipo multidisciplinario, para favorecer su experiencia, capacitación y la adherencia de los usuarios al programa.
- Si se incluye más de un programa con un alto número de usuarios, es deseable que el coordinador sea el mismo y cuente con alta dedicación horaria.

2 - La planificación y organización para la ejecución del programa están centradas en las necesidades de la población de referencia.

Estándares de calidad

- 2.1- Cuenta con una planificación centrada en las necesidades de la población de referencia.
- 2.2- Se gestiona la conformidad de los usuarios.
- 2.3- En la planificación se toma en cuenta la gestión de riesgos.
- 2.4- Se utilizan estrategias para favorecer la adherencia de los usuarios al programa.
- 2.5- Se implementan herramientas efectivas para favorecer la comunicación.
- 2.6- Se utilizan mecanismos para favorecer la continuidad asistencial.
- 2.7- Cuenta con un programa de capacitación y de desarrollo continuo del personal.

2.1- Cuenta con una planificación centrada en las necesidades de la población de referencia.

Justificación: los servicios de salud deben ser planificados, utilizando para ello la información de su contexto, organizados en función de las necesidades de estructura y de sus procesos, dirigidos y evaluados para garantizar su calidad y la satisfacción de las necesidades de la población de referencia.

Lista de verificación:

- ✓ La planificación se realiza periódicamente tomando en cuenta las necesidades y expectativas de los usuarios, así como los resultados de un análisis del contexto interno y externo a la organización.
- ✓ Están establecidos los objetivos y metas del programa.

- ✓ Los objetivos y metas son difundidos y son conocidos por el personal involucrado.
- ✓ La metodología del programa está definida.
- ✓ Cuenta con indicadores de procesos y resultados definidos para realizar medición.
- ✓ El equipo multidisciplinario y los usuarios participan en la planificación y en la determinación de objetivos asumiendo responsabilidades dentro de ellos.

Fuente de datos: documentos con planificación estratégica y operativa, metodología utilizada, reportes de evaluaciones de resultados y de satisfacción de usuarios internos (personal) y externos.

2.2-Se gestiona la conformidad de los usuarios.

Justificación: es fundamental conocer el grado de satisfacción de los usuarios y de sus familias respecto a la actuación de los diferentes integrantes del equipo técnico, a la metodología de trabajo, así como sobre los beneficios o dificultades en la intervención. A partir de las evaluaciones realizadas, se podrán tomar acciones correctivas para mejorar el grado de conformidad de los usuarios, favoreciendo su continuidad en el programa.

Lista de verificación:

- ✓ Cuenta con herramientas (encuestas, buzones, formularios) para evaluar la satisfacción del usuario y de su familia.
- ✓ Se aplican las herramientas periódicamente y se analizan los resultados.
- ✓ Se toman acciones correctivas en función de los resultados y se da respuesta a los usuarios.

Fuente de datos: verificar el uso de herramientas, así como la documentación sobre las evaluaciones realizadas y las acciones correctivas tomadas.

2.3- En la planificación se toma en cuenta la gestión de riesgos.

Justificación: Los ODS 2020 establecen, como cuarto objetivo estratégico, la construcción de una cultura institucional en calidad y seguridad. Se establecen, en ese sentido, líneas de acción específicas para desarrollar estrategias de capacitación y programas de evaluación de la calidad. A pesar de ponerse un especial énfasis en niveles hospitalarios, por la importancia de los errores en estos ámbitos, también se jerarquiza el trabajo en el primer nivel de atención, área priorizada por la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Estudios internacionales demuestran que en este nivel de atención, los errores asociados a la medicación son aproximadamente un 50 % del total, seguido por errores asociados a tratamientos con un 20 % (37).

Lista de verificación:

Algún integrante del programa participa, cuando es necesario, y en forma activa, con la Comisión de Seguridad del Paciente (COSEPA) y se desarrollan estrategias para prevenir eventos adversos relacionados con la atención.

- ✓ Verificar el desarrollo de estrategias para prevenir el error, relacionado con el proceso asistencial, involucrando al usuario.
- ✓ La medicación se dispensa por un plazo no menor a 15 días para tratamiento del tabaquismo y no menor a 1 mes para otros programas. En todos los casos, el plazo será no mayor a 3 meses.
- ✓ Se realiza farmacovigilancia con reporte sistemático de acuerdo a la normativa nacional (Ordenanza MSP N° 798/2014 y 292/2018).
- ✓ Se realiza mantenimiento del equipamiento biomédico, que incluye la calibración de los equipos y la capacitación para su uso.

Fuente de datos: actas de reuniones, registros de casos y de actividades de prevención de eventos adversos de los programas, evidenciando la participación de equipo técnico del programa; procedimientos utilizados en seguridad del paciente; registros de temática tratada en talleres y material informativo orientado a la prevención del error en la atención; registros de mantenimiento y de capacitación, etiquetas de verificación y calibración de equipos.

2.4- Se utilizan estrategias para favorecer la adherencia de los usuarios al programa.

Justificación: las consecuencias negativas, asociadas a la falta de adherencia de los pacientes, son: las dificultades para alcanzar un diagnóstico adecuado e indicar un tratamiento efectivo; el aumento de la morbimortalidad, de los costos sanitarios, de los sentimientos de insatisfacción en usuarios y en el personal; y problemas en la relación con el equipo de salud (38).

El concepto de adherencia hace referencia a diferentes aspectos, incluyendo, entre otros, la adopción de conductas saludables, la concurrencia a las citas estipuladas, toma correcta de la medicación y cumplimiento con el tratamiento propuesto. La adherencia se puede dar desde el inicio o durante su estadía en el programa.

Lograr la adherencia de los usuarios es un desafío para el equipo de salud, por lo que se deberán elaborar estrategias para alcanzarla.

Lista de verificación:

1. El programa utiliza herramientas para favorecer la adherencia de los usuarios:
 - ✓ De carácter organizacional: sistema de recaptación de usuarios ausentes, disponibilidad de varios horarios, recordatorios de citas, agendas electrónicas, cumplimiento con citas programadas, copagos mínimos o ausentes, otros.
 - ✓ Relacionados con el tratamiento: tender a la desprescripción y al uso de monodosis, utilización de tratamientos sencillos y acordados con el usuario, existencia de grupos de apoyo para usuarios, disponibilidad de información escrita complementaria.
 - ✓ Relacionados con el equipo de salud: profesionales estables y de referencia, capacitados en técnicas comunicacionales y en habilidades sociales, otros.
2. Los profesionales de la salud:
 - ✓ Acuerdan con los usuarios y su familia las conductas terapéuticas y metas a alcanzar.

- ✓ Utilizan alguna herramienta para evaluar motivación, percepciones y vulnerabilidades de los usuarios.

3. Se utiliza algún método para evaluar la adhesión de los usuarios al programa (autoinformes, informes de personas cercanas al usuario, resultados clínicos, autorregistros, mediciones de consumo de medicamentos, mediciones bioquímicas, otros).

Fuente de datos: entrevistas con el personal sanitario, revisión de historias clínicas, evaluaciones de resultados, legajos del personal.

2.5- Se implementan herramientas efectivas para favorecer la comunicación.

Justificación: utilizar diferentes herramientas de comunicación contribuye a mejorar el relacionamiento con los usuarios, así como con el equipo de salud.

La evidencia muestra que muchos de los errores que se cometen en la atención sanitaria están relacionados con problemas en la comunicación, por lo que el programa debe utilizar herramientas para favorecerla (39).

Las habilidades comunicacionales incluyen, entre otros, formación en un estilo de comunicación asertivo, escucha activa, reflexiva y empática, resolución de conflictos, actitud de servicio y disponibilidad.

Lista de verificación:

- ✓ Se utiliza material informativo, impreso o electrónico, dirigido a usuarios, con lenguaje amigable, entendible y sencillo.
- ✓ La sala de espera cuenta con información audiovisual o cartelera.
- ✓ Se utilizan herramientas relacionadas con las tecnologías de la información y de la comunicación.
- ✓ El personal de salud recibe formación para desarrollar habilidades comunicacionales.
- ✓ Se modela y estimula un trato respetuoso; de buena comunicación y relacionamiento dentro del equipo; y con los pacientes y acompañantes, aún en situaciones demandantes o tensas.

- ✓ Se implementan estrategias educativas de activación de pacientes (ver oportunidades de mejora).

Fuente de datos: observación directa del material y documentos que acrediten la capacitación en la temática.

2.6- Cuenta con un programa de capacitación y de desarrollo continuo del personal.

Justificación: la capacitación permanente del personal de la salud es fundamental para brindar una atención basada en la evidencia, homogeneizar las prácticas y brindar seguridad al equipo de salud y a los usuarios, entre otras.

Lograr el compromiso e involucramiento de los equipos de salud, es esencial para alcanzar los objetivos del programa, para lo cual se deben generar estrategias para favorecer el desarrollo y las competencias del personal dentro de la organización.

La capacitación continua estimula el uso de guías y consensos nacionales e internacionales sobre las mejores prácticas clínicas, permitiendo tomar decisiones basadas en la mejor evidencia, reduciendo el efecto de la variabilidad y de la incertidumbre. De todas formas, las decisiones sobre los tratamientos a instaurar deben ser discutidas y analizadas con los pacientes, siendo estos los últimos decisores sobre las conductas a adoptar.

Lista de verificación:

- ✓ Cuenta con un plan de capacitación documentado y se verifica su implementación.
- ✓ Se verifica el uso y aplicación de guías de práctica clínica, consensos o protocolos de atención, actualizados y disponibles en un área de fácil acceso.
- ✓ Se realizan reuniones del equipo de salud en forma periódica con objetivos académicos o de capacitación.

Fuente de datos: actas o registros de las actividades mantenidas, entrevistas al personal, guías, consensos y protocolos disponibles, registros de historia clínica.

2.7- Se utilizan mecanismos para favorecer la continuidad asistencial.

Justificación: lograr la continuidad asistencial es un desafío en los actuales sistemas de salud, donde la atención está, muchas veces, fragmentada por diversos motivos: diferentes prestadores, múltiples y fragmentados registros clínicos, rotación del personal de la salud, alta especialización de la asistencia, entre otros.

Lista de verificación:

- ✓ El programa cuenta con un método para realizar las interconsultas con otros especialistas o programas.
- ✓ Cuenta con un registro clínico prediseñado de seguimiento, que garantice la continuidad asistencial con el médico tratante o especialistas.
- ✓ Se constata que los usuarios cuentan con un médico tratante de referencia.

Fuente de datos: procedimiento documentado para realizar interconsultas; se identifican los indicadores de accesibilidad y cobertura; historias clínicas de los pacientes.

