



Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

# Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la Estrategia de Salud de la Familia



DOCUMENTO TÉCNICO



Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

# Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la Estrategia de Salud de la Familia

Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la Estrategia de Salud de la Familia



Ministério da Saúde



MINISTERIO DE SALUD DEL BRASIL

Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la  
Estrategia Salud de la Familia

Documento Técnico

Brasilia – DF  
2006



# Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família



MINISTERIO DE SALUD  
Secretaría de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Primaria

# Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia

Documento Técnico

Serie B: Textos Básicos de Salud

Brasilia DF  
2006

2005 Ministerio de Salud

Todos los derechos reservados. Se permite la reproducción parcial o total de esta obra, bajo la condición que se cite la fuente y que no sea para venta o cualquier fin comercial.

La colección institucional del Ministerio de Salud puede encontrarse integralmente en la Biblioteca Virtual del Ministerio de Salud: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Serie B: Textos Básicos de Salud.

Tiraje: 1ª edición – 2006 – 5.000 ejemplares.

*Elaboración, distribución e informaciones:*

**MINISTERIO DE SALUD**

Secretaría de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Primaria  
Coordinación de Acompañamiento y Evaluación  
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, Bloco G  
6º piso, sala 635  
70058-900 Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-3434 / 3315-2391

Fax: (61) 3226-4340

E-mail: [avaliacaoesf@saude.gov.br](mailto:avaliacaoesf@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br/amq](http://www.saude.gov.br/amq)

*Supervisión:*

Luis Fernando Rolim Sampaio

*Coordinación General:*

Eronildo Felisberto

*Coordinación Técnica:*

Iracema de Almeida Benevides

*Traducción para español:*

Julio Alberto Wong Un

*Revisión:*

Luis F. Coronado

*Consultoría Especializada en Evaluación y Calidad:*

Ana Claudia Figueiró, Instituto Materno-infantil de Pernambuco – IMIP.

Carlos Eduardo Aguilera Campos, Universidad Federal de Rio de Janeiro – UFRJ.

Daphne Rattner, Área Técnica de Salud de la Mujer/DAPE/SAS/MS

Francisco José Pacheco dos Santos, Secretaría Estatal de Salud de Bahía – SES/BA.

*Consultoría Internacional en Calidad:*

Luis F. Coronado, M.D., M.B.A.

*Equipo Técnica:*

Andrea R. Leitão, Ávila T. Vidal, Eroneide V. Silva, Gisele Cazarin, Joseli M. Araújo, Leticia Milena F. Silva, Maria Ângela Maricondi, Marina Mendes

*Colaboración:*

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Julio Suárez y Juan Seclén

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (Unesco)

Heloíza Machado de Souza

Instituto de Calidad en Salud / Ministerio de Salud de Portugal (IQS)

Luis Pisco

Instituto Materno-infantil Prof. Fernando Figueira (Impip)

Ana Cláudia Figueiró; Cinthia Kalyne de A. Alves, Isabella Samico,

Paulo Germano de Frias

*Ministerio de Salud:*

Secretaría de Atención a la Salud

Departamento de Atención Primaria

Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas

Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en Salud

Departamento de Gestión y Regulación del Trabajo en Salud

Secretaría de Vigilancia en Salud

Departamento de Vigilancia Epidemiológica

Departamento de Análisis de Situación en Salud

Impreso en el Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Departamento de Atención Primaria.

Evaluación para la mejoría de la Estrategia Salud de la familia / Ministerio de Salud, Secretaría de Atención a la Salud. Departamento de Atención Primaria. – Brasília: Ministerio de Salud, 2005.

6 v. – (Serie B. Textos Básicos de Salud)

Contenido: Documento Técnico – Cuaderno de Auto-evaluación n. 1: gestión municipal de la salud – Cuaderno de Auto-evaluación n. 2: coordinación municipal de la Estrategia salud de la familia - Cuaderno de Auto-evaluación n. 3: unidad salud de la familia - Cuaderno de Auto-evaluación n. 4: equipo salud de la familia: parte 1 - Cuaderno de Auto-evaluación n. 5: equipo salud de la familia: parte 2

ISBN 85-334-1034-4 (obra completa)

ISBN 85-334-1035-2 (documento técnico)

1. Calidad de los cuidados de salud. 2. Evaluación de procesos y resultados (cuidados de salud) 3. Salud de la Familia. I. Título. II. Serie. NLM W 84

Catalogación en la fuente – Editora MS – 2005/1197

Textos para indexación;

En inglés: Evaluation for Quality Improvement of the Family Health Strategy: technical document

En español: Evaluación para Mejoría de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia: documento técnico.



## PRESENTACIÓN

La garantía de la calidad de la atención, se presenta en la actualidad como uno de los desafíos al Sistema Único de Salud (SUS) contemplándola a la luz de los principios de integralidad, universalidad, equidad y participación social. En los últimos 10 años, la Atención Primaria en el Brasil, ha alcanzado una transformación intensa a partir de la definición de la Estrategia de Salud de la Familia en la reestructuración de sus prácticas, buscando un cambio efectivo de modelo. Esta iniciativa, también buscó ampliar el acceso y la cobertura de los servicios básicos de salud y organizar la demanda hacia los demás niveles de atención, alcanzando grupos sociales que hasta entonces estaban excluidos de un cuidado integral en salud.

Durante este periodo, la inversión en el sentido de la expansión de la red y de los recursos humanos vinculados al primer nivel de atención del sistema, condujo a un crecimiento continuo del acceso de la población a las acciones y servicios de salud. Sin embargo, se mantiene urgente el desafío de perfeccionar el desarrollo organizacional, intensificando los esfuerzos destinados a la mejoría de la calidad de los servicios y de las prácticas de salud, con el propósito de consolidar la estrategia como el eje estructurante de reorganización de la atención primaria, con repercusiones en el reordenamiento del sistema de salud como un todo.

La propuesta de Evaluación para Mejoría de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia representa el compromiso institucional de contribuir a la consolidación de la Política de Monitoreo y Evaluación en el ámbito de la Atención Primaria. En este sentido, la utilización de la evaluación de la calidad, constituye una herramienta importante para la calificación de las acciones y del cuidado de los individuos, de la familia y de la comunidad.

Ministerio de Salud del Brasil

# ÍNDICE



PRESENTACIÓN	7
I. Introducción	9
II. Justificación	11
III. Objetivos	13
IV. Directrices de la Evaluación para Mejoría de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia	14
V. Estrategia Salud de la Familia: principios, directrices y campos de acción	15
VI. Calidad de la Atención en Salud en la perspectiva de la Estrategia Salud de la Familia	22
VII. Metodologías de evaluación de la calidad en salud.	23
VIII. Abordajes para evaluación de la calidad de la Estrategia Salud de la Familia	25
IX. Estándares de calidad: definición y metodología de construcción	31
X. Etapas de Calidad en la propuesta Evaluación para Mejoría de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia	36
XI. Aspectos previstos para la implantación de la propuesta de Evaluación para Mejoría de la Calidad	40
XII. Atribuciones de las Esferas Gestoras	42
XIII. Experiencias internacionales de evaluación de la calidad de la atención primaria en salud	44
Bibliografía	47
Anexo	49
Instrumento 1 – Desarrollo de la Estrategia SF	56
Instrumento 2 – Coordinación Técnica de los Equipos	66
Instrumento 3 – Unidad Salud de la Familia	74
Instrumento 4 – Consolidación del Modelo de Atención	82
Instrumento 5 – Atención a la Salud	94

# I. Introdução

La evaluación para Mejoría de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia surge con la finalidad de estrechar la relación entre los campos de la evaluación y de la calidad en el ámbito de la misma, posibilitando a los actores directamente involucrados en los municipios, la apropiación de principios, métodos y herramientas para construcción de esta por ellos mismos.

Evaluar significa formar opinión y emitir juicios de valor sobre un determinado asunto. Frecuentemente, la temática evaluación esta asociada a aspectos negativos como castigo, clasificación y eliminación de aquellos que no alcanzaron determinado resultado. En otro sentido, muchas veces encontramos el concepto o preconcepción de que evaluación es un conjunto de conocimientos muy complejos, utilizables solamente por especialistas de los servicios y de la universidad.

En relación a la calidad, es común la concepción de que se trata de un campo tan subjetivo que no existen caminos definidos para evaluarla. También se disemina, indebidamente, el pensamiento de que no es posible ofrecer servicios de buena calidad en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS).

Buscando superar estos límites de concepción, basados en precedentes históricos y culturales, la presente propuesta, sitúa la evaluación como instrumento permanente para la toma de decisiones y la calidad como un atributo fundamental a ser alcanzado en el SUS – debiendo ambas ser apropiadas por cualquier profesional involucrado en la Estrategia Salud de la Familia.

Este documento reúne las referencias conceptuales, metodológicas y operacionales de un modelo de evaluación para la mejoría de la calidad de la Estrategia Salud de la Familia construido por muchas personas. Técnicos, expertos, gestores, profesionales de los servicios, de las instituciones de enseñanza e investigación y de las instancias de control social de las tres esferas de gobierno, participaron y contribuyeron de forma invaluable en su elaboración.

La Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia es una propuesta a la cual los gestores se deberán adherir de manera voluntaria y participativa, motivados por el deseo de ofrecer una atención en salud de mejor calidad.