Recomendaciones para el cumplimiento de los estándares

- Realizar una planificación inicial, tomando en cuenta el contexto interno y externo, para lo que se podrá utilizar herramientas como la matriz FODA (40), donde se analizan las fortalezas y debilidades internas, así como las oportunidades y amenazas externas. Para ello, se consideran aspectos demográficos, epidemiológicos, sociales, culturales, económicos, ambientales y posibles problemas de acceso de su población objetivo, entre otros.
- Establecer anualmente objetivos, metas y actividades, así como indicadores para evaluar el grado de avance o cumplimiento.
- Incluir en la planificación la metodología de intervención a utilizar en el programa, la organización de los recursos humanos, materiales y financieros, métodos de evaluación, y los indicadores a utilizar para realizar seguimiento. En el criterio de calidad número 3, se encuentran los indicadores propuestos por el equipo elaborador de este documento; analizar con su equipo la incorporación de otros indicadores para evaluar su programa.

- Los métodos de intervención más utilizados en estos programas se aplican a través de estrategias individuales, grupales o combinadas, pudiéndose utilizar las tecnologías de la información y comunicación (portales, foros, mensajes de texto, teléfono, telemedicina, otros).
- Analizar y acordar el plan con la dirección técnica institucional y con el equipo multidisciplinario. La planificación realizada en conjunto con el equipo de salud, propicia compromiso, involucramiento y motivación; componentes necesarios y esenciales para alcanzar los objetivos planteados.
- Contar con un referente para interactuar con la COSEPA institucional y promover estrategias conjuntas para analizar riesgos y prevenir el error en la atención; considerar que los eventos adversos relacionados con la medicación en cualquiera de sus fases (prescripción, transcripción, administración, dispensación, monitorización), son de los más prevalentes.
- Utilizar guías y consensos actualizados, de preferencia nacionales; considerar que el uso de guías internacionales puede no ajustarse a la práctica clínica habitual o al contexto nacional.
- Se recomienda utilizar guías y consensos de: hipertensión, dislipemia, tabaquismo, diabetes, enfermedad renal crónica, actividad física, nutricionales, otras. (Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/programas/%C3%A1rea-program%C3%A1tica-enfermedades-no-transmisibles>).
- Analizar periódicamente las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias. Para ello, se pueden utilizar diversas metodologías:
 1. A partir de las necesidades expresadas por los usuarios y sus familias (encuestas, entrevistas, grupos focales, buzón de comentarios, otros).
 2. A partir de las necesidades detectadas por el equipo de salud en el contacto diario con los usuarios.
- Utilizar, como estrategias fundamentales para fomentar la adherencia, la simplificación de las pautas de administración de medicación y favorecer el seguimiento continuo de los usuarios.
- Detectar posibles obstáculos que dificulten la adherencia, por ejemplo: dispensar medicamentos en lugares distantes y en días diferentes a los

de las reuniones/consultas; ausentismo o rotación del equipo multidisciplinario; cambios de fechas, horarios y lugares de citas; horarios limitados no contemplando horarios laborales de los usuarios; falta de habilidades comunicacionales del equipo, entre otros.

- Realizar la captación de pacientes ausentes para promover la adherencia; puede utilizarse mensajería de texto, llamadas telefónicas, aplicaciones electrónicas, sitio web, entre otros medios.
- Utilizar material informativo en distintos soportes y adaptado a las necesidades de los colectivos más vulnerables (personas con baja alfabetización, personas mayores u otros). Los equipos de salud pueden desarrollar su propio material informativo o utilizar aquellos provistos por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Recursos, la Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular, la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, etcétera.
- Se puede utilizar portales de educación o información para usuarios sobre patologías crónicas, por ejemplo:
 - Medline Plus (disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/>)
 - Portal de educación del NHS (disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/>)
 - Medicine Net (disponible en: <https://www.medicinenet.com/script/main/hp.asp>)
 - Hospital Italiano de Buenos Aires (disponible en: <https://www.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/aprender/salud>)
 - Mayo Clinic (disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/patient-care-and-health-information>)
 - Cleveland Clinic (disponible en: <https://my.clevelandclinic.org/health>)
- Realizar instancias de capacitación periódicas, dirigidas al equipo de salud y al personal no técnico, con temáticas basadas en las necesidades encontradas y con el asesoramiento de expertos.
- Para realizar las interconsultas con otros profesionales, proporcionar al usuario datos concretos, documentados que incluyan el motivo de la in-

terconsulta, resumen de evolución clínica en el programa profesional de referencia, y facilitar un mecanismo de agenda priorizada. Puede utilizarse un formulario prediseñado, que incluya datos mínimos del usuario, sus antecedentes, el motivo de la interconsulta y espacio para el resultado.

- Se puede recurrir a la transdisciplinariedad para el abordaje del paciente, ya que es una herramienta útil, donde los diferentes integrantes del equipo asistencial interactúan en la consulta del paciente y complementan la información, estimulando el aprendizaje.

Oportunidades de mejora:

Propuesta de activación de pacientes

- La estrategia de gestión basada en la activación de pacientes considera que, en el actual sistema sanitario, existe un talento oculto, desaprovechado, que es el propio autocuidado del paciente crónico. Los usuarios pueden mejorar su condición de salud y tener mejor calidad de vida, asumiendo un rol más activo, siendo protagonistas de su enfermedad, y tomando decisiones compartidas con su equipo de salud, para lo cual deben estar informados.
- El proceso de participación e involucramiento de los usuarios cuenta con tres fases: la activación propiamente dicha, el empoderamiento y el liderazgo compartido.
- La activación se entiende como la disposición de conocimiento y habilidades por parte de la persona para manejar su propia salud, para lo que será necesario que reciba una adecuada capacitación. La evidencia muestra que los pacientes más activados asumen hábitos más saludables, tienen una mejor calidad de vida, así como una mejor adherencia a los tratamientos, son más sanos y cuestan menos al sistema de salud (15,16).
- El empoderamiento es la adquisición de la capacidad y la motivación suficientes como para poder participar en la toma de decisiones.
- El liderazgo compartido es el grado en que los pacientes y la ciudadanía toman parte en el proceso de toma de decisiones; exige un grado de transferencia de poder desde el profesional al individuo o desde la gestión sanitaria a una cogestión compartida con la ciudadanía en general.

- Las intervenciones de activación de pacientes son una herramienta más de gestión, que es necesario considerar para lograr la transformación hacia un sistema de salud más sostenible y eficiente.
- Otros agentes, como son las asociaciones de pacientes o los agentes comunitarios, deberían ser considerados, ya que cuentan con una capacidad oculta e infrautilizada, que es necesario descubrir y cogestionar.
- Se sugiere conocer las siguientes experiencias exitosas internacionales de activación de pacientes:

*Gales (RU): Programas de educación en salud y bienestar para el paciente. (disponible en <http://www.wales.nhs.uk/sites3/home.cfm?orgid=537>)

*Reino Unido: Programas de autocuidado (disponible en <http://selfmanagementuk.org/>)

*Leeds (RU): Proyecto de empoderamiento del paciente (disponible en http://plus.rjl.se/info_files/infosida35103/b4_fuller_mckinney_bridle.pdf)

*Ward Round (Suecia): Iniciativa Team-based Person centered Ward Round (disponible en <http://wardround.net/>)

*Clínica Mayo (EE.UU): Toma de decisiones compartidas (disponible en <http://shareddecisions.mayoclinic.org/decision-aidinformation/decision-aids-for-chronic-disease/>)

*EE.UU: Instrumento de medición de toma de decisiones compartidas (disponible en http://www.optioninstrument.org/uploads/2/4/0/4/24040341/spanish_version_rev.pdf)

*Nesta (RU): <The People Business Case for People Powered Health> (disponible en https://www.nesta.org.uk/sites/default/files/the_business_case_for_people_powered_health.pdf)

*Reino Unido: <Experience Based design> (disponible en [http://www.institute.nhs.uk/quality_and_value/experienced_based_design/the_ebd_approach_\(experience_based_design\).html](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_value/experienced_based_design/the_ebd_approach_(experience_based_design).html))

Estándares de calidad

3 - Se realizan evaluaciones sistemáticas a través de indicadores de procesos y resultados para medir el funcionamiento del programa tendiendo a la mejora continua.

3.1- Se realizan evaluaciones periódicas según planificación anual.

3.2- Los resultados de las evaluaciones tienden a la mejora continua de los procesos y resultados del programa.

3.1- Se realizan evaluaciones periódicas según planificación anual.

Justificación: la información, proveniente de los diferentes sistemas de información utilizados por las organizaciones sanitarias o grupos de trabajo, es básica para el desarrollo de una evaluación crítica a fin de mejorar los procesos que las instituciones desarrollan y de asegurar la consecución de los objetivos establecidos.

Lista de verificación:

- ✓ El sistema de información utilizado permite la gestión de los datos para obtener los indicadores establecidos.
- ✓ Los datos cumplen con los criterios de cantidad, oportunidad y fiabilidad.
- ✓ Los datos son ingresados en tiempo real, de preferencia por el profesional que brinda la atención.
- ✓ Los indicadores de procesos y resultados definidos son analizados periódicamente (al menos anualmente).
- ✓ Se utilizan indicadores de procesos y resultados. Se proponen, en este manual, los utilizados por los programas del FNR.
- ✓ Los resultados son difundidos interna y externamente.

Fuente de datos: historias clínicas y registros informatizados.

3.2- Los resultados de las evaluaciones tienden a la mejora continua de los procesos y resultados del programa.

Justificación: la evaluación continua permite verificar si se alcanzan los objetivos y metas planteados y corregir posibles desvíos. Permite, además, la actualización de los conocimientos, adaptándolos a la mejora asistencial basada en la evidencia científica disponible.

Una evaluación planificada favorecerá su implementación sistemática, conocer los resultados periódicamente o en tiempo real, identificar problemas y oportunidades para actuar en consecuencia, facilitar la toma de decisiones y ser un insumo para la nueva planificación.

Lista de verificación:

- ✓ Se constata la implementación de acciones de mejora en función de los resultados obtenidos.
- ✓ Se constata la mejora de los procesos identificados como problema.
- ✓ Se constata la participación e involucramiento del personal en la mejora de los procesos y resultados.

Fuente de datos: documentación, entrevistas al personal, análisis de los indicadores en el tiempo.

Orientación para la mejora:

- ✓ Disponer de un sistema de información electrónico, que puede ser la propia historia clínica del paciente; de un programa diseñado para tal fin o del sistema informático del FNR, si se implementa algún programa de este organismo.
- ✓ Realizar evaluaciones según la planificación anual, contrastar los resultados con los objetivos planteados y actuar en consecuencia.
- ✓ Analizar los resultados de las evaluaciones con el equipo multidisciplinario y difundirlos, interna y externamente (dirección, personal, usuarios, sociedad, actividades científicas, revistas, otros).
- ✓ Involucrar al personal en la toma de decisiones y en el planteamiento de nuevos objetivos.
- ✓ Realizar las evaluaciones con un equipo técnico competente en el manejo de bases de datos y herramientas estadísticas. Para el caso de aquellas organizaciones que utilizan el sistema de gestión informático del FNR, estas evaluaciones se podrán llevar a cabo en conjunto con el equipo técnico de esta organización.
- ✓ Utilizar sus propios indicadores de procesos y de resultados para cada uno de los programas que se desarrollen.