- Propone como metodología central, la auto-evaluación orientada por instrumentos dirigidos a actores y espacios específicos: gestor, coordinación, unidades de salud y equipamientos. Sitúa de esta forma, la perspectiva interna de autogestión, protagonizada por aquellos que desarrollan las acciones en la estrategia.
- Orienta la formación de un diagnóstico acerca de la organización y el funcionamiento de los servicios y sus prácticas, partiendo de la formulación actual de la Estrategia Salud de la Familia (principios, directrices y campos de acción). Posibilita la identificación de los niveles de desarrollo y de los aspectos críticos, así como de las potencialidades y puntos consolidados. Orienta, además, de manera estratégica, la elaboración de planes de intervención para la solución de los problemas verificados.
- Podrá ser utilizada como referencia para la organización de la Estrategia Salud de la Familia en los municipios, debido a su fuerte aspecto orientador, pedagógico e inductor de buenas prácticas en salud.

El contenido referido en este documento no pretende ser exhaustivo en lo que se refiere al campo de la evaluación y de la calidad en salud. Tampoco ofrece vías únicas para alcanzar la situación ideal en relación a la calidad de los servicios de salud; sin embargo, en el se apuntan caminos y posibilidades para ser seguidos por los diferentes actores en los diferentes campos de acción de la estrategia.

## II. Justificação

Ofrecer a la población acciones de salud accesibles, resolutivas y humanizadas, es una responsabilidad que debe ser compartida por las tres esferas de gestión del Sistema Único de Salud. Invertir en la mejoría de la calidad de los servicios, considerando todos los niveles de atención, significa promover la salud, reducir riesgos y mejorar la morbi-mortalidad, garantizando mayor efectividad y eficiencia.

El crecimiento acelerado de la Estrategia Salud de la Familia y las inversiones recientes en su expansión después de 10 años de implementación, hacen necesaria la reflexión sobre su concepción, operacionalización y sustentabilidad. También exige la construcción de espacios de acción dirigidos a asegurar la calidad de su desarrollo y de la atención a la salud prestada por los equipos. Para esto se requiere la participación de todos los actores involucrados en la organización de la estrategia y en la oferta y demanda de la atención primaria, con el fin de desarrollar metodologías y herramientas para las acciones de monitoreo, evaluación y calificación de las acciones y servicios ofrecidos, incluyendo los aspectos organizativos y operacionales.

El uso de procesos evaluativos, entendidos como acción crítico-reflexiva continua desarrollada sobre la organización, el funcionamiento, los procesos y las prácticas de trabajo de la gestión y de la atención, contribuye efectivamente para que gestores y profesionales tengan las informaciones y adquieran los conocimientos necesarios para la toma de decisiones, dirigidas a la atención de las demandas y necesidades de salud, con la calidad para alcanzar la resolubilidad del sistema y la satisfacción de los usuarios.

De esa manera, la Evaluación para Mejoría de la Calidad de la Estrategia de Salud de la Familia, ofrece instrumentos específicos para este modelo de atención, posibilitando que los propios actores involucrados con la estrategia en sus diferentes ámbitos, puedan evaluarla de manera sistémica e integrada, buscando el perfeccionamiento gerencial, técnico y científico.

Esta propuesta integra un conjunto de acciones, actividades y experiencias desarrolladas en el ámbito de la Política de Monitoreo y Evaluación de la Atención Primaria que, asimismo, esta incluida en un proceso más amplio de fortalecimiento de la institucionalización de la evaluación en las tres esferas de gestión del Sistema. Se confirma así, el compromiso del Ministerio de Salud de invertir, más allá de la ampliación de servicios, en la mejoría continua de la calidad de las acciones, servicios y prácticas de salud y en el fortalecimiento de sistemas de monitoreo y evaluación efectivos, instrumentos esenciales en la gestión del SUS.

## III Objetivos

### **General:**

Fomentar el Monitoreo y la Evaluación de los niveles de calidad de la Estrategia Salud de la Familia

### **Específicos:**

- Ofrecer herramientas que faciliten el diagnóstico de situación y la planificación de intervenciones e impulsar la mejoría continua de la calidad de la gestión, de los servicios y de las prácticas en la Estrategia Salud de la Familia;
- Contribuir a la inserción de la dimensión de la calidad en todos los componentes y espacios de acción de la Estrategia Salud de la Familia;
- Verificar los niveles de desarrollo alcanzados por los municipios, considerando los componentes de gestión municipal, coordinación y trabajo de los equipos;
- Identificar áreas críticas y apoyar a los gestores locales en el desarrollo de planes de acción orientados a la mejoría de la calidad de la estrategia, tanto en relación a su organización como a sus prácticas;
- Apoyar, acompañar y evaluar el desarrollo de las iniciativas de mejoría de calidad de la estrategia;
- Contribuir a la construcción de la capacidad de evaluación en el área de la calidad en las secretarías municipales y estatales de salud.

## IV Directrices de la Evaluación para Mejoría de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia.

### **Directrices:**

- Proceso auto-evaluativo;
- Adhesión libre de los gestores municipales, que deberán sensibilizar y movilizar a los coordinadores y equipos para participar;
- Ausencia de incentivos (premios) o sanciones (castigos) financieras u otras relacionadas a los resultados;
- Utilización de software para alimentación de un banco de datos y emisión de reportes por la Internet;
- Integración en las actividades desarrolladas en el ámbito de los Planes Estatales de Monitoreo y Evaluación de la Atención Primaria.

### **Usuarios de la propuesta de Evaluación para Mejoría de la Calidad**

El desarrollo de una propuesta de mejoría de la calidad, parte del presupuesto de que la gestión, la estructura y los procesos comunes de implementación de acciones, funcionamiento de servicios y prácticas, pueden mejorarse con el objetivo de alcanzar la calidad deseada. Sin embargo, los usuarios de este proceso pueden ser de diferentes lugares y con intereses distintos. Siendo así, sería pertinente definir el público objetivo de la presente propuesta.

Considerando los objetivos de la propuesta de evaluación de la calidad como parte de una iniciativa de calificación que permitirá impulsar el desarrollo de la Estrategia Salud de la Familia, se entiende que su implementación sea de interés inmediato del gestor local, ya que tal iniciativa podrá ofrecer informaciones de diversos aspectos para la mejoría, tanto de la gestión como de la prestación de servicios en la atención primaria. Por tratarse de una iniciativa voluntaria, su realización estará condicionada al interés del responsable local por conocer las dificultades y los avances experimentados por la estrategia, así como a la decisión política y al com-

promiso de actuar sobre los problemas identificados y dar sostenibilidad a las situaciones positivas. Por lo tanto, está previsto que la calificación de la Estrategia Salud de la Familia se dé por adhesión formal y voluntaria.

Se entiende también, que los profesionales de salud deben estar involucrados con el desarrollo de la propuesta, ya que ellos son los actores responsables de la materialización de los planes de acción a partir de sus prácticas cotidianas en los servicios de salud. Sus actitudes en el proceso de trabajo están relacionadas con los conocimientos disponibles, con sus experiencias previas y con el contexto donde están incluidos. Algunos de estos aspectos serán abordados en la evaluación de la calidad de los equipos de salud y permitirán reconocer dificultades y obstáculos para la elaboración y desarrollo de planes de acción, apuntando las inversiones necesarias, su naturaleza y dirección, en función de la reorganización de la atención primaria esperada, teniendo como eje la Estrategia Salud de la Familia.

Los niveles estatales y federal de coordinación del Programa Salud de la Familia, también son considerados usuarios de este proceso. Para estos, la identificación de los principales problemas verificados y el acompañamiento de los resultados en la mejoría de la calidad, con la consiguiente repercusión en los resultados de las acciones y prácticas de los equipos de salud, permitirá una mejor comprensión sobre el modo como viene siendo desarrollada la estrategia en las diferentes realidades del país. Tal conocimiento señalará áreas prioritarias para el perfeccionamiento de los usuarios del sistema de salud, así como los cambios en la situación de salud de la población.

### **Beneficiarios de la Propuesta de Evaluación para Mejoría de la Calidad:**

Los principales beneficiarios de esta iniciativa son los propios usuarios del sistema de salud, identificados como el foco de la propuesta. El hecho de alcanzar niveles más avanzados de calidad en el desarrollo de la Estrategia de Salud de la Familia, representará la mejoría del acceso a los servicios, una mayor resolución y una atención humanizada, ya que estos propósitos deberán ser perseguidos por los gestores, los profesionales y los demás actores involucrados con la mejoría continua de la calidad.

## V. Estrategia Salud de la Familia: principios, directrices y campos de acción.

El Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud, ha establecido las bases para la implantación y el funcionamiento de la Estrategia de Salud de la Familia desde 1994. La organización de la estrategia en el municipio, está orientada por directrices operacionales predefinidas que irán orientar, a su vez, la forma de funcionamiento de las unidades y la práctica de los equipos, incluyendo la normalización según áreas de intervención y líneas estratégicas de acción. Hay que destacar que los municipios han buscado, más allá del cumplimiento de directrices operacionales, explorar todas las potencialidades de la estrategia en el sentido de alcanzar equidad e integralidad en la asistencia en salud.

El esfuerzo de reorganización del modelo de atención en salud en el Brasil, presentó nuevas perspectivas a partir de la propuesta de la Estrategia Salud de la Familia como eje estructurante de la Atención Primaria. Experiencias pioneras como el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS)\* adoptado por el Ministerio de Salud en 1991, sirvieron como inspiración para el Programa Salud de la Familia. Desde entonces, el modelo viene siendo perfeccionado y extendido a todo el país como una estrategia para este nivel de atención. En Junio de 2005 había 22,410 equipos de Salud de la Familia implantados en 4,791 municipios brasileños, representando el 86.2% de estos y ofreciendo cobertura al 40.9% de la población brasileña.

Actualmente, la Estrategia de Salud de la Familia viene siendo implantada para sustituir al modelo tradicional de Atención Primaria, proporcionando en un territorio definido, atención integral y continua a la salud de los individuos y de la comunidad, con acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. Las acciones desarrolladas están centradas en la familia, percibida a partir de su ambiente sociocultural. El trabajo en este ámbito se estructura a partir de la Unidad de Salud de la Familia (USF), donde está la sede del equipo multiprofesional responsable de una determinada población a él vinculada. Esta organización favorece el establecimiento de vínculos de responsabilidad y confianza entre profesionales y familias y permite una comprensión ampliada del proceso salud/enfermedad y de la necesidad de intervenciones a partir de los problemas y demandas identificadas <sup>(1,8)</sup>.

\* NT: Promotor de Salud

Teniendo como presupuestos para su desarrollo los principios del SUS, la Estrategia Salud de la Familia enfrenta como grandes desafíos el alcance de la cobertura universal y de la equidad. La mejoría de la calidad y la humanización del cuidado, son otros objetivos a ser conquistados. El desarrollo de sus prácticas requiere la integración de una alta complejidad tecnológica en el campo del conocimiento, con el establecimiento de nuevas habilidades y de cambios de actitudes <sup>(1)</sup>. Además de eso y de acuerdo con los principios de la Atención Primaria en Salud que indican la importancia de la capacidad de coordinación de las acciones con otros profesionales y niveles de atención, se espera una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Para alcanzar tales propósitos, fueron destinados incentivos financieros, educativos y políticos, buscando la redefinición del objeto de las acciones de salud, la reorganización del sistema local de salud y la reorientación de los procesos de trabajo y de las prácticas de salud.

### **Principios de la Estrategia Salud de la Familia**

Incorporando y reafirmando los principios básicos del SUS – universalización, integralidad, equidad y participación social – el trabajo en la Estrategia Salud de la Familia se desarrolla basado en los siguientes principios orientadores:

- 1. *Carácter substitutivo:*** la Estrategia SF no propone la creación de nuevas estructuras, excepto en áreas desprovistas de cualquier tipo de servicio. Implantarla significa sustituir las prácticas tradicionales de asistencia, centradas en las enfermedades, por un nuevo proceso de trabajo involucrado con la prevención, con la promoción de la calidad de vida de la población y con la resolución de la asistencia.
- 2. *Integralidad e Intersectorialidad:*** la USF esta incluida en el ámbito de la atención primaria, constituyendo el primer contacto de la población con el sistema de salud del municipio. Se espera que el resultado del trabajo del equipo, con sus conocimientos y prácticas, pueda identificar y responder a las necesidades de salud, captadas en su expresión individual. Las unidades deben estar vinculadas a la red de servicios, de manera que sean aseguradas la referencia y la contra-referencia para los demás niveles de complejidad, siempre que el estado de salud de la persona así lo exija. Comprendiendo la integralidad en su sentido más amplio, más allá de la garantía de asistencia en otros niveles de atención, la coordinación municipal y los equipos, deben buscar junto a otros sectores sociales la complementariedad necesaria para sus acciones y prácticas, buscando atender a los requisitos esenciales de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

**3. Territorialização:** el trabajo se organiza localmente basándose en las informaciones epidemiológicas y sociales de la población disponibles en el municipio. El equipo implantado en esa lógica, trabaja con la definición del área de alcance y la población adscrita (pudiendo variar entre 2.400 y 4.000 personas), realizando el empadronamiento de las familias, el acompañamiento de las situaciones de salud, de la exposición a daños y de las condiciones ambientales, desarrollando acciones programáticas. En el espacio de acción de los equipos, la definición de micro-áreas para el acompañamiento de las condiciones de vida y de salud de las familias, permite identificar las eventuales desigualdades existentes en su espacio de acción, ofreciendo de esta manera, una atención diferenciada a los grupos y familias más vulnerables.

**4. Equipo Multiprofesional:** los equipos de Salud de la Familia están compuestos, por lo menos, de un médico, un enfermero, uno o dos auxiliares de enfermería y de cuatro a seis agentes comunitarios de salud (promotores de salud). A partir de diciembre del 2000, con la creación del incentivo financiero para la inserción de un equipo de Salud Bucal para cada dos equipos de Salud de la Familia, se observó un crecimiento progresivo de esos profesionales trabajando en la Estrategia. La resolución ministerial nº 673/GM/MS, de junio de 2003, previene la incorporación de un equipo de Salud Bucal para cada equipo de Salud de la Familia dentro de las siguientes posibilidades: un dentista y un auxiliar de consultorio dental (ACD) y, además, la presencia del técnico de higiene dental (THD). Las acciones de promoción de la salud bucal se incluyen en un concepto amplio de salud que trasciende la dimensión meramente técnica de la asistencia odontológica, integrándose a las demás prácticas colectivas.

Otros profesionales – como por ejemplo psicólogos, nutricionistas, asistentes sociales y fisioterapeutas – podrán ser incorporados formando equipos de apoyo, de acuerdo con las necesidades y posibilidades locales. La USF puede actuar con uno o más equipos, dependiendo de la concentración poblacional existente en el territorio bajo su responsabilidad. El abordaje de los problemas y necesidades de salud, así como el modo de organización y funcionamiento de la Estrategia en la perspectiva de la integralidad, exige del equipo la capacidad de articular requisitos técnicos con una práctica que considere los contextos individual, familiar y colectivo y las relaciones entre los profesionales, desarrollando habilidades y cambios de actitudes.

**5. Responsabilización y vínculo:** los equipos asumen como su responsabilidad contribuir a la mejoría de la salud y de la calidad de vida de las familias en sus áreas de alcance. Para esto, deben desarrollar esfuerzos para ofrecer atención humanizada, valorizando la dimensión subjetiva y social en sus prácticas, favoreciendo la construcción tanto de redes cooperativas, como de la autonomía de los sujetos y de los grupos sociales.

**6. Estímulo a la participación de la comunidad y al control social:** La gestión local debe favorecer y estimular la creación y utilización de los canales de participación social para la planificación y control de las acciones previstas en la Estrategia. El equipo a su vez, debe ser inductor en la promoción de la participación de las organizaciones sociales y sus miembros en la planificación, en la gestión y en la evaluación de la salud local y desarrollar proyectos conjuntos para la mejoría de la calidad de vida de la población.

### **Campos de Acción de la Estrategia Salud de la Familia:**

Las prácticas de salud en el ámbito de la Atención Primaria deben abarcar todas las etapas relacionadas al proceso salud-enfermedad y a las áreas de intervención, como se describe a continuación:

La Promoción de la Salud fue definida por la OMS (1986) como “el proceso de habilitación de las personas para que aumenten su control sobre su salud y la mejoren”. Los prerrequisitos para la salud van más allá de la simple prevención de enfermedades o del propio estilo de vida, incluyendo aspectos como “paz, protección, educación, alimentación, renta, ecosistema estable, justicia y equidad social”. Se busca la construcción de una capacidad para analizar y actuar sobre los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, así como sobre los problemas que afectan la vida y las condiciones en que se vive.

La Prevención de las Enfermedades y Daños, adopta el enfoque de reducción de los factores de riesgo para individuos y grupos sociales, contando para ello con los conocimientos y metodologías acumuladas por la salud colectiva en sus diversas áreas y acciones programáticas. Son enfatizadas acciones de prevención primaria a través de la promoción de la salud (evitar la aparición de la enfermedad en la población general, interviniendo en los factores de riesgo) y la protección específica (evitar la aparición de la enfermedad en grupos subclínicos o en grupos de riesgo). Estas

incluyen las acciones previstas en el área de vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambiental.

La Asistencia y el Tratamiento (prevención secundaria) se dirigen al reconocimiento precoz de la enfermedad, a la adopción de medidas de tratamiento individual, familiar y comunitario integrales de acuerdo al nivel de atención y al desarrollo actual de la tecnología en salud. Para eso, los equipos de salud deben tener acceso a condiciones de trabajo que garanticen la calidad de la atención a los pacientes, a las familias y a la comunidad, así como la garantía de la referencia a los demás niveles de atención del sistema.

La Rehabilitación en Salud (prevención terciaria) tiene como propósito reestablecer la capacidad funcional de las personas que la tuvieron perjudicada como consecuencia del proceso de enfermar. En el contexto de la Estrategia Salud de la Familia, las acciones de rehabilitación exigen el compromiso estrecho de la familia y las condiciones domiciliarias para alcanzar mejores resultados en esa dimensión del cuidado, así como acceso a servicios especializados de rehabilitación cuando sea necesario.

### **Líneas Estratégicas de Acción**

Se espera que el conjunto de las prácticas de salud desarrolladas por los profesionales de los equipos, abarquen todos los estados del ciclo de vida humano (niños, adolescentes, jóvenes, mujeres y hombres adultos, ancianos), los daños prioritarios, las necesidades de salud y las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles (hipertensión, diabetes mellitus, tuberculosis, enfermedad de Hansen, DST/SIDA, malaria, dengue, alcoholismo) así como acciones programáticas (salud mental, salud del trabajador, programas de rehabilitación comunitaria).

Se consideró así, para la elaboración de la propuesta y de los instrumentos de Evaluación para la Mejoría de la Calidad, esta visión ampliada de organización, funcionamiento y prácticas de salud en el ámbito de la estrategia.