Para el caso de los programas que utilicen la base de información del FNR, se recomienda la utilización de los siguientes indicadores:

Programa de tratamiento del tabaquismo

Objetivos:

1. Evaluar la cobertura y el funcionamiento del programa.
2. Evaluar la eficacia del tratamiento realizado a la población de fumadores preparados para tratar su adicción.

Indicadores de proceso

TQ1.- Tasa de usuarios nuevos ingresados a la Unidad de Tratamiento de Tabaquismo, cada 10.000 de usuarios, por año.

Numerador Número de usuarios que ingresan al programa entre el 1º de enero y el 31 de diciembre.

Denominador Número de usuarios del prestador, mayores de 15 años, por 10.000.

Objetivo 30 fumadores mayores de 15 años cada 10.000, tienen al menos un control en la Unidad de Tabaquismo del prestador. *

Fuente Numerador: Sistema de información y gestión del FNR.
Denominador: Padrón de afiliados de la institución.

Nota: * Basado en prevalencia de tabaquismo 21.6 % de la población mayor de 15 años, y motivación para la cesación, de acuerdo a datos nacionales provistos por encuesta GATS 2017 - Uruguay.

TQ2.- Porcentaje de usuarios que recibe al menos 4 consultas en el año.

Numerador Número de usuarios que tienen 4 o más consultas en un año.

Denominador Número de usuarios que tienen al menos 1 consulta en el programa entre el 1º de enero y el 31 de diciembre, por 100.

Objetivo 60 % de los usuarios del programa tiene 4 consultas o más, en el año.

Fuente Sistema de información y gestión del FNR.

Indicadores de resultados

TQ3.- Porcentaje de usuarios en abstinencia puntual a los 12 meses del ingreso.

Numerador	Número de usuarios que están en abstinencia de 7 días o más al año de ingreso.
Denominador	Número de usuarios contactados* al año de ingreso, por 100.
Objetivo	30 % de los usuarios contactados al año de ingreso se encuentran en abstinencia de al menos 7 días.
Fuente	Numerador: Registro de programa de tratamiento de tabaquismo. Denominador: Padrón de afiliados de la institución.

Nota: *Deberán ser contactados al menos 80 % de los usuarios (población o muestra representativa, de ser necesario), ingresados entre 12 y 24 meses antes de la medición.

TQ4.- Porcentaje de usuarios en abstinencia mantenida por 6 meses.

Numerador	Número de usuarios que están en abstinencia de 6 meses o más, al año de ingreso.
Denominador	Número de usuarios contactados* al año de ingreso, por 100.
Objetivo	20 % de los usuarios contactados al año de ingreso, se encuentran en abstinencia de al menos 6 meses.
Fuente	Numerador: Registro de programa de tratamiento de tabaquismo. Denominador: Padrón de afiliados de la institución.

Nota: *Deberán ser contactados al menos 80 % de los usuarios (población o muestra representativa, de ser necesario), ingresados entre 12 y 24 meses antes de la medición.

Programa de tratamiento de la obesidad

Objetivos

1. Evaluar la cobertura y el funcionamiento del programa.
2. Evaluar la eficacia del tratamiento a través de la adherencia y el descenso ponderal.

Indicadores de proceso

OB1.- Porcentaje de usuarios que adhieren al programa en el año.

Numerador	Número de usuarios que adhieren* al programa.
Denominador	Número de usuarios que ingresan al programa en el año, por 100.
Objetivo	50 % de usuarios que adhieren al programa.
Fuente	Sistema de información y gestión del FNR.

Nota: *Adhieren al programa aquellos usuarios que cumplieron al menos el 80 % de las consultas presenciales anuales.

OB2.- Porcentaje de usuarios en programa con registro de índice de masa corporal (IMC) en todas las consultas presenciales en el sistema de información.

Numerador	Número de usuarios, con registro de IMC en todas las consultas presenciales, ingresado en el sistema de información.
Denominador	Número de usuarios que ingresan al programa en el año, por 100.
Objetivo	100 % de los usuarios que ingresan al programa deben contar con el registro de IMC en cada consulta.
Fuente	Sistema de información y gestión del FNR.

Indicadores de resultados

OB3.- Porcentaje de usuarios que reducen su peso corporal inicial en 5 % o más, al año de ingreso al programa.	
Numerador	Número de pacientes que adhieren al programa y reducen su peso corporal inicial en 5 % o más, al año de ingreso al programa.
Denominador	Número de pacientes que adhieren al programa en el año, por 100.
Objetivo	40 % de los usuarios que adhieren al programa reducen en 5 % o más el peso corporal inicial, al año de ingreso al programa.
Fuente	Sistema de información y gestión del FNR.

Nota: *Adhieren al programa aquellos usuarios que cumplieron al menos el 80 % de las consultas presenciales anuales.

Programa de salud renal

Objetivos

1. Evaluar la cobertura y el funcionamiento del programa.

Indicadores en el inicio del programa

SR1.- Tasa de usuarios ingresados al programa, por cada 10.000 usuarios mayores de 20 años, por año.	
Numerador	Número de usuarios mayores de 20 años que ingresan al programa entre el 1º de enero y el 31 de diciembre.
Denominador	Número de usuarios del prestador mayores de 20 años en el año, por 10.000.
Objetivo	24 pacientes nuevos, mayores de 20 años, cada 10.000 afiliados.
Fuentes	Numerador: Registro de ERC del PSR. Denominador: Padrón de afiliados de la institución.

SR2.- Porcentaje de usuarios registrados sin control previo en etapa I, II o III de daño renal.

Numerador	Número de usuarios registrados sin control nefrológico previo en etapa I, II o III de daño renal.
Denominador	Número de usuarios registrados sin control nefrológico previo, por 100.
Objetivo	75 % de los usuarios sin control nefrológico previo se encuentran en etapas de daño renal I, II o III.
Fuente	Registro de ERC del PSR.

SR3.- Porcentaje de usuarios con al menos un control en el primer año.

Numerador	Número de usuarios que realizan al menos un control en el primer año de funcionamiento.
Denominador	Número de usuarios que se registran en el primer año de funcionamiento, por 100.
Objetivo	30 % de los usuarios que se registran en el primer año de funcionamiento cuentan con al menos un control.
Fuente	Registro de ERC del PSR.

SR4.- Porcentaje de usuarios que tiene indicación de bloqueantes del sistema renina angiotensina (SRA) en el último control.

Numerador	Número de usuarios con bloqueantes del SRA indicados en el último control.
Denominador	Número de usuarios en control, por 100.
Objetivo	55 % de los usuarios en control tienen indicados bloqueantes del SRA.
Fuente	Registro de ERC del PSR.

Indicadores para el mantenimiento

SR5.- Tasa de usuarios ingresados al programa o controlados, cada 10.000 usuarios.	
Numerador	Número de usuarios que ingresan al programa + Número de usuarios únicos controlados.
Denominador	Número de usuarios del prestador mayores de 20 años en el año, por 10.000.
Objetivo	35 pacientes mayores de 20 años ingresan o son controlados en el programa, cada 10.000 usuarios.
Fuentes	Numerador: Registro de ERC del PSR. Denominador: Padrón de afiliados de la institución.

Programa de prevención secundaria cardiovascular

Objetivos:

1. Evaluar la cobertura y el funcionamiento del programa.
2. Evaluar la efectividad a través del alcance de los objetivos terapéuticos.

Indicadores de cobertura y funcionamiento

CV1.- Tasa de usuarios ingresados al programa, cada 10.000 usuarios mayores a 20 años, por año.	
Numerador	Número de usuarios mayores de 20 años, ingresados al programa en el último año.
Denominador	Número de usuarios mayores de 20 años afiliados a la organización, por 10.000.
Objetivo	30 pacientes de 20 años o más, nuevos, ingresados por año cada 10.000 afiliados.
Fuentes	Numerador: Sistema de información y gestión del FNR. Denominador: Padrón de afiliados de la institución.

CV2.- Porcentaje de usuarios ingresados en el último año con al menos 6 meses en el programa, con 2 o más consultas.

Numerador	Número de usuarios con más de 6 meses en el programa, ingresados en el último año, con al menos 2 consultas ingresadas.
-----------	---

Denominador	Número de usuarios con más de 6 meses en el programa, ingresados en el último año, por 100.
-------------	---

Objetivo	70 % de los usuarios con más de 6 meses en el programa e ingresados en el último año, tienen al menos dos consultas.
----------	--

Fuente	Sistema de información y gestión del FNR.
--------	---

CV3.- Porcentaje de usuarios con controles luego del año de seguimiento.

Numerador	Número de usuarios con más de 1 año en el programa, con al menos 2 controles en el último año.
-----------	--

Denominador	Número de usuarios con más de 1 año en el programa, por 100.
-------------	--

Objetivo	70 % de los usuarios ingresados al programa hace más de 1 año, cuentan con al menos 2 consultas en el último año.
----------	---

Fuente	Sistema de información y gestión del FNR.
--------	---

CV4.- Porcentaje de datos ingresados.

Numerador	Número de datos ingresados para la variable a estudiar* en el último año.
-----------	---

Denominador	Número total de datos a ingresar para la variable a estudiar* en el último año, por 100.
-------------	--

Objetivo	80 % de las variables ingresadas.
----------	-----------------------------------

Fuente	Sistema de información y gestión del FNR.
--------	---

Nota: Se debe ingresar, en al menos una de las consultas anuales, el dato para las siguientes variables: presión arterial, peso, situación tabáquica, c-LDL, hemoglobina glicosilada en diabéticos.

Indicadores de resultado

CV5.- Porcentaje de usuarios con presión arterial (PA) menor a 140/90 mmHg.

Numerador	Número de usuarios con PA < 140/90 en alguno de los controles en el último año.
Denominador	Número de pacientes con dato de PA en el último año, por 100.
Objetivo	60 % de los pacientes cumple objetivo de PA < 140/90 mmHg en el último año.
Fuente	Sistema de información y gestión del FNR.

CV6.- Porcentaje de usuarios con c-LDL menor a 70 mg/dl o reducción del 50 % del LDL pretratamiento.

Numerador	Número de usuarios con c-LDL < 70 mg/dl o con reducción del 50 % del valor pretratamiento, en alguno de los controles en el último año.
Denominador	Número de usuarios con dato de c-LDL en el último año, por 100.
Objetivo	50 % de los usuarios cumple objetivo de c-LDL < 70 mg/dl o lo reduce en 50 % o más, en el último año.
Fuente	Sistema de información y gestión del FNR.

CV7.- Porcentaje de usuarios con indicación de fármaco cardioprotector*

Numerador	Número de usuarios con prescripción de fármaco cardioprotector indicado en el último año.
Denominador	Número de usuarios con al menos una consulta en el último año, por 100.
Objetivo	80 % de los usuarios tiene indicado el fármaco cardioprotector en el último año.
Fuente	Sistema de información y gestión del FNR.