### **Directrices para el trabajo de los Equipos de Salud de la Familia (ESF)**

Los ESF deben buscar conocer lo que ocurre en su área de alcance y con esa información (diagnóstico de salud) elaborar la planificación y acompañamiento de las acciones, el monitoreo de las situaciones de riesgo y enfermedad y la evaluación. Se espera que los servicios y prácticas sean organizados en interacción permanente con la comunidad. Así, las principales directrices para el trabajo son:

1. Conocer la realidad de las familias en su área de acción, en lo que se refiere a los aspectos socioeconómicos, culturales, demográficos y epidemiológicos, identificando los problemas de salud más comunes y los riesgos de exposición de la población.
2. Realizar el empadronamiento de la población adscrita.
3. Elaborar el plan de salud local basado en el diagnóstico de salud de la población, programar actividades y reestructurar el proceso de trabajo con la participación de la comunidad.
4. Realizar la vigilancia en salud, actuando en el control de enfermedades como tuberculosis, hanseniasis, enfermedades sexualmente transmitidas y SIDA, otras enfermedades infecto-contagiosas en general, enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades relacionadas con el trabajo y el ambiente.
5. Ofrecer asistencia resolutive, en sintonía con la demanda y con los principales problemas de salud detectados en la población, buscando articular los demás niveles de atención para garantizar integralidad en el cuidado.
6. Organizar los servicios y desarrollar las acciones con énfasis en la promoción de la salud y en el núcleo familiar, valorizando la relación con el usuario.
7. Desarrollar procesos educativos con la población a través de grupos comunitarios, privilegiando aspectos de mejoría de salud y calidad de vida.
8. Promover acciones intersectoriales y con organizaciones comunitarias formales e informales, para que actúen conjuntamente en la solución de problemas de salud, trayendo para el debate el tema de la ciudadanía, del derecho a la salud y sus bases legales.

9. Incentivar la participación activa de los Consejos Locales y Municipales de Salud, fortaleciendo el control social.

### **PROESF: Proyecto de Expansión y Consolidación de la Salud de la Familia**

La adhesión de los municipios a la Estrategia de Salud de la Familia varió de acuerdo a su tamaño, los municipios menores consiguiendo operacionalizar su implantación más precozmente y con mayor facilidad que los municipios de tamaño grande. Este hecho está relacionado con múltiples variables, tales como: la complejidad socio-sanitaria, la existencia de modelos de atención en salud ya establecidos, aspectos de la organización urbana (edificios, condominios, áreas de invasión), el perfil y la formación de los profesionales, entre otras.

Buscando superar las diversas limitaciones relacionadas a la expansión de la estrategia en las grandes ciudades y centros urbanos, fue desarrollado un proyecto cuyos objetivos principales son: incentivar y ampliar el número de equipos, formar profesionales para el trabajo en la estrategia y fortalecer los procesos de monitoreo y evaluación en esas localidades.

El proyecto de Expansión y Consolidación del Salud de la Familia – PROESF, es una iniciativa del Ministerio de Salud, apoyada por el Banco Mundial – BIRD, dirigida al fortalecimiento de la atención primaria en el país. El proyecto está estructurado en tres componentes de acción:

- I. Apoyo a la conversión y expansión de la Estrategia Salud de la Familia – dirigido a los municipios de más de 100,000 habitantes.
- II. Desarrollo de los recursos humanos de la Estrategia Salud de la Familia – dirigido a estados y municipios, independientemente de su tamaño.
- III. Monitoreo y evaluación – dirigido a estados y municipios, independientemente de su tamaño.

La Evaluación para Mejoría de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia integra el componente III del PROESF, junto con los Estudios de Línea de Base y los Planes Estatales de Monitoreo e Evaluación de la Atención Primaria, entre otras acciones.

## VI. Calidad de la Atención en Salud en la perspectiva de la Estrategia Salud de la Familia.

Conceptualmente, la calidad será siempre una construcción social, producida a partir de las referencias de los sujetos involucrados – que atribuyen significados a sus experiencias, privilegiando o excluyendo determinados aspectos según una jerarquía de preferencias.

Así, será siempre un gran desafío buscar una aproximación del concepto de calidad en relación a la Estrategia Salud de la Familia, considerando la pluralidad de sus dimensiones (política, económica, social, tecnológica) y los actores involucrados en su construcción (individuos, familias, comunidades y profesionales) <sup>13, 14</sup>.

Para los fines de esta propuesta, calidad en salud será definida como el grado de atención a estándares de calidad establecidos frente a las normas y protocolos que organizan las acciones y prácticas, así como a los conocimientos técnicos y científicos actuales, respetando valores culturalmente aceptados <sup>15, 16</sup>. Serán considerados también, la atención a las necesidades percibidas de salud y las expectativas de los usuarios y sus familias, así como la respuesta a las necesidades técnicamente definidas.

## VII. Metodologías de evaluación de la calidad en salud

Existen diferentes alternativas para evaluar la calidad de las acciones, servicios y prácticas de salud con el objetivo de desarrollar procesos de mejoría de la calidad. Ellas varían según los propósitos de promoción de la calidad a que se destinan, el objeto de la mejoría de la calidad o los mecanismos utilizados.

La perspectiva podrá ser de naturaleza **externa** 17 o **interna**, dependiendo del agente que solicita, conduce o hace válida la evaluación. Entre aquellos de naturaleza externa, se cuenta con la Acreditación, la Certificación y el Licenciamiento, en que agentes externos formulan el resultado final, sea él un puntaje, un certificado o una licencia. La Evaluación para Mejoría de la Calidad se basa en la perspectiva interna de evaluación, considerada más adecuada para la Estrategia Salud de la Familia por ser conducida, en todas sus etapas, por los propios actores.

### **Evaluación externa:**

**Acreditación:** Es un proceso de evaluación y medición de la calidad formal del trabajo desarrollado por una organización de salud, que utiliza estándares definidos por una Comisión de Acreditación (generalmente una organización no gubernamental) ajena a la institución a ser acreditada. La Comisión reconoce como de "excelencia" un servicio o organización de salud que, habiendo desarrollado un proceso de mejoría de calidad, supera los estándares de medición preestablecidos. El proceso de acreditación es voluntario (solicitado por la organización a ser acreditada), periódico y sistemático y tiene aplicación en contextos nacional, regional o local.

**Certificación:** Proceso a través del cual una instancia organizacional (gubernamental o no) evalúa y reconoce una persona (18) u organización que cumple requisitos o criterios preestablecidos (ejemplo: ISO-9000).

**Licenciamiento:** Proceso a través del cual una autoridad gubernamental otorga permiso a un profesional de salud individual o a una organización de salud para prestar servicios de salud. Se basa en el cumplimiento de ciertos requisitos mínimos para la oferta de servicios. La licencia tiene un período de vigencia que requiere una renovación continua, según la International Organization for Standardization (ISO) (19).

### **Evaluación interna:**

**Mejoría Continua de la Calidad (MCC):** procesos enfocados a la promoción de la calidad en la atención en salud de manera sistemática y continua, destinados a conseguir niveles de calidad orientados por el modelo de atención en sintonía con las demandas sociales y los avances científicos y tecnológicos en salud (20).

La Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia, utiliza la perspectiva interna de evaluación, articulando elementos de la evaluación normativa y de la mejoría continua de la calidad (MCC), presentándose como una metodología de gestión interna de los servicios. A partir de criterios y estándares preestablecidos, busca impulsar procesos de mejoría de la calidad, ofreciendo al gestor un instrumento de trabajo que facilite el alcance de los propósitos de la estrategia.

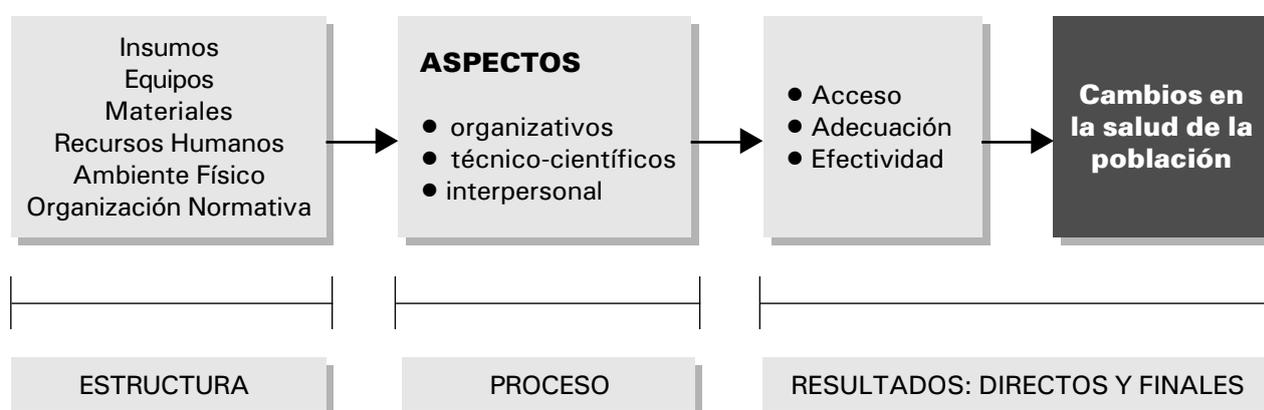
### **Evaluación para Mejoría de la Calidad:**

- Perspectiva de evaluación: interna
- Proceso participativo que incluye gestores, profesionales y demás actores involucrados con la intervención
- Instrumentos que facilitan la identificación de los niveles de desarrollo de la estrategia, considerando el ámbito de la gestión y del trabajo de los equipos.
- Iniciativa articulada de los tres niveles de gestión de la Estrategia Salud de la Familia (municipal, estatal, federal)
- Promoción de la cultura evaluadora y de gestión de la calidad en el ámbito de la atención primaria de salud
- Proceso incluido en un programa de mejoría continua de la calidad

## VIII. Abordaje para la evaluación de la calidad de la Estrategia Salud de la Familia

La Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la Estrategia de Salud de la Familia adopta como referencia conceptual en el campo de la evaluación, el modelo propuesto por Donabedian basado en la teoría de los sistemas, en la que se considera los elementos **de estructura, de proceso y de resultado** <sup>(21)</sup>, teniendo como foco de análisis los servicios de salud y las prácticas asistenciales.

**Figura 1:** Elementos de evaluación de los equipos de Salud de la Familia



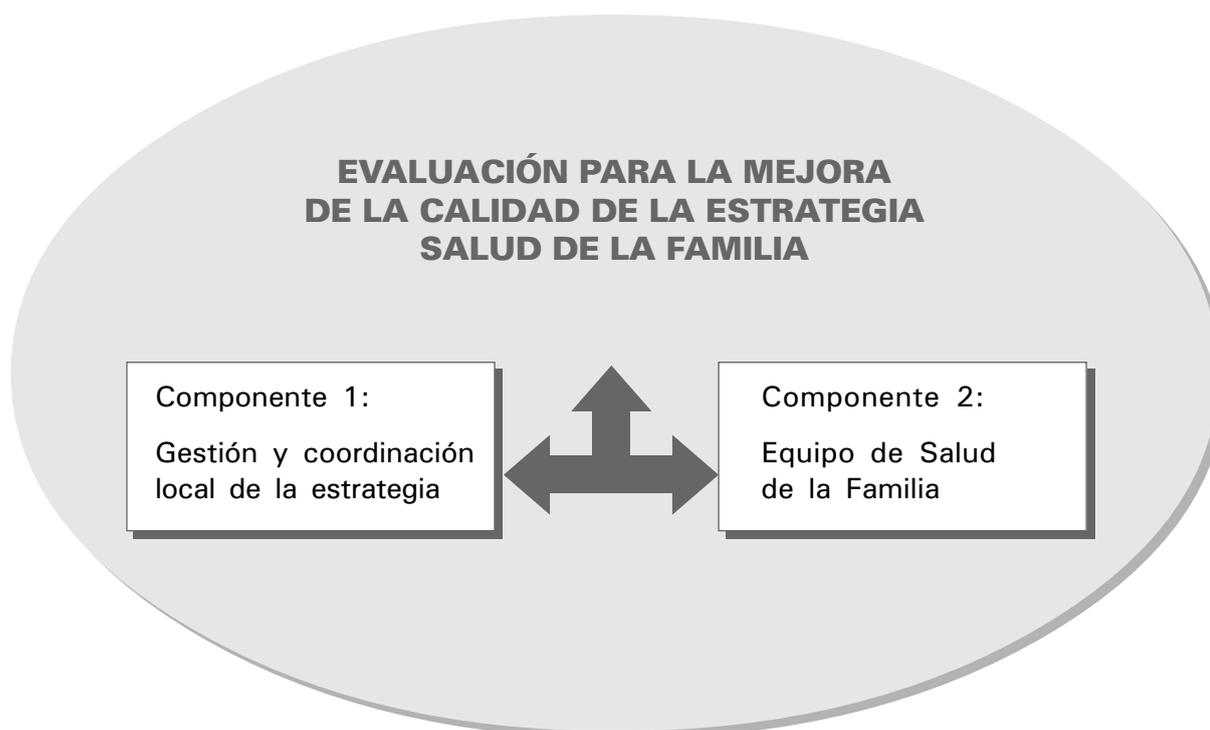
Partiendo de este marco de referencia, se definieron las líneas generales de la propuesta:

1. Los instrumentos de auto-evaluación priorizan y enfatizan los elementos de **proceso**, especialmente los procesos de trabajo, considerando que estos ofrecen posibilidades más amplias y accesibles de intervención cuando los problemas son identificados. Aunque con un menor énfasis, los aspectos de estructura y resultado también son tomados como parámetros para la evaluación de la calidad, a partir de una visión dinámica de niveles interrelacionados de calidad (25).

2. Fueron escogidos dos componentes nucleares o unidades de análisis para la evaluación: Gestión y Equipos. Posteriormente, fueron listadas las actividades desarrolladas en cada uno de ellos, determinando las sub-dimensiones temáticas de los instrumentos. Para cada sub-dimensión fueron propuestos y validados estándares de calidad. Aunque los dos componentes estén organizados de manera equivalente como elementos paralelos, no se debe dejar de resaltar que el componente de *gestión* determina las condiciones y oportunidades para que el componente de *equipo* acontezca, basándose en la comprensión de que la adhesión, coordinación y construcción de las condiciones favorables para la implantación e implementación de la estrategia, dependen fundamentalmente de la voluntad política de los gestores municipales. Debe resaltarse además, que los elementos de estructura, aunque puedan y deban ser evaluados en el ámbito del trabajo de los equipos, son de mayor responsabilidad de los gestores.

En diversos estándares de evaluación propuestos para ambos componentes, se resalta el desarrollo de nuevas habilidades y actitudes de gestores, coordinadores y profesionales así como las iniciativas dirigidas a conseguir cambios en los procesos de trabajo y en las prácticas de los equipos, buscando el desarrollo efectivo de acciones intersectoriales y de promoción de la salud.

**Figura 2:** Componentes o Unidades de Análisis para Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia



Los aspectos de la **gestión municipal de la Estrategia Salud de la Familia** que serán evaluados, incluyen la prioridad dada por el gestor de salud a la estrategia, contemplando su carácter substitutivo, su capacidad de conducir acciones intersectoriales, la organización, la planificación, la gestión del trabajo, el funcionamiento y la gerencia de las acciones y servicios, monitoreo y evaluación, así como la participación social en su elaboración, ejecución y control. Esos elementos deben expresar los principios de la estrategia tomados como referencia para su implantación y desarrollo en el municipio.

Los aspectos referidos a la estructura para el funcionamiento de los servicios y las prácticas de los equipos de Salud de la Familia, incluyen:

- o Infraestructura: profesionales y personal de salud de las USF, ambiente físico (unidades, disponibilidad de consultorio, local propio para la atención, reuniones de trabajo, actividades educativas) y equipamientos. Aunque la provisión de la infraestructura sea verificada en las USF, se entiende esta como una responsabilidad del coordinador local.
- o Normatización: existencia y utilización de manuales de procedimientos, guías de conducta y sistemas informatizados, entre otros.

Para la evaluación de los Equipos de Salud de la Familia serán enfocados aspectos de proceso y de resultado relacionados a los campos de acción, objetivos y directrices establecidos.

<b>Atención integral</b>	● Promoción de la Salud
	● Prevención de daños y enfermedades
	● Diagnóstico precoz y Tratamiento
	● Rehabilitación
<b>Objetivos y directrices de la estrategia de SF</b>	● Diagnóstico
	● Planificación de las acciones
	● Utilización de normas y protocolos
	● Evaluación de cobertura, desempeño y resultados
	● Promoción de acciones intersectoriales
	● Atención centrada en la familia y en la comunidad

Los **procesos** se refieren a las acciones previstas para la estrategia y el funcionamiento de las unidades, así como a las intervenciones y a la interacción entre usuarios y profesionales. Los procesos, en lo que se refiere a la prestación de servicios de salud, serán evaluados según los aspectos organizativo, técnico-científico y relación interpersonal (22).

### **Aspectos organizativos:**

Consideran la acción del equipo en la organización del servicio y de las prácticas, tanto internamente como en su relación con otros actores sociales, instituciones y organizaciones locales, siendo considerados:

- planificación y programación: marcación de consultas, atención a la demanda espontánea, acceso, adscripción de clientela, horarios y disponibilidad de los servicios, acciones programáticas previstas, coordinación con otros niveles del sistema, mecanismos de monitoreo y evaluación, auditoría, calidad de los sistemas de información.
- Alcance de las acciones: movilización de los recursos y esfuerzos de los diversos actores y sectores sociales para la construcción de condiciones adecuadas para un buen nivel de salud.
- Participación comunitaria: aspectos como planificación, implantación, monitoreo y evaluación de las acciones de salud, son los ejes fundamentales de la acción conjunta entre la comunidad y los servicios de salud.

### **Aspectos técnico-científicos:**

- Competencia técnico-científica: incluye las actividades destinadas a fortalecer conocimientos, habilidades y prácticas de salud. Las actividades de educación continuada deben orientarse para los fines y propósitos de la Estrategia y estar en sintonía con sus principios operacionales. La calidad, en este aspecto, se refiere a las prácticas integrales de salud, incluyendo la promoción de la salud, prevención de riesgos y enfermedades, diagnóstico precoz, tratamiento inicial, encaminamientos y rehabilitación temporal.
- Protocolización de la atención: desarrollo y uso de manuales y conductas de atención, prevención y promoción en salud en consonancia con los avances en la ciencia y tecnología en salud y con los principios del SUS. Son desarrollados con el fin de garantizar la atención de salud integral de los usuarios según sus necesidades, minimizar los riesgos, principalmente de los procedimientos de naturaleza clínica (prescripción de medicamentos, realización de procedimientos) y de prevención.

### **Relación Interpersonal:**

- **Acogida:** se relaciona directamente con la comodidad y el trato humanizado que el servicio ofrece al usuario, más allá de la dimensión operacional, de escuchar las quejas y necesidades de salud, buscando una atención resolutive por medio de la articulación de los servicios de la red (23). Este aspecto es fundamental en la medida en que influye en el nivel de confianza entre el proveedor y el usuario, la adherencia a las indicaciones, la continuidad en la atención, el respeto individual, la satisfacción de los usuarios.
- **Comunicación Interpersonal:** los resultados en salud dependen en gran parte del nivel de información y de la comunicación que pueda existir durante la realización de las prácticas. Aspectos de relevancia se refieren a las informaciones sobre el proceso salud-enfermedad, riesgos a la salud, tratamiento, pronóstico, prevención, efectos colaterales de los medicamentos, minimización de riesgos y cuidados de salud.