Nota: *Fármacos cardioprotectores: ácido acetil salicílico, estatinas, betabloqueantes, IECA/ARA II.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alwan A, Armstrong T, Bettcher D, Branca F, Chisholm D, Ezzati M, et al. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010: Resumen de orientación. Ginebra Organ Mund la Salud. 2011.
2. Organization WH. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Geneva World Heal Organ. 2014.
3. OPS. Países de las Américas están tomando acciones para reducir consumo de sal y salvar vidas [Internet]. 2011. Available from: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=455:países-americanos-tomando-acciones-reducir-consumo-sal-salvar-vidas&Itemid=340
4. Ministerio de Salud - Uruguay. Campaña Nacional: Menos Sal, Más Salud. Estrategia para la Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares [Internet]. 2014. Available from: <http://www.msp.gub.uy/publicación/campaña-nacional-menos-sal-más-salud-estrategia-para-la-prevención-de-las-enfermedades>
5. Echarte Acevedo S, González Santos D. Normativa sobre Control de Tabaco en Uruguay [Internet]. Montevideo: CCICT; 2015. Available from: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Normativa Control Tabaco.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Normativa%20Control%20Tabaco.pdf)
6. Ministerio de Salud - Uruguay. Ordenanza MSP N° 241/2016.
7. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008;371(9629):1999–2012.
8. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med*. 2005;143(9):659–72.
9. Fondo Nacional de Recursos. Programas de Prevención FNR [Internet]. 2018. Available from: http://www.FNR.gub.uy/programas_prevision
10. Fondo Nacional de Recursos. Convenio marco - FNR-Prestadores - Prevención Cardiovascular [Internet]. 2012. Available from: http://www.FNR.gub.uy/sites/default/files/programas/Convenio_tipo_cardio.pdf
11. Gambogi R, Baldizzoni M, Saona GF, Niggemeyer Á, Wald MI, Nigro SE, et al. Efectividad de un programa de prevención secundaria cardiovascular en Uruguay. *Rev Médica del Uruguay*. 2013;29(2):74–84.
12. Ríos Bruno P, Schwedt E, Solá Schnir L, Gadola L, de Souza N, Lamadrid V, et al. Importancia del examen médico preventivo para el diagnóstico precoz de enfermedad renal en Uruguay.: Programa Nacional de Salud Renal. *Arch Med Interna*. 2015;37(3):114–21.
13. Sol L, Gonzalez-Bedat MC, Ferreiro A. Impact of Nephrological Care on Dialysis Initiation and Survival. *Abstr - Congr SUN*. 2014.

14. Bianco E, Cabezas A, Cenández A, Debenedetti A, Esteves E, Gambogi R, et al. Tratamiento de la Dependencia al Consumo de Tabaco. Programa de Seguimiento del Fondo Nacional de Recursos. 2009.
15. Deusto Business School. FORO DE TRANSFORMACIÓN SANITARIA: La activación del paciente: clave en la transformación sanitaria [Internet]. 2015. Available from: https://dbs.deusto.es/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Expires&blobheadername2=content-type&blobheadername3=MDT-Type&blobheadername4=Content-Disposition&blobheadervalue1=Thu%2C+10+Dec+2020+16%3A00%3A00+GMT&blobheadervalue2=application%2Fpdf&blobheadervalue3=abinary%3Bcharset%3DUTF-8&blobheadervalue4=inline%3Bfilename%3D%22La+activación+del+paciente_DBS+Health.pdf%22&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1344380993076&ssbinary=-true
16. eppCYMRU. Education Programmes for Patients [Internet]. Available from: <http://www.wales.nhs.uk/sites3/home.cfm?orgid=537>
17. Ministerio de Salud - Uruguay. Objetivos sanitarios nacionales 2020. In MSP Montevideo; 2015.
18. Fondo Nacional de Recursos. Propuesta de sistema de acreditación de Institutos de Medicina Altamente Especializada. [Internet]. 2003. Available from: http://www.FNR.gub.uy/sites/default/files/publicaciones/FNR_acreditacion_IMA.pdf
19. Fondo Nacional de Recursos. Estándares de evaluación y seguimiento de IMAE [Internet]. 2012. Available from: http://www.FNR.gub.uy/sites/default/files/tnoticia/doc/libro_mejora_calidad_139_web.pdf
20. programa de salud infantil / AEPap. Calidad en los cuidados preventivos: criterio de calidad e indicadores. 2009.
21. Póo AM, Vizcarra MB. Diseño, implementación y evaluación de un programa de prevención de la violencia en el noviazgo. *Ter psicológica*. 2011;29(2):213-23.
22. Romero A, Pick S, Parra Coria A de la, Givaudan M. Evaluación del Impacto de un Programa de Prevención de Violencia en Adolescentes. *Interam J Psychol*. 2010;44(2).
23. Pérez JME, Seco GV, Hermida JRF, Villa RS. Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención familiares. 2001.
24. Asesoría EASP. GUIA GENERAL PARA LA EVALUACION DE PROGRAMAS. In: Plan de Salud de la Ciudad de Huelva. p. 395-403.
25. Kröger CH, Winter H, Shaw R. Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias. Manual para responsables de planificación y evaluación de programas. Lisboa: Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías; 1998.
26. Serra-Sutton V, Barrionuevo L, Herdman M, Alomar S, Sanz L, Espallargues M. Desarrollo de indicadores para evaluar programas de prevención de cáncer colorrectal en pobla-

- ción de riesgo alto. Plan Calid para el Sist Nac Salud del Minist Sanid y Política Soc Minist Cienc e Innovación Agència d'Avaluació Tecnol i Recer Mèdiques Catalunya. 2010.
27. Sánchez L. Instrumentos para la evaluación de los programas incluidos en la cartera de servicios en materia de prevención de drogodependencias. Galicia: La Coruña; 2011.
 28. Martín FA. Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas. Agencia Antidrogas de la Comunidad de Madrid; 1999.
 29. Bestratén M, Carboneras MA. NTP 576: Integración de sistemas de gestión: prevención de riesgos laborales, calidad y medio ambiente. INSHT Madrid. 2003.
 30. Red Mundial de la Juventud. Seguimiento y Evaluación de programas de prevención del uso indebido de sustancias por los jóvenes. Viena; 2006.
 31. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966;44(3):166-206.
 32. Deming WE. *Out of the crisis.* MIT Cambridge; 1982.
 33. Myers MG. Automated Office Blood Pressure Measurement. *Korean Circ J.* 2018;48(4):241-50.
 34. Myers MG, Kaczorowski J, Dawes M, Godwin M. Automated office blood pressure measurement in primary care. *Can Fam Physician.* 2014;60(2):127-32.
 35. Myers MG. Replacing manual sphygmomanometers with automated blood pressure measurement in routine clinical practice. *Clin Exp Pharmacol Physiol.* 2014;41(1):46-53.
 36. Lamb SA, Al Hamarneh YN, Houle SKD, Leung AA, Tsuyuki RT. Hypertension Canada's 2017 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention and treatment of hypertension in adults for pharmacists: an update. *Can Pharm Journal/Revue des Pharm du Canada.* 2018;151(1):33-42.
 37. Kingston J, Ospina M, Jonsson E, Childs P, McLeod L, Maxted J. Patient safety in Primary Care [Internet]. Alberta; 2010. Available from: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/primaryCare/Documents/PrimaryCare2010.pdf>
 38. Organization WH. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud; 2004.
 39. Ferreira M, Brás C, Barbieri M do C. Clinical communication and adverse health events: literature review. *Eur Proc Soc Behav Sci EpSBS.* 2016;13(335).
 40. Ponce Talancón H. La matriz foda: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. *Enseñanza e Investig en Psicol.* 2007;12(1).

ANEXO

1 - La institución de salud cuenta con programa/s de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (ENT) orientados al control de los factores de riesgo.			
		SI	NO
1.1- El programa cuenta con una estructura organizacional documentada y difundida.	1.1.1- Cuenta con organigrama, diagramas de flujo, u otro tipo de documento que evidencie la ubicación del programa dentro de la estructura de la institución.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.1.2- Cuenta con diagrama u otra figura representando la estructura interna del programa (interrelaciones entre los diferentes integrantes del equipo técnico).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.1.3- Cuenta con perfiles y descripciones de cargo documentados para todo el equipo de salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.1.4- El personal de salud conoce la estructura organizacional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OBSERVACIONES:		
1.2- El programa cuenta con un profesional de la salud coordinador con formación documentada o experiencia mayor a 2 años en programas de prevención de ENT.	1.2.1- Verificar la existencia de un profesional de salud designado para la conducción del programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.2.2- Verificar formación en Salud Pública, Medicina Familiar, o experiencia documentada en Promoción de salud o Prevención de ENT, mayor a 2 años.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.2.3- Verificar formación en gestión de servicios de salud o en calidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OBSERVACIONES:		

1 – La institución de salud cuenta con programa/s de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (ENT) orientados al control de los factores de riesgo.

		SI	NO
1.3- El proceso asistencial-educativo está a cargo de un equipo multidisciplinario.	1.3.1- Cuenta con un equipo multidisciplinario mínimo acorde a cada programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.3.2- Los integrantes del equipo cuentan con carga horaria exclusiva para el programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.3.3- Se accede a otros profesionales de la salud vinculados al programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OBSERVACIONES:		
1.4- Cuenta con una planta física y equipamiento necesarios acorde a las actividades que se desarrollan en el programa.	1.4.1- La policlínica (consultorios) cumple con la normativa vigente (Decreto MSP 416/02).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.4.2- El equipamiento básico de la policlínica cumple con la normativa vigente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.4.3- Cuenta además con el siguiente equipamiento: glucómetro, PC conectada a Internet, dosificador de monóxido de carbono.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.4.4- Todos los programas cuentan con un sistema de información en formato electrónico, en línea y accesible.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.4.5- Cuenta con un espacio para usos múltiples con equipamiento para proyección audiovisual, entre otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.4.6- Cuenta con un área para realizar ejercicios de rehabilitación con personal para realizar la supervisión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSERVACIONES:			

1 – La institución de salud cuenta con programa/s de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (ENT) orientados al control de los factores de riesgo.

	SI	NO	
1.5- La farmacia cumple con los requisitos de habilitación.	1.5.1- La farmacia está habilitada por el MSP o al menos cumple los requisitos: 1.5.1.1 al 1.5.1.5.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.5.1.1- Recursos humanos: auxiliares de farmacia y químico farmacéutico, capacitados y habilitados por el MSP y en número acorde a las actividades que desarrolla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.5.1.2- Área con acceso restringido, con temperatura y humedad controladas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.5.1.3- Armario bajo llave para psicofármacos y archivo de las recetas correspondientes por 2 años.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.5.1.4- Controles de stock y de vencimiento de los medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.5.1.5- Heladeras para almacenamiento de medicamentos con monitoreo de temperatura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.5.2- Cuenta con un procedimiento documentado para la gestión de la medicación prescrita en el programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.5.3- La medicación del programa se dispensa al paciente desde farmacia, ubicada físicamente en el mismo lugar donde el paciente es atendido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSERVACIONES:			

1 - La institución de salud cuenta con programa/s de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (ENT) orientados al control de los factores de riesgo.		SI	NO
1.6- La institución cuenta con un área para realizar automedición automatizada de la presión arterial.	1.6.1- El área para realizar automonitoreo está definida, claramente identificada y visible desde la sala de espera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.6.2- Cuenta con personal disponible para capacitar al usuario y la familia, así como para brindar información en caso de ser necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.6.3- El equipamiento es automático, de fácil uso, con instrucciones para realizar las mediciones y cuenta con planilla para ser completada por el usuario o con emisión automática de registro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.6.4- Cuenta con un protocolo documentado de actuación para el personal de salud que incluye una clara referencia al usuario en caso de encontrarse valores anómalos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1.6.5- Se encuentra disponible, para el usuario y familia, material informativo relacionado con el control de la PA.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSERVACIONES:			

2- La planificación y organización para la ejecución del programa están centradas en las necesidades de la población de referencia.