Los resultados consideran los efectos de los procesos en la concreción de las acciones y prácticas desempeñadas por los equipos según los principios y metas preestablecidas. Se distinguen dos tipos de resultados: directos y de salud de la población.

- Los resultados directos se relacionan con los efectos de las acciones y prácticas desarrolladas en la USF en términos de acceso (ampliación de la cobertura, si la población recibió la atención que precisaba y si la recibió cuando la necesitó), adecuación (oferta de servicios suficientes en cantidad y calidad, de acuerdo con los conocimientos y las tecnologías disponibles y la capacidad de anticipar problemas y riesgos) y efectividad (capacidad de los esfuerzos de las acciones y prácticas en salud de satisfacer las necesidades y demandas en salud de la población, o sea, impacto positivo sobre los indicadores epidemiológicos en términos de internamientos por enfermedades evitables, morbilidad y mortalidad).
- Los resultados en salud dependen en una gran proporción de factores no relacionados con la prestación del cuidado en el primer nivel de atención del sistema de salud, pero también de los demás niveles de atención del sistema y especialmente del compromiso y participación de otros sectores y actores del área social.

El cuadro 1 muestra la estructura general de las Unidades de Análisis (Componentes) definidas para la Evaluación de la Mejoría de la Calidad y las respectivas subdimensiones o áreas temáticas.

**Cuadro 1:** Componentes o Unidades de Análisis, Dimensiones y Subdimensiones propuestos para la Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia.

<b>Componentes o Unidades de Análisis</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Subdimensiones</b>
Gestión	Desarrollo de la Estrategia SF	Implantación/ Implementación de la SF en el municipio Integración de la Red de Servicios Gestión del Trabajo Fortalecimiento de la Coordinación
	Coordinación Técnica de los Equipos	Planificación e Integración Acompañamiento de los Equipos Gestión de la Educación Permanente Gestión de la Evaluación Normatización
	Unidad SF	Infraestructura e equipamientos de la USF Insumos, Inmuno-biológicos y Medicamentos
Equipo	Consolidación del Modelo de Atención	Organización del Trabajo en Salud de la Familia Acogida, Humanización y Responsabilización Promoción de la Salud Participación Comunitaria y Control Social Vigilancia a la Salud I: Acciones Generales de la ESF
	Atención a la Salud	Salud de Niños Salud de Adolescentes Salud de Mujeres y Hombres Adultos Salud de Ancianos Vigilancia en Salud II: Enfermedades Transmisibles Vigilancia en Salud III: Daños con prevalencia regionalizada Estándares Locales-regionales

# IX Estándares de Calidad: definición y metodología de construcción

## **Definición y Características de los Estándares:**

Un estandar se define como un nivel de referencia de calidad que debe ser alcanzado por la organización con la finalidad de demostrar un determinado grado de calidad y excelencia. El estandar es la declaración de la calidad esperada (24). Su sentido es afirmativo o positivo y ellos expresan expectativas y deseos a ser alcanzados. En la formulación de los estándares de salud se debe considerar que sean apropiados al momento, aceptables para los usuarios y aplicables.

Los estándares de calidad son utilizados frecuentemente en ambos mecanismos de evaluación de la calidad, internos o externos. Delante del interés creciente en programas de mejoría de la calidad, principalmente por la acreditación hospitalaria, la Sociedad Internacional para Calidad en la Atención a la Salud (ISQua) definió principios para la construcción de estándares basados en conceptos clave, independiente de cual sea su contenido y su área de aplicación (25). Para que los estándares tengan legitimidad, consigan la adhesión de los profesionales y tengan aplicabilidad para un uso rutinario dentro del sistema/servicio de salud, tienen que reunir un conjunto de características básicas:

- 1. Alcance:** se refiere a una visión integral del sistema, tomándose como referencia el enfoque clásico de estructura, proceso y resultado. En el presente material el concepto fue ampliado para la capacidad de utilización en todo el territorio nacional o por determinados grupos, considerando aun los diferentes niveles de atención del sistema de salud y las acciones de promoción y prevención (26, 27).
- 2. Sensibilidad para evidenciar cambios:** los estándares tienen que tener la capacidad de evidenciar efectivamente el proceso de perfeccionamiento y evolución de la calidad, los avances e inclusive los retrocesos en los niveles de calidad alcanzados en lo que se refiere a los aspectos de gestión, organización y prestación de servicios.
- 3. Facilidad en la aplicación:** deben ser comprensibles, de fácil aplicación y cálculo durante los momentos de evaluación.

## **Cuadro 2:** PRINCIPIOS PARA LA ELABORACIÓN DE ESTÁNDARES

- 1.** Identificación y definición conceptual. El contenido de los estándares debe ser amplio y claramente estructurado, reflejando el tipo al que pertenecen, su alcance y las actividades o grupos a que se destinan.
- 2.** Identificación y definición del tipo de estandar. Los estándares se clasifican en tres tipos – de estructura, de proceso y de resultado. Como ningún tipo es superior a otro, todos ellos pueden ser adecuados en cualquier momento del desarrollo del programa de calidad en el país.
  - Estándares de estructura: sirven para analizar la capacidad estructural de una organización para promover cuidados en salud, sea en su aspecto físico (material, equipamientos, edificaciones, personal) sea en su aspecto organizativo (normas, rutinas, protocolos, planificación).
  - Estándares de proceso: describen cómo se realiza una actividad (acciones, prácticas, procedimientos en salud).
  - Estándares de resultado: miden el grado o nivel de calidad alcanzada y sus efectos de acuerdo con los requerimientos previamente establecidos.
- 3.** Definición precisa del alcance del estandar. Los estándares deben estar orientados de manera tal, que faciliten la mejoría de la calidad de los procesos de trabajo en la organización de salud, sea un establecimiento, una red de servicios o todo un sistema de salud. Se debe definir si ellos cubren la totalidad de las acciones de la organización o apenas una parte y también si se refieren a las actividades o a grupos de pacientes.
- 4.** Definición clara del proceso de elaboración de los estándares. En la elaboración de los estándares puede emplearse un proceso de seis partes:
  - a) participación de los usuarios de los estándares en su elaboración;
  - b) consulta a los sectores clave, a los que se destinan, asegurando que estos tengan oportunidad de contribuir en su elaboración;
  - c) desarrollo de acuerdo con las leyes y reglamentos nacionales y/o regionales vigentes;
  - d) investigación apropiada que asegure que los estándares se basen en información legítima, práctica y actualizada;
  - e) garantía de que los estándares hayan sido validados por un estudio piloto antes de su implantación definitiva;
  - f) definición del proceso para evaluación y revisión periódica de los estándares;
- 5.** Los estándares permiten la evaluación de desempeño. La medida del desempeño con el uso de los estándares, puede realizarse tanto con la creación de escalas numéricas sofisticadas y fórmulas matemáticas, como con descripciones verbales simples. Y puede conocerse a través de evaluadores externos a la organización o por auto-evaluación.
- 6.** Revisión continua de los estándares. Los estándares tienen un periodo de vigencia dependiendo del nivel de calidad deseado y alcanzado por la organización. Esa característica de temporalidad es fundamental en la perspectiva de impulsar la continuidad de las acciones en pro de la calidad.

### **Ejes de referencia para la formulación de los estándares:**

Los ejes de referencia fueron definidos a partir de aspectos considerados fundamentales y orientadores para la formulación de los estándares de calidad: principios, directrices, normas y consensos. Las distintas responsabilidades, campos de acción y actores envueltos en cada uno de los componentes de la Estrategia Salud de la Familia, requieren que los ejes de referencia sean igualmente diversos.

**Ejes de referencia para el componente de gestión:** Los gestores municipales de salud tienen un conjunto de responsabilidades y atribuciones tales como: planificación, organización, gerencia de las acciones y monitoreo y evaluación. Dentro del propósito de reorganización del sistema local de salud, teniendo como eje estructurante la Estrategia Salud de la Familia, el gestor y el coordinador municipal deben construir y/o fomentar la capacidad política y organizacional para la conducción eficiente y efectiva del sistema de salud, de manera tal que responda a las expectativas de la población. En lo que se refiere a la Estrategia Salud de la Familia, esas responsabilidades deben ser realizadas según sus principios orientadores.

**Ejes de referencia para el componente ESF:** Siendo la estrategia dirigida a la promoción de la salud y la prevención de riesgos, enfermedades y daños, garantizando el acceso, la calidad de atención y su resolución, es necesario definir ejes de referencia que reflejen ese propósito. Estos deben también estar en sintonía con las normas vigentes en el ámbito nacional, para impulsar el cumplimiento del programa, que describe las responsabilidades de los profesionales y del equipo de Salud de la Familia.