		SI	NO
2.1- Cuenta con una planificación centrada en las necesidades de la población de referencia.	2.1.1- La planificación se realiza tomando en cuenta las necesidades y expectativas de los usuarios, así como los resultados de un análisis del contexto interno y externo de la organización.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.1.2- Están establecidos los objetivos y metas del programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.1.3- Los objetivos y metas son difundidos y son conocidos por el personal involucrado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.1.4- La metodología del programa está definida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.1.5- Cuenta con indicadores de procesos y de resultados definidos para realizar medición.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.1.6- El equipo multidisciplinario y los usuarios participan en la planificación y en la determinación de objetivos, asumiendo responsabilidades en ellos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OBSERVACIONES:		
2.2- Se gestiona la conformidad de los usuarios.	2.2.1- Cuenta con herramientas (encuestas, buzones, formularios) para evaluar la satisfacción del usuario y de su familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.2.2- Se aplican las herramientas periódicamente y se analizan los resultados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.2.3- Se toman acciones correctivas en función de los resultados y se da respuesta a los usuarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OBSERVACIONES:		

2- La planificación y organización para la ejecución del programa están centradas en las necesidades de la población de referencia.		SI	NO
2.3- En la planificación se toma en cuenta la gestión de riesgos.	2.3.1- Algún integrante del programa participa cuando es necesario, y en forma activa, con la COSEPA y se desarrollan estrategias para prevenir eventos adversos relacionados con la atención.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.3.2- Verificar el desarrollo de estrategias para prevenir el error relacionado con el proceso asistencial involucrando al usuario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.3.3- La medicación se dispensa por un plazo no menor a 15 días para tabaquismo, no menor a 1 mes para otros programas y, en todos los casos, no mayor a 3 meses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.3.4- Se realiza farmacovigilancia con reporte sistemático, de acuerdo a la normativa nacional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.3.5- Se realiza mantenimiento del equipamiento biomédico que incluye la calibración de los equipos y la capacitación para su uso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OBSERVACIONES:		
2.4- Se utilizan estrategias para favorecer la adherencia de los usuarios al programa.	2.4.1- Cuenta con: sistema de recaptación de usuarios ausentes, disponibilidad de horarios varios, recordatorios de citas, agendas electrónicas, cumplimiento con citas programadas, copagos mínimos o ausentes, otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.4.2- Se tiende a la desprescripción, uso de monodosis, utilización de tratamientos sencillos y acordados con el usuario, existencia de grupos de apoyo, disponibilidad de información escrita complementaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.4.3- Cuenta con profesionales estables y de referencia, capacitados en técnicas comunicacionales y en habilidades sociales, otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.4.4- Se acuerdan, con los usuarios y sus familias, las conductas terapéuticas y metas a alcanzar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.4.5- Se utilizan algunas herramientas para evaluar motivación, percepciones y vulnerabilidades de los usuarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.4.6- Se utiliza algún método para evaluar la adhesión de los usuarios al programa (autoinformes, informes de personas cercanas al usuario, resultados clínicos, autorregistros, mediciones de consumo de medicamentos, mediciones bioquímicas, otros).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OBSERVACIONES:		

2- La planificación y organización para la ejecución del programa están centradas en las necesidades de la población de referencia.			
		SI	NO
2.5- Se implementan herramientas efectivas para favorecer la comunicación.	2.5.1- Se utiliza material informativo, impreso o electrónico, dirigido a usuarios, con lenguaje amigable, entendible y sencillo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.5.2- La sala de espera cuenta con información audiovisual o cartelería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.5.3- Se utilizan herramientas relacionadas con las tecnologías de la información y la comunicación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.5.4- El personal de salud recibe formación para desarrollar habilidades comunicacionales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.5.5- Se modela y estimula un trato respetuoso, de buena comunicación y relacionamiento dentro del equipo; con los pacientes y acompañantes, aún en situaciones demandantes o tensas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.5.6- Se implementan estrategias educativas de activación de pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OBSERVACIONES:		
2.6- Cuenta con un programa de capacitación y de desarrollo continuo del personal.	2.6.1- Cuenta con un plan de capacitación documentado y se verifica su implementación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.6.2- Se verifica el uso y aplicación de guías de práctica clínica, consensos o protocolos de atención, actualizados y disponibles en un área de fácil acceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.6.3- Se realizan reuniones del equipo de salud en forma periódica con objetivos académicos o de capacitación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OBSERVACIONES:		
2.7- Se utilizan mecanismos para favorecer la continuidad asistencial.	2.7.1- El programa cuenta con una metodología para realizar las interconsultas con otros especialistas o programas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.7.2- Cuenta con un registro clínico prediseñado de seguimiento que garantice la continuidad asistencial con el médico tratante o especialistas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.7.3- Se constata que los usuarios cuentan con un médico tratante de referencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OBSERVACIONES:		

3. Se realizan evaluaciones sistemáticas a través de indicadores de procesos y de resultados para medir el funcionamiento del programa tendiendo a la mejora continua.			
	SI	NO	
3.1- Se realizan evaluaciones periódicas según planificación anual.	3.1.1- El sistema de información utilizado permite la gestión de los datos para obtener los indicadores establecidos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.1.2- Los datos cumplen con los criterios de cantidad, oportunidad y fiabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.1.3- Los datos son ingresados en tiempo real, de preferencia por el profesional que brinda la atención.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.1.4- Los indicadores de procesos y resultados definidos son analizados periódicamente (como mínimo anualmente).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.1.5- Se utilizan, al menos, los indicadores de procesos y resultados propuestos en este manual para el análisis según corresponda (Programas del FNR).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.1.6- Los resultados son difundidos interna y externamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OBSERVACIONES:		
3.2- Los resultados de las evaluaciones tienden a la mejora continua de los procesos y resultados del programa.	3.2.1- Se constata la implementación de acciones de mejora en función de los resultados obtenidos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.2.2- Se constata la mejora de los procesos identificados como <i>problema</i> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.2.3- Se constata la participación e involucramiento del personal en la mejora de los procesos y resultados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OBSERVACIONES:		

INSTRUCTIVO

CRITERIO 1: La institución de salud cuenta con programa de prevención de Enfermedades No Transmisibles (ENT), orientado al control de los factores de riesgo.

1.1- El programa cuenta con una estructura organizacional documentada y difundida.

1.1.1- Cuenta con organigrama, diagramas de flujo u otro tipo de documento que evidencie la ubicación del programa dentro de la estructura de la institución.

Se refiere principalmente a la relación entre autoridades y subordinados. Ubica al programa dentro de la estructura de la institución a la que pertenece, y determina las líneas de dependencia. Se cuenta con un organigrama típico, diagramas de flujo u otro tipo de figura, que ilustre la posición del programa dentro de la estructura de la institución o en parte de ella.

Cumple: Se aporta documentación con organigrama u otra figura que ubique al programa dentro de la organización, cargos y relaciones de dependencia jerárquica.

No cumple: No cuenta con dicha documentación.

1.1.2-Cuenta con diagrama u otra figura representando la estructura interna del programa (interrelaciones entre los diferentes integrantes del equipo técnico).

La estructura interna del programa permite visualizar las jerarquías, responsabilidades, relaciones y dependencias dentro del programa (interrelaciones entre los diferentes integrantes del equipo técnico). Puede ser representado a través de un diagrama u otra figura.

Cumple: Se aporta documentación con organigrama u otra figura que ubique los cargos de los integrantes del programa y sus relaciones de dependencia jerárquica.

No cumple: No cuenta con dicha documentación.

1.1.3- Cuenta con perfiles y descripciones de cargo documentados para todo el equipo de salud.

El perfil de un puesto de trabajo permite recopilar los requisitos y calificaciones personales para el cumplimiento satisfactorio del cargo, nivel de estudio, experiencia, funciones del puesto, requisitos del programa/institución, y conocimientos, así como aptitudes y características requeridas.

La descripción de un puesto de trabajo delimita funciones, permite una división del trabajo acertada y asigna responsabilidades dentro de la organización.

Cumple: Se aporta documentación con perfiles y descripciones de cargos de todos los integrantes del equipo de salud.

No cumple: No cuenta con dicha documentación.

1.1.4- El personal de salud conoce la estructura organizacional.

La estructura organizacional debe ser de conocimiento de todo el personal de salud. Para su valoración se deberán realizar algunas entrevistas con distintos integrantes del equipo que integra el programa.

Cumple: De la entrevista a algún integrante del personal se confirma que conocen las tareas que deben cumplir, así como su nivel de responsabilidad

No cumple: No conocen tareas ni responsabilidades dentro del programa.

1.2- El Programa cuenta con un profesional de la salud coordinador con formación documentada o experiencia mayor a 2 años en programas de prevención de ENT.

1.2.1- Verificar la existencia de un profesional de salud designado para la conducción del programa.

Debe existir un nombramiento formal y documentado con la designación del profesional de salud designado para la conducción del programa y esta designación debe ser de conocimiento de todos los integrantes del equipo.

Cumple: Se aporta designación escrita del profesional que coordina o es referente del programa.

No cumple: No se aporta designación.

1.2.2- Verificar formación en salud pública, medicina familiar o experiencia documentada en promoción de salud o prevención de ENT mayor a 2 años.

Solicitar los títulos habilitantes de formación requeridos para el cargo que ocupa o el aporte de evidencia de trayectoria y experiencia en el área requerida.

Cumple: Se aportan títulos de formación del referente/coordinador en las especialidades de salud pública, medicina familiar, o se aporta evidencia de contar con experiencia en promoción de salud o en programas de prevención en ENT de más de 2 años.

No cumple: No se constata formación o experiencia documentada el referente/coordinador.

1.2.3- Verificar formación en gestión de servicios de salud o en calidad del referente o coordinador.

Solicitar títulos o documentación que acredite formación del referente/coordinador en gestión de servicios de salud (GSS) o en gestión de calidad.

Cumple: Se aportan títulos de formación en GSS o en gestión de calidad del referente/coordinador.

No cumple: No se constata formación en GSS y/o en gestión de calidad.

1.3- El proceso asistencial - educativo está a cargo de un equipo multidisciplinario.

1.3.1- Cuenta con un equipo multidisciplinario mínimo acorde a cada programa.

Cada programa tiene sus características asistenciales particulares y, por tanto, puede variar la formación del equipo. Se acuerda con cada programa cuál es el

equipo mínimo con el que debe contar para tener un correcto desempeño. Se solicitan las planillas o nóminas de conformación de cada equipo para verificar su integración.

Cumple: Se constata integraciones multidisciplinarias mínimas en cada uno de los programas:

Tabaquismo: psicólogo y médico.

Obesidad: nutricionista y médico.

CV: enfermero, nutricionista y médico.

ERC: enfermero, nefrólogo y nutricionista.

No cumple: No cuenta con las integraciones mínimas recomendadas.

1.3.2- Los integrantes del equipo cuentan con carga horaria específica para el programa.

Para el correcto desempeño de los distintos programas se debe contar con horas dedicadas específicamente a su funcionamiento. La carga horaria dependerá del volumen de usuarios que asistan, pero se requiere que sean dedicadas exclusivamente para el programa.

Cumple: El personal del programa cuenta con carga horaria específica para el programa (no está inserto en otras consultas).

No cumple: El personal del programa realiza sus tareas dentro de un horario en el cual se realiza otro tipo de actividades.

1.3.3- Se accede a otros profesionales de la salud vinculados al programa.

La derivación de usuarios desde el programa hacia diferentes especialidades médicas, técnicas, u otros (estudios, análisis, etc.), debe ser establecida para optimizar la continuidad asistencial. Se debe buscar la evidencia del mecanismo utilizado para su ejecución.

Cumple: Los técnicos del programa utilizan mecanismos para establecer contacto con otras especialidades médicas y no médicas (fisioterapia, psicología,

trabajo social, otros) a través de interconsultas u otros mecanismos (números en reserva o agendas compartidas, otro tipo de derivación).

No cumple: No se accede a otros técnicos o profesionales.

1.4- Cuenta con una planta física y equipamiento necesarios acorde a las actividades que se desarrollan en el programa.

1.4.1- La policlínica (consultorios) cumple con la normativa vigente (decreto MSP 416/02).

La normativa determina el área de superficie, la accesibilidad. Abarca también el tipo de equipamiento a ser utilizado, los RRHH especializados, así como los criterios de garantía de calidad de los procedimientos realizados y que se encuentren acorde a las necesidades actuales de los usuarios y a las técnicas que se brindan.

Cumple: Se constata cumplimiento de los requisitos reglamentarios de la normativa.

No cumple: Existen requisitos reglamentarios que no se cumplen.

1.4.2- El equipamiento básico de la policlínica cumple con la normativa vigente.

Se debe considerar la normativa vigente que regula las características del equipamiento para el área de consultorios.

Cumple: Se constata cumplimiento de los requisitos reglamentarios de la normativa.

No cumple: Existen requisitos reglamentarios que no se cumplen.

1.4.3- Cuenta, además, con el siguiente equipamiento: glucómetro, PC conectada a Internet, dosificador de monóxido de carbono.

De acuerdo al programa que se desarrolle, se considera necesario contar con equipamiento específico y complementario para optimizar la asistencia de sus usuarios.

Cumple: Cuenta con glucómetro, PC conectada a Internet, dosificador de monóxido de carbono, cinta métrica, material de escritorio.

No cumple: No cuenta con alguno de estos elementos.

1.4.4- Todos los programas cuentan con un sistema de información en formato electrónico, en línea y accesible.

La necesidad de un soporte informático y una conexión a Internet para el ingreso de datos facilita el desempeño de cada programa; el que debe tener un soporte técnico y de respaldo de la información, debe ser confidencial y con acceso restringido a los integrantes del programa.

Cumple: Se utiliza un programa en sistema de información electrónico para ingresar la información clínica y el seguimiento realizado.

No cumple: No cuenta con un sistema de información en línea.

1.4.5- Cuenta con un espacio de usos múltiples con equipamiento para proyección audiovisual entre otros.

La fortaleza de los programas de prevención se basa en la educación e interacción con los usuarios, reforzándose con la activación de aquellos que pueden ser referentes naturales, de ahí la importancia de contar con un área específica para desarrollar técnicas mediante equipamiento y materiales de ayuda audiovisual, que sea funcional y confortable.

Cumple: Se constata la existencia de un espacio, con las características mencionadas, en el lugar de concurrencia de los pacientes.

No cumple: No se cuenta con salón o el espacio no presenta las características necesarias.

1.4.6- Cuenta con un área donde se realizan ejercicios de rehabilitación, con personal a cargo de la supervisión.

La rehabilitación de los usuarios es una necesidad creciente y preponderante para la sociedad. Contar con un área específica, equipamiento acorde y adecuada supervisión es un plus a la asistencia brindada, de gran valor.

Cumple: Cuenta con sala de rehabilitación equipada (sala de dimensiones adecuadas; iluminada; ventilada y climatizada; con buen estado de mantenimiento y que cuente con caminadores/elípticos/bicicletas/pesas; y con personal específico para la función que se cumple: licenciados en educación física, fisioterapeutas, enfermeros, médicos).

No cumple: No cuenta con sala de rehabilitación, o el espacio no cumple con requisitos básicos para funcionar adecuadamente, o existe falta de personal idóneo, equipamiento insuficiente u obsoleto, otros.

1.5- La farmacia cumple con los requisitos de habilitación

1.5.1- La farmacia está habilitada por el MSP (decreto 28/003 Reglamentación de farmacias de 2ª categoría) o al menos cumple los requisitos: 1.5.1.1 al 1.5.1.5.

Verificar si la farmacia está habilitada por el decreto del MSP. De no estarlo, verificar que cumpla los requisitos de los puntos 1.5.1.1 al 1.5.1.5.

Cumple: Se otorga copia evidenciando habilitación de la farmacia por MSP. De no estar habilitada, se continúa verificando del punto 1.5.1.1 al 1.5.1.5.

No cumple: No cuenta con registro de habilitación o no cumple con los puntos requeridos.

1.5.1.1- Recursos humanos —auxiliares de farmacia y químico farmacéutico— capacitados y habilitados por el MSP, y en número acorde a las actividades que se desarrollen (decreto 28/003).

La normativa legal regula la necesidad de personal especializado para la dispensación y control de la medicación. Se deben ajustar los recursos de acuer-

do a estos requerimientos y a las actividades que se desarrollen. Verificar la información en la visita al área.

Cumple: Se constatan los títulos de químico farmacéutico y de auxiliares de farmacia; se verifica organigrama y dotación según usuarios asistidos.

No cumple: Los recursos humanos no se adecúan a la normativa vigente.

1.5.1.2- Área con acceso restringido, con temperatura y humedad controladas.

El decreto 28/003 determina las áreas y la distribución necesarias para el desarrollo de las actividades de farmacia en tanto a recepción, conservación, control y dispensación de los fármacos. El área de almacenamiento de fármacos debe contar con adecuado monitoreo de temperatura y humedad para garantizar la conservación de los medicamentos, y debe ser de acceso restringido.

Cumple: La farmacia cuenta con climatización, humedad monitorizada las 24 horas y se mantienen registros periódicos. Es de acceso restringido.

No cumple: No se monitorizan temperatura y humedad ambiental. No es de acceso restringido.

1.5.1.3- Armario bajo llave para psicofármacos y archivo de las recetas correspondientes por 2 años.

Verificar condiciones de seguridad de la medicación controlada y la posibilidad de auditar su dispensación son otras de las condiciones existentes en la norma legal.

Cumple: Se constata la existencia de armario con llave y del archivo de las recetas referidas.

No cumple: No se cuenta con armario que tenga la seguridad necesaria ni con el archivo correspondiente de recetas.

1.5.1.4- Controles de stock y de vencimiento de los medicamentos.

Cumpliendo el decreto, se deberá verificar la existencia de un sistema de registro que permita el adecuado control de stock y vencimiento de los distintos fármacos a dispensar.

Cumple: Se constata implementación de un sistema electrónico (programa) para controlar el stock y los vencimientos de los medicamentos.

No cumple: No existe un sistema para realizar el control de vencimientos y de stock.

1.5.1.5- Heladeras para almacenamiento de medicamentos con monitoreo de temperatura.

Para la preservación de la medicación termosensible se debe contar con los recursos necesarios; controles de temperatura con una adecuada trazabilidad, que garantice a los usuarios las condiciones de la medicación dispensada. Se debe verificar que las heladeras cumplan las condiciones y que cuenten con monitoreo de temperatura, alarmas y la existencia de un sistema de *back up*, en caso de fallas.

Cumple: El sistema de heladeras cuenta con temperatura monitorizada las 24 horas, con un sistema de alarmas, con responsable asignado y, en caso de fallas, cuenta con plan de contingencia.

No cumple: El sistema de heladera no cumple con los requisitos.

1.5.2- Cuenta con un procedimiento documentado para la gestión de la medicación prescrita en el programa.

El programa debe contar con un procedimiento documentado que gestione la medicación prescrita.

Cumple: Se constata un procedimiento para realizar la gestión de la medicación que se utiliza en el programa.

No cumple: No se constata tal procedimiento.

1.5.3- La medicación del programa se dispensa al paciente desde la farmacia, ubicada físicamente en el mismo lugar donde el paciente es atendido.

El programa debe garantizar al usuario que su tratamiento sea de entrega accesible para optimizar la adherencia. Verificar que la farmacia se encuentra en un sitio próximo al lugar donde el programa se desarrolla.

Cumple: Se constata lugar donde se dispensa la medicación (mismo lugar donde se atiende al usuario o un sitio cercano).

No cumple: La medicación no es dispensada en el mismo lugar donde se atiende al paciente o en un área próxima.

1.6- La institución cuenta con un área para realizar automedición automatizada de la presión arterial (PA).

1.6.1- El área para realizar automonitoreo está definida y claramente identificada en la sala de espera o se encuentra visible desde allí.

Está demostrado que el contar con un área de automonitoreo de presión arterial para el uso de usuarios brinda información más ajustada a su situación clínica.

Cumple: Se constata área para automonitoreo de PA con características definidas.

No cumple: No existe tal área.

1.6.2- Cuenta con personal disponible para capacitar al usuario y su familia, y brindar información en caso de ser necesario.

Para garantizar el automonitoreo adecuado es necesario contar con personal disponible para brindar información sobre la técnica correcta para realizarlo, así como para atender situaciones que puedan requerir, por ejemplo, acción terapéutica.

Cumple: El área de automonitoreo cuenta con personal capacitado de referencia. Se constata material informativo para usuarios en relación a la PA, valores normales y anómalos, y referenciación de cómo actuar en cada situación.

No cumple: No cuenta con personal disponible.

1.6.3- El equipamiento es automático, de fácil uso, con instrucciones para realizar las mediciones y cuenta con planilla para ser completada por el usuario o con emisión automática de registro.

El uso de tecnología automática garantiza la facilidad y efectividad al realizar automonitoreo, minimizando el efecto psicológico que implica el control por parte de un profesional.

Cumple: Se constatan las características descritas.

No cumple: No se constatan.

1.6.4- Cuenta con un protocolo documentado de actuación para el personal de salud, que incluya una clara referencia al usuario en caso de encontrarse valores anómalos.

El personal de salud del programa debe contar con protocolos claros de acción y referenciación del usuario, cuando sean detectados valores anómalos, que permitan normalizar la práctica asistencial, reducir la variabilidad clínica, facilitar la toma de decisiones y mejorar la calidad de la atención.