### **Elaboración y validación de los estándares de calidad.**

Los estándares de calidad definidos aquí, fueron elaborados y validados a partir de la contribución de actores clave en un amplio proceso participativo y compartido, de acuerdo al cumplimiento de las siguientes etapas:

- **Elaboración de una propuesta preliminar de los estándares:** a partir del diseño metodológico de la propuesta, técnicos y consultores de la Coordinación de Acompañamiento y Evaluación / DAB / SAS / MS, definieron una relación preliminar de estándares de calidad.
- **Validación de los estándares con expertos:** fue realizada después la validación de los estándares, con la presentación y discusión de estos estándares iniciales con un grupo de trabajo ampliado, compuesto por técnicos del Ministerio de Salud (representando las áreas contempladas en la propuesta), consultores externos del MS y representantes de los estados y municipios, así como por potenciales usuarios. Esta etapa permitió un primer ajuste de los estándares propuestos en relación a sus objetivos (los estándares son adecuados para evaluar lo que se pretende – validez), su objeto (los aspectos a ser evaluados son los más indicados), su alcance (usuarios y beneficiarios) y los propósitos de la evaluación (adecuada para el establecimiento del nivel de desarrollo y mejoría de la calidad de la Estrategia Salud de la Familia).
- **Elaboración de los instrumentos para evaluación de la calidad:** después de la realización de varios talleres para llegar a consensos en la selección de los estándares (priorizando las siguientes características: facilidad de aplicación, sensibilidad, replicabilidad, y objetividad), fueron elaborados instrumentos para la evaluación de la calidad de la gestión de la estrategia y de las acciones de los equipos de Salud de la Familia.

### **Validación de los instrumentos de medida:**

Los instrumentos y sus estándares fueron sometidos a análisis para evaluar su validez (si mide lo que se pretende), confiabilidad (si es replicable) y factibilidad (si se dispone de fuentes de datos para su obtención rápida), con la siguiente metodología:

- **Pre-validación con usuarios potenciales:** fue conducida una discusión detallada de los estándares inicialmente elaborados en pre-test, realizada en dos municipios, incluyendo gestores, coordinadores y profesionales de cuatro equipos de SF. La meta principal fue evidenciar el nivel de aplicabilidad y pertinencia de los estándares seleccionados y de los instrumentos diseñados en municipios de diferentes regiones, en diversas condiciones de desarrollo económico, tamaño de la población, condición de gestión y cobertura poblacional de la estrategia.
- **Validación:** después del análisis de la etapa inicial descrita arriba, fueron reelaborados los estándares e instrumentos para un test piloto cuanti-cualitativo realizado en 24 municipios brasileños, con la participación de más de 500 equipos distribuidos por las 5 regiones del país. Los debates y las opiniones de estos colaboradores acerca de las auto-evaluaciones, fueron decisivos para el resultado obtenido en la elaboración del material definitivo.
- **Ajuste final:** después del test piloto, técnicos y consultores del MS directamente responsables de la propuesta y representantes de las diversas áreas técnicas involucradas, realizaron la readecuación de los instrumentos y los estándares.

## X. Niveles de Calidad en la propuesta de Evaluación de la Mejoría de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia

Aunque en la literatura existan muchas consideraciones sobre la no-linealidad entre los elementos de estructura, proceso y resultado, para la presente propuesta el incremento de la calidad es abordado de manera procesal, comenzando con las condiciones de estructura e infraestructura, pasando por los procesos de organización de los servicios y prácticas y avanzando hasta aquellas acciones más complejas, tanto en los procesos de trabajo como en el impacto sobre las condiciones de salud de la población atendida. Esta opción refleja la dirección educativa y pedagógica que se busca con la propuesta. En los instrumentos de auto-evaluación, el concepto de niveles de calidad está asociado a cada uno de los estándares, considerados de la siguiente forma:

### **Estándares del Nivel E**

Calidad Elemental (abordan elementos fundamentales de estructura y las acciones más básicas de la Estrategia SF);

### **Estándares del Nivel D**

Calidad en Desarrollo (abordan elementos organizativos iniciales y el perfeccionamiento de algunos procesos de trabajo);

### **Estándares del Nivel C**

Calidad Consolidada (abordan procesos organizativos consolidados y evaluaciones iniciales de cobertura y resultados de las acciones);

### **Estándares del Nivel B**

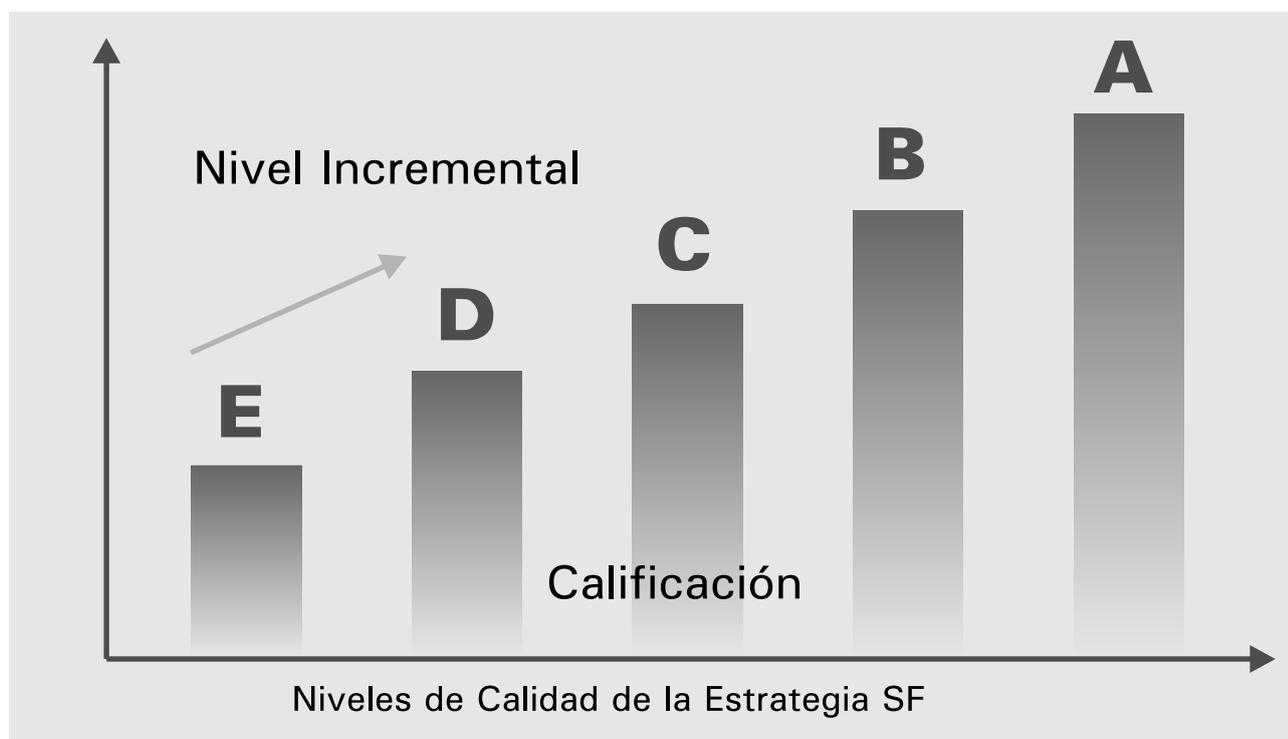
Calidad Buena (abordan acciones de mayor complejidad en el cuidado y resultados más duraderos y sostenidos);

### **Estándares del Nivel A**

Calidad Avanzada (se colocan como el horizonte a ser alcanzado, con excelencia en la estructura, en los procesos y principalmente, en los resultados).

Se espera que los niveles no representen situaciones estancadas o estacionarias de calidad, sino que reflejen momentos de un proceso del grupo involucrado en la estrategia y los esfuerzos para lograr alcanzar un conjunto de estándares. En este sentido, el resultado del análisis no se configura como una clasificación por niveles de un municipio en relación a otro y sí en la posibilidad de evaluar la calidad de la estrategia en todos sus aspectos (gestión y equipo) y/o en aspectos predefinidos (salud del niño, salud de la mujer, por ejemplo). Los estándares serán revisados continua y oportunamente, con el fin de que estén actualizados y sean compatibles con la mejoría esperada de la calidad.

La evaluación de la calidad interactúa con el proceso natural de la evolución de la calidad en los servicios, permitiendo evidenciar objetivamente los avances y lucros en el proceso como un todo. Sucede así un proceso de gradientes de calidad, donde cada uno corresponde a "momentos" del proceso de maduración de la calidad (Gráfico 3).



Se optó en la presente propuesta, por la elaboración y presentación de estándares exclusivamente del tipo categórico, o sea, tipo “sí” y “no”, dispuestos en niveles incrementales y ascendentes. Esta fué una decisión metodológica que obedeció a la necesidad de establecer principios y criterios bien definidos de calidad ante la gran extensión territorial y la gran diversidad de iniciativas en la Estrategia SF en los municipios brasileños. Los diversos matices y los grados progresivos de calidad de las cuestiones abordadas por cada estandar así como la ponderación de la importancia relativa a cada estandar, están representados por la clasificación incremental de los estándares posibilitada por los niveles de desarrollo de la calidad, de elemental a avanzada.

La disposición de los estándares en los instrumentos fue concebida según una evolución temporal e incremental, buscando captar, como instrumento evaluativo, situaciones relacionadas al proceso de implantación de la Estrategia Salud de la Familia, (niveles E, D, C), evolucionando para situaciones relacionadas a la garantía de calidad de las acciones desarrolladas propiamente dichas, (niveles B y A).

La transitoriedad de los estándares enfatiza el concepto de “ciclo de vida de los estándares”, o sea, los estándares son útiles durante el periodo en que el perfeccionamiento de la calidad permite conseguirlos y sostenerlos. Superado aquel momento, los estándares pueden perder relevancia y deberán ser substituidos por otros que reflejen nuevos niveles de calidad.