Cumple: Se verifica existencia de protocolos y guías de acción para el personal de salud en relación a encontrar valores anómalos.

No cumple: No cuentan con protocolos ni guías clínicas para situaciones de valores alterados.

CRITERIO 2- La planificación y la organización para la ejecución del programa están centradas en las necesidades de la población de referencia.

2.1- Cuenta con una planificación centrada en las necesidades de la población de referencia.

2.1.1- La planificación se realiza tomando en cuenta las necesidades y expectativas de los usuarios, así como los resultados de un análisis del contexto interno y externo de la organización.

La planificación del programa es realizada en base al análisis de la población a asistir, de sus necesidades y expectativas, y teniendo en cuenta el contexto interno y externo de la organización a la que pertenece; esto favorece la calidad asistencial, promueve estrategias más eficientes a desarrollar, que favorezcan cambios de hábitos en la población asistida, mejorando la adhesión del usuario al tratamiento y la efectividad del programa.

Cumple: La planificación está documentada y se evidencia que se utilizó información del contexto para realizarla.

No cumple: No cuenta con una planificación documentada o no está basada en las necesidades de la población.

2.1.2- Están establecidos los objetivos y metas del programa.

El programa tiene establecidos objetivos y metas basados en una planificación estratégica, y son revisados y analizados periódicamente.

Cumple: Dentro de la planificación se establecen objetivos y metas a alcanzar.

No cumple: No cuenta con objetivos ni metas.

2.1.3- Los objetivos y metas son difundidos y conocidos por el personal involucrado.

Para lograr el involucramiento del personal es necesario que los resultados, objetivos y metas del programa sean de conocimiento de todos sus participantes.

Se puede verificar su difusión en los programas de actividades educativas o de capacitación, o a través de entrevistas al personal.

Cumple: Se constata con el personal que conocen los objetivos y metas establecidos.

No cumple: No se verifican actividades con inclusión de esta temática o no surge su conocimiento a través de entrevistas.

2.1.4- La metodología del programa está definida.

Cada programa debe tener desarrollada su propia metodología para lograr la concreción de sus objetivos. Esta metodología se desarrollará según las características propias de la población a ser atendida, del contexto institucional y de los objetivos y metas planteados.

Cumple: Se constata documentación de la metodología utilizada para realizar el abordaje de los usuarios.

No cumple: No tiene documentada la metodología que utiliza.

2.1.5- Cuenta con indicadores definidos, de procesos y de resultados, para realizar medición.

Para poder medir el funcionamiento del programa y el logro de lo planteado en su planificación, es necesario contar con indicadores claros y medibles, que sean alcanzables y, a su vez, ambiciosos. Cada programa deberá desarrollar sus propios indicadores o podrá utilizar algunos de los sugeridos por los programas en convenio con el FNR.

Cumple: Se constatan en la planificación los indicadores que se utilizarán para medir el alcance de los objetivos y metas.

No cumple: No cuenta con indicadores.

2.1.6- El equipo multidisciplinario y los usuarios participan en la planificación y en la determinación de objetivos, asumiendo responsabilidades en ellos.

El involucramiento del equipo de trabajo y de los usuarios es mayor si se incorporan en la fase de planificación, participando en la determinación de los objetivos y asumiendo la responsabilidad para cumplirlos.

Cumple: El personal refiere que participa en la planificación y se constata que toman acciones personales y en equipo para alcanzar los objetivos planteados.

No cumple: No se constata participación del equipo ni de los usuarios en la planificación.

2.2-Se gestiona la conformidad de los usuarios.

2.2.1- Cuenta con herramientas (encuestas, buzones, formularios) para evaluar la satisfacción del usuario y de su familia.

Evaluar la satisfacción de los usuarios y de su familia es vital para mantener la calidad asistencial. Para poder lograrlo, se debe contar con herramientas que recaben la información, las que pueden ser variadas de acuerdo al perfil de los usuarios asistidos y a las posibilidades tecnológicas de que se disponga, sin olvidarse de los clásicos buzones, formularios y encuestas.

Cumple: Se constata la utilización de alguna de las herramientas mencionadas.

No cumple: No cuenta con herramientas.

2.2.2- Se aplican las herramientas periódicamente y se analizan los resultados.

La evaluación de satisfacción de usuarios y familiares debe realizarse en forma sistematizada y periódica para realizar las correcciones pertinentes y mantener así la calidad asistencial.

Cumple: Se constatan informes periódicos (anuales) documentados sobre el nivel de satisfacción de los usuarios.

No cumple: No cuentan con informes de resultados de nivel de satisfacción de usuarios.

2.2.3- Se toman acciones correctivas en función de los resultados y se da respuesta a los usuarios.

Una vez medida la satisfacción de los usuarios, es necesario realizar el análisis y evaluar las acciones para realizar los ajustes correspondientes.

Cumple: Se constata evidencia documentada sobre las acciones correctivas tomadas.

No cumple: No se constata la realización de acciones correctivas.

2.3-En la planificación se toma en cuenta la gestión de riesgos.

2.3.1- Algún integrante del programa participa, cuando se requiere y en forma activa, con la COSEPA y se desarrollan estrategias para prevenir eventos adversos relacionados con la atención.

Hay una persona designada como referente dentro de los integrantes del programa, la que participa activamente y hace de nexo con la COSEPA, llevando propuestas y estrategias para prevenir el error, que puedan ser aplicables según su realidad y siguiendo alineados a la COSEPA institucional.

Cumple: Se constata en algún registro o acta la participación en la COSEPA de algún integrante del programa.

No cumple: No se constata interrelación de ningún miembro en forma activa con la COSEPA institucional.

2.3.2- Verificar el desarrollo de estrategias para prevenir el error relacionado con el proceso asistencial, involucrando al usuario.

Se debe buscar la evidencia de estar trabajando en estrategias de barreras para la prevención del error en el proceso asistencial. Estas actividades pueden estar vinculadas a la dispensación, a la comprensión de las indicaciones, a la

medicalización, etc., teniendo en cuenta a los usuarios y sus necesidades, de ahí la importancia de involucrar al usuario y a su familia.

Cumple: Se constata alguna actividad para prevenir eventos adversos en los usuarios.

No cumple: No se constatan actividades que oficien de barreras ante posibles errores.

2.3.3- La medicación se dispensa por un plazo no menor a 15 días para tratamiento del tabaquismo, y no menor a 1 mes para otros programas. En todos los casos, el plazo será no mayor a 3 meses.

Para un adecuado control de la medicación, pensando en la prevención de eventos adversos y teniendo en cuenta estrategias que favorezcan la adhesión al tratamiento farmacológico, se han determinado plazos para la entrega de la medicación por los expertos de los distintos programas como están establecidos en el cabezal del indicador.

Cumple: Se constata cumplimiento a través de registros otorgados por farmacia.

No cumple: No se constatan registros ni procedimientos de plazos de entrega de fármacos.

2.3.4- Se realiza farmacovigilancia con reporte sistemático de acuerdo a la normativa nacional.

La farmacovigilancia consiste en un protocolo de acción para el cuidado y seguridad de los pacientes en relación al uso de medicación. Aplica para prevenir, evaluar y detectar efectos adversos de los medicamentos, desde antes de su aprobación hasta su uso.

Cumple: Se constatan registros evidenciando la realización de farmacovigilancia (copias de reportes al MSP).

No cumple: No hay registros de farmacovigilancia.

2.3.5- Se realiza mantenimiento del equipamiento biomédico que incluye la calibración de los equipos y la capacitación para su uso.

El mantenimiento preventivo y correctivo, junto con el proceso de metrología y pruebas de desempeño, son básicos para el buen funcionamiento del equipo con el fin de garantizar la seguridad del paciente.

Cumple: Se constata la existencia de bitácoras de cada equipo o boletas de mantenimientos y calibraciones de esfigmomanómetro, tallímetros, glucómetros y balanzas.

No cumple: No cuentan con registros de mantenimiento ni calibraciones.

2.4- Se utilizan estrategias para favorecer la adherencia de los usuarios al programa.

2.4.1- Cuenta con: sistema de recaptación de usuarios ausentes, disponibilidad de horarios varios, recordatorios de citas, agendas electrónicas, cumplimiento con citas programadas, copagos mínimos o ausentes, otros.

Se buscan estrategias que garanticen la continuidad de los usuarios al programa y la adhesión a controles y tratamientos, de acuerdo a la idiosincrasia institucional y los recursos disponibles, teniendo en cuenta los beneficios probados de los programas de prevención.

Cumple: Se constata la utilización de alguna de estas herramientas.

No cumple: No se constata recaptación de usuarios al programa.

2.4.2- Se tiende a la desprescripción, uso de monodosis, utilización de tratamientos sencillos y acordados con el usuario, existencia de grupos de apoyo para usuarios, disponibilidad de información escrita complementaria.

La adhesión de los usuarios al tratamiento es un desafío de todo el equipo de salud. La desprescripción y el uso de monodosis, la utilización de tratamientos sencillos y acordados con el usuario, la existencia de grupos de apoyo, son algunas estrategias que pueden ser de utilidad.

Cumple: El personal refiere que utiliza estos métodos y se constata en registros clínicos y evaluaciones de resultados.

No cumple: No surge lo referenciado de las entrevistas, ni de las auditorias de historias o de los indicadores de resultados.

2.4.3- Cuenta con profesionales estables y de referencia, capacitados en técnicas comunicacionales y en habilidades sociales, otros.

El contar con un equipo multidisciplinario estable, referente para los usuarios y capacitado en técnicas comunicacionales, favorece el desarrollo y el mantenimiento de estrategias, genera vínculos y mejora el entendimiento.

Cumple: Se constata en los CV la capacitación referida y el personal es estable (más de 2 años en el programa).

No cumple: No cuentan con equipo estable ni con la capacitación referida en sus CV, ni en registros.

2.4.4- Se acuerdan, con los usuarios y sus familias, las conductas terapéuticas y las metas a alcanzar.

Para lograr la adhesión, es vital que los usuarios acepten y se comprometan, comprendiendo claramente el tratamiento. Es importante transmitir con definiciones precisas las metas, e involucrarlos, dejándoles claro que ellos son los responsables de cumplirlas.

Cumple: Se confirma con algunos usuarios (en entrevistas) si se tuvieron en cuenta sus intereses y preferencias para realizar la prescripción del tratamiento.

No cumple: No surgen de las entrevistas a usuarios este acuerdo.

2.4.5- Se utilizan herramientas para evaluar motivación, percepciones y vulnerabilidades de los usuarios.

Es necesario evaluar la satisfacción de los usuarios para analizar su grado de motivación, sus percepciones sobre el programa y sus vulnerabilidades. Hacer-

lo en cada etapa asistencial permitirá ajustar el tratamiento a cada situación, para lograr una mayor adhesión.

Cumple: Se constata la utilización de alguna herramienta de evaluación y se muestran registros de los resultados obtenidos.

No cumple: No se evidencia uso de herramientas o no se registra su uso.

2.4.6- Se utilizan métodos para evaluar la adhesión de los usuarios al programa (autoinformes, informes de personas cercanas al usuario, resultados clínicos, autorregistros, mediciones de consumo de medicamentos, mediciones bioquímicas, otros).

La medición de resultados clínicos, de uso de medicamentos, de laboratorio, nos permiten evaluar las estrategias utilizadas para lograr la adhesión de los usuarios al tratamiento. Contar con informes, o con este tipo de registros, es esencial.

Cumple: Se constatan registros que confirmen la utilización de alguno de los métodos mencionados.

No cumple: No hay registros ni informes.

2.5- Se implementan herramientas efectivas para favorecer la comunicación.

2.5.1- Se utiliza material informativo, impreso o electrónico, dirigido a usuarios; con lenguaje amigable, entendible y sencillo.

La comunicación abarca aspectos audiovisuales, contar con materiales impresos aporta a la trasmisión de información. Que esta sea amigable, sencilla, y expresada en forma entendible o con imágenes, es muy útil.

Cumple: Se cuenta con materiales impresos o electrónicos para los usuarios y se constatan las características requeridas.

No cumple: No se cuenta con materiales para informar a los usuarios.

2.5.2- La sala de espera cuenta con información audiovisual o cartelera.

En la comunicación, los aspectos audiovisuales en momentos de espera como: cartelera, pantallas con videos o presentaciones informativas; pueden transformar esos momentos en tiempos de utilidad.

Cumple: Se constata en sala de espera el uso de pantallas o cartelera sobre actividades de prevención.

No cumple: No cuentan con cartelera o pantallas con información para usuarios.

2.5.3- Se utilizan herramientas relacionadas con las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

La comunicación es un aspecto complejo que se rediseña a diario con el advenimiento de nuevas tecnologías. Contar con recursos informáticos, página web, blogs u otros, es ir adecuándose a estos avances.

Cumple: Se constata el uso de TIC (blogs, páginas web, SMS, otros).

No cumple: No se constata uso de TIC.

2.5.4- El personal de salud recibe formación para desarrollar habilidades comunicacionales.

La capacitación del personal de salud debe comprender aspectos comunicacionales, tanto para favorecer el trato al usuario y a su tratamiento, como para contribuir al buen desarrollo del equipo.

Cumple: Se constatan cursos en CV.

No cumple: No se constata en cursos ni capacitaciones la inclusión de temática comunicacional.

2.5.5- Se modela y estimula un trato respetuoso, de buena comunicación y relacionamiento dentro del equipo y con los pacientes y sus acompañantes, aún en situaciones demandantes o tensas.

El buen trato, el respeto y la comunicación efectiva, tanto en el equipo como dirigidos a los usuarios y sus familiares, son esenciales para el desempeño efectivo del programa y para el cumplimiento de los objetivos y metas. Evaluar esto es esencial para corregir y mantener el nivel de calidad objetivo.

Cumple: No existen quejas al respecto en las evaluaciones de la conformidad realizadas.

No cumple: Hay registros de quejas o no conformidades.

2.5.6- Se implementan estrategias educativas de activación de pacientes.

La estrategia de activación de pacientes es un talento oculto y de gran valor para el autocuidado del paciente crónico. El usuario que adquiere un rol más activo y protagónico de su enfermedad, tomando decisiones compartidas con el equipo de salud y ayudando a transmitirlo a nuevos pacientes es una oportunidad muy útil.

Cumple: Se constata su planificación o implementación.

No cumple: No utilizan estrategias de activación de pacientes.

2.6- Cuenta con un programa de capacitación y de desarrollo continuo del personal.

2.6.1- Cuenta con un plan de capacitación documentado y se verifica su implementación.

Cada programa debe contar con un plan de capacitación que abarque al personal de salud que allí se desempeña. Debe evaluarse el impacto y la adhesión de los participantes.

Cumple: Se aporta plan anual de capacitación y se evidencia su implementación (registros, CV).

No cumple: No cuentan con un plan de capacitación o con registros de capacitaciones realizadas por el personal o no abarca a todo el personal involucrado.

2.6.2- Se verifica el uso y aplicación de guías de práctica clínica, consensos o protocolos de atención, actualizados y disponibles en un área de fácil acceso.

La asistencia de los usuarios del programa se debe basar en guías, consensos o protocolos de atención con probada efectividad. Es importante contar con ellos para minimizar la variabilidad clínica y tenerlos disponibles para ser consultados de ser necesario.

Cumple: Se evidencian en el servicio los documentos utilizados como referencia.

No cumple: No hay evidencia de los documentos disponibles.

2.6.3- Se realizan reuniones del equipo de salud, en forma periódica, con objetivos académicos o de capacitación.

Las reuniones periódicas (sean con fines académicos, de discusiones de casos, o de capacitación) son necesarias y más ricas en aportes si son de carácter multidisciplinario. Se debe buscar evidencia de su realización y del registro de participación a través de actas, correos electrónicos, o carteleras.

Cumple: Se aporta evidencia documentada sobre las reuniones mantenidas, participación y temática tratada.

No cumple: No se realizan reuniones o no hay registro de su realización.

2.7- Se utilizan mecanismos para favorecer la continuidad asistencial.

2.7.1- El programa cuenta con un método para realizar las interconsultas con otros especialistas o programas.

La continuidad asistencial es vital, por lo que es necesario contar con un método con criterios definidos para realizar interconsultas a especialistas.

Se constata el cumplimiento a través de algún mecanismo efectivo de derivación, ya sea a través de manejo conjunto de agenda, o disposición de números en reserva, o de contar con algún referente de distintas especialidades a quien derivar, entre otras.

Cumple: Se aporta procedimiento utilizado para realizar interconsultas.

No cumple: No hay evidencia de derivación.

2.7.2- Cuenta con un registro clínico prediseñado de seguimiento, que garantiza la continuidad asistencial con el médico tratante o con especialistas.

Contar con un registro permite confirmar el cumplimiento de la derivación, que garantiza una comunicación interprofesionales, ya sea a través de la historia clínica u otro sistema de registro que optimice el uso de los recursos.

Cumple: Se aporta el registro y es adecuado.

No cumple: No hay registro de derivaciones de usuarios a especialistas.

2.7.3- Se constata que los usuarios cuentan con un médico tratante de referencia.

Los programas son herramientas de apoyo en el tratamiento y prevención de las enfermedades crónicas. Es de vital importancia, además, que los usuarios cuenten con un médico tratante de referencia que lo conozca y lo trate en forma sistémica y continuada.

Cumple: Se verifica la existencia de médico de referencia en algún tipo de registro o en la HCE.

No cumple: No hay registros de que el usuario cuente con un médico de referencia.

CRITERIO 3- Se realizan evaluaciones sistemáticas a través de indicadores de procesos y resultados para medir el funcionamiento del programa tendiendo a la mejora continua.

3.1- Se realizan evaluaciones periódicas según planificación anual.

3.1.1- El Sistema de Información utilizado permite la gestión de los datos para obtener los indicadores establecidos.

Para poder realizar una evaluación del programa es necesario contar con un sistema informático que permita gestionar los datos y obtener los indicadores establecidos por el programa.

Cumple: El sistema de información permite la utilización de las bases de datos para realizar evaluaciones en tiempo real.

No cumple: El sistema informático utilizado no le permite utilizar las bases para analizar datos en tiempo real.

3.1.2- Los datos cumplen con los criterios de cantidad, oportunidad y fiabilidad.

Para poder realizar un análisis correctamente, es necesario contar con un registro adecuado en tanto a la cantidad de datos (número de datos perdidos) y a la calidad de esos datos (ingreso de datos confiables y veraces) preferentemente completados online (in situ en la consulta y por quien recaba la información).

Cumple: Existen registros de datos, suficientes y adecuados, como para permitir y garantizar su análisis.

No cumple: No se completan adecuadamente los registros, los datos obligatorios son ingresados en forma no adecuada para considerarlos fiables, o existe un subregistro de datos.

3.1.3- Los datos son ingresados en tiempo real, de preferencia por el profesional que brinda la atención.

Para que los datos sean confiables, es ideal que sean ingresados al sistema informático en tiempo real (durante la consulta), y por el profesional que brinda la atención.

Cumple: El programa trabaja con los recursos tecnológicos en tiempo real, en el momento de la asistencia y el que ingresa los datos es el profesional que realiza la atención al usuario.

No cumple: Los datos son completados en formato papel y luego son transferidos al sistema, ya sea por el profesional que asistió al usuario o por un administrativo.

3.1.4- Los indicadores de procesos y de resultados definidos son analizados periódicamente (al menos anualmente).

Cuentan con indicadores de procesos y de resultados y hay evidencia de su análisis en forma periódica.

Cumple: Existe un análisis sistemático, medible y periódico basado en indicadores definidos por el equipo del programa.

No cumple: No se cuenta con indicadores definidos o, los que existen, no se analizan periódicamente.

3.1.5- Se utilizan, al menos, los indicadores de procesos y de resultados propuestos en este manual para el análisis según corresponda (programas del FNR).

Los programas del FNR, si no han definido indicadores propios, utilizan los propuestos en el manual, según el programa que corresponda.

Cumple: Se realiza el análisis de datos utilizando los indicadores propuestos por el manual.

No cumple: No se utiliza ningún indicador, ni siquiera los propuestos por el manual.

3.1.6- Los resultados son difundidos interna y externamente.

Los resultados analizados deben ser de conocimiento de todo el equipo para lograr involucramiento y propuestas de estrategias para mejorar, de ahí la importancia de darlos a conocer.

Cumple: Realiza difusión de los resultados del programa a todo su equipo de trabajo o los presenta externamente (ya sea al resto de la institución o a través de informes, publicaciones, congresos o jornadas).

No cumple: No difunde los resultados.

3.2- Los resultados de las evaluaciones tienden a la mejora continua de los procesos y resultados del programa

3.2.1- Se constata la implementación de acciones de mejora en función de los resultados obtenidos.

Los resultados obtenidos tienen como finalidad la mejora continua del programa y retroalimentan el ciclo de Deming, para ello debe existir registro de las propuestas de mejora en función de los resultados obtenidos y su implementación.

Cumple: Cuentan con registros de actividades de mejora basados en análisis de los resultados.

No cumple: No hay registros de actividades de mejora continua.

3.2.2- Se constata la mejora de los procesos identificados como *problema*.

Una vez implementada una mejora frente a una situación *problema* detectada, es necesario evaluar si cumplió el objetivo de solucionar dicha situación.

Cumple: Existe un sistema de reporte de *problemas* que, luego de analizado, se evalúan y registran las mejoras aplicadas.

No cumple: No hay evidencia del impacto de la mejora instrumentada.

3.2.3- Se constata la participación e involucramiento del personal en la mejora de los procesos y resultados.

Para implementar una mejora es vital el involucramiento de todo el personal en el cambio y obtener un cumplimiento que garantice la efectividad de lo implementado.

Cumple: Hay evidencias de la participación de todos los involucrados en el programa en las actividades de mejora.

No cumple: No hay evidencia de participación del equipo del programa en la mejora de procesos y resultados.