### **Mediciones y Clasificación**

Existen varias posibilidades para la creación de escalas de puntuación en calidad <sup>(28)</sup>, de diferentes niveles de complejidad, algunas de las cuales utilizan análisis notoriamente descriptivos y simples, basados en el cumplimiento o no de los estándares de calidad. Otros modelos se basan en complejas pruebas estadísticas de índole analítica (modelos multivariados), <sup>(29)</sup> que realizan una selección de los estándares más relevantes (a través por ejemplo, de la técnica del análisis de componentes principales) u otros modelos que otorgan ponderación (puntuaciones) tomando como referencia procedimientos estadísticos como el análisis factorial <sup>(30)</sup>.

Existen además, métodos basados en escalas numéricas, utilizados, por ejemplo, para la evaluación de intervenciones en salud <sup>(31)</sup>, donde la aplicación de medidas y el establecimiento de puntajes para la definición de niveles de calidad, son realizados a partir de técnicas de consenso con personas expertas en el tema.

Para esta propuesta, considerando la gran diversidad y la heterogeneidad del sistema de salud brasileño así como el carácter pionero de la experiencia, se desarrollaron escalas de calificación simples, de consenso, de fácil aplicabilidad, aceptabilidad y entendimiento en el nivel local, con el fin de garantizar la adhesión, interiorización y continuidad del modelo por parte de los diversos actores involucrados. La atribución para cada estándar de su nivel de calidad correspondiente, consistió en la opción metodológica escogida por el equipo técnico. Así, cada estándar representa un elemento de estructura, proceso o resultado dentro de una determinada dimensión, permitiendo un diagnóstico amplio y procesal de la situación de la estrategia en el municipio, en sus diferentes aspectos: gestión, coordinación y equipos.

Los niveles inicialmente alcanzados por los municipios deben evolucionar continuamente, como resultado de las acciones de mejoría de la gestión, organización y prestación de servicios. Para eso, los gestores deben instituir una estrategia de seguimiento continuo y comunicación horizontal con los gerentes y profesionales, para fortalecer los procesos exitosos y superar las debilidades operacionales identificadas, garantizando condiciones de trabajo adecuadas <sup>(32)</sup>. Los coordinadores y los equipos también deben identificar los problemas que deben ser priorizados, sus principales causas y las soluciones alternativas que pueden ser aplicadas de forma adecuada y efectiva para resolverlos.

Considerando la constante evolución del funcionamiento de la Estrategia Salud de la Familia en el país, así como la transitoriedad de los estándares, el intervalo entre las auto-evaluaciones deberá ser de seis meses a un año, permitiendo que se evidencien los cambios promovidos por las iniciativas locales para mejoría de la calidad.

## XI. Aspectos previstos para la implantación de la propuesta de Evaluación para Mejoría de la Calidad

La Evaluación para Mejoría de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia, pretende evidenciar procesos de trabajo susceptibles de ser modificados como un medio para inducir cambios organizativos que se traduzcan en un mejor nivel de calidad.

Reconociendo los diferentes contextos de implantación de la propuesta, las especificidades en cada realidad y la importancia de incluir en su ejecución los varios grupos involucrados, están previstos los siguientes aspectos:

- Conocimiento de la propuesta por parte de los municipios.
- Los gestores interesados en instituir un proceso de mejoría de la calidad realizarán su adhesión mediante un empadronamiento en Internet, en la página de la Coordinación de Acompañamiento y Evaluación (<http://www.saude.gov.br/caadab>), en la que está incluido el proyecto y buscarán sensibilizar y motivar a los equipos para que participen.
- Serán desarrolladas las auto-evaluaciones a partir de la aplicación de todos los instrumentos previstos. Para tal fin, fue elaborado un sistema informatizado accesible vía Internet, para realizar un registro de los resultados de las auto-evaluaciones. El banco de datos permitirá la construcción de un histórico evaluativo y la emisión de reportes y consolidados para evaluación y análisis.
- Basados en el resultado de la evaluación aplicada, los municipios podrán identificar situaciones problemáticas que puedan ser revisadas/modificadas utilizando métodos apropiados de trabajo y realizando las intervenciones posibles dentro de las condiciones locales.
- Como proceso de trabajo para intervenir sobre las situaciones identificadas, el paso siguiente será la elaboración de los planes de acción para la mejoría de la gestión, de la estructura y de los procesos seleccionados. Para ello se cuenta con herramientas que auxilian en la elaboración e implementación de los planes, las cuales, en el caso de programas de mejoría de calidad, siguen los siguientes pasos:

Planificación	Análisis de los procesos; definición de que cambios podrán mejorarlos y elaboración de un plan de acción contemplando el objetivo de ese cambio (que estará siempre relacionado a los propósitos de la Estrategia SF y focalizado en los usuarios), las actividades a ser realizadas (o los procesos a ser perfeccionados), los responsables y el plazo para su ejecución.
Ejecución	Desarrollo del plan en pequeña escala, como un piloto.
Evaluación	Verificación si los cambios previstos por el plan están ocurriendo.
Implantación	En caso positivo, se implanta en gran escala; en caso negativo, se revisa el plan y se reinicia el ciclo.

Algunos aspectos identificados como problemáticos, pueden ser complejos y de difícil solución en las condiciones locales y actuales. Varios otros sin embargo, podrán ser abordados según las condiciones y posibilidades locales. Se sugiere iniciar los planes de acción por estos, pues permitirán al grupo vislumbrar los resultados de sus esfuerzos, aprender sobre el uso de esa herramienta y motivarse para invertir esfuerzos en procesos más complejos.

- Inicialmente las evaluaciones deberán ser realizadas cada semestre. En cada ocasión se procederá del mismo modo que en la primera evaluación, pudiendo darse la permanencia o el cambio de los niveles de calidad (en respuesta a los estándares) en relación a la clasificación anterior.
- Esta previsto el desarrollo de redes de apoyo y asesoría a través de núcleos universitarios focalizados en el área de la calidad. Estos serán estimulados a prestar apoyo y asesoría a los municipios que estén comprometidos en el proceso de mejoría de la calidad de la Estrategia de Salud de la Familia. Los núcleos podrán de esta forma, desarrollar nuevos conocimientos y metodologías en esta área, todavía muy incipiente en el país.
- Está en estudio la posibilidad de validación externa por medio de evaluaciones posteriores realizadas por equipos designados especialmente para tal fin, los cuales permitirán confirmar los avances en calidad obtenidos en los procesos de trabajo evaluados. Estas evaluaciones deberán ser realizadas siempre mediante un acuerdo entre las partes involucradas en la implantación de la propuesta.

## XII. Atribuciones de las Esferas Gestoras

La implantación y el buen desarrollo de la propuesta, requieren la definición de las atribuciones y metas de implantación para las diferentes esferas de gobierno y actores involucrados así como el compromiso para su cumplimiento. La participación y co-responsabilidad de las gestiones en el ámbito federal, estatal y municipal, son imprescindibles para la realización de la iniciativa.

La prioridad de la propuesta es contribuir con el proceso de institucionalización del monitoreo y evaluación de la atención primaria en las tres esferas de gobierno. Por lo tanto, se debe valorizar el proceso de implantación como una oportunidad única de alcanzar tal objetivo.

Se definen las siguientes atribuciones y metas de implantación para las diferentes esferas gestoras:

1. Esfera Federal: Cabrá al Ministerio de Salud, por medio de la Coordinación de Acompañamiento y Evaluación del Departamento de Atención Primaria, realizar las actividades de planificación, acompañamiento, evaluación, promoción y negociación de la propuesta junto a las organizaciones involucradas.

### **Atribuciones:**

- Elaboración de la Propuesta de Evaluación para Mejoría de la Calidad, incluyendo sus estándares e instrumentos para evaluación de forma participativa y pactada.
- Proposición de las etapas y plazos de implantación.
- Presentación y negociación de la propuesta con las organizaciones públicas y sociales, tales como: CONASS (Consejo Nacional de Secretarios de Salud), CONASEMS (Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud), OPAS (Organización Panamericana de la Salud), estados, municipios y demás organizaciones envueltas en eventos estatales.
- Colaboración financiera a los estados para la implantación de la propuesta: a través de los Planes Estatales de Fortalecimiento de las Acciones de Monitoreo y Evaluación.
- Prestación de apoyo técnico a los Niveles para divulgación e implantación de la propuesta junto a los municipios.
- Acompañamiento y evaluación del proceso de implantación y desarrollo de la propuesta en el ámbito nacional.

2. Esfera estatal: Se propone a los Estados que apoyen el proceso de planificación, la divulgación y la programación de la implantación de la propuesta conjuntamente con los municipios.

**Atribuciones:**

- Integración de la Propuesta a los Planes Estatales de Monitoreo y Evaluación de la Atención Primaria.
  - Divulgación de la propuesta en los municipios por medio de seminarios, talleres de trabajo regionales y municipales.
  - Planificación y programación de las etapas de implantación de la propuesta en el Estado.
  - Acompañamiento y apoyo técnico a los municipios en el proceso de implantación y desarrollo de la propuesta.
  - Acompañamiento y evaluación del proceso de implantación y desarrollo de la propuesta en la esfera estatal.
3. Esfera Municipal: Las secretarías municipales de salud son el foco del desarrollo de la propuesta, así como de la realización de las acciones de mejoría de la calidad.

**Atribuciones:**

- Organización y coordinación conjunta con el gestor estatal para la implantación de la propuesta en el municipio.
- Programación de la implantación y desarrollo de la propuesta.
- Divulgación de la propuesta para los actores y sectores sociales involucrados: gerentes y profesionales de la Secretaría Municipal de Salud, profesionales del (de los) equipo(s) de Salud de la Familia, consejos de Salud (Consejo Municipal, Distrital, Local).
- Involucrar a los actores sociales responsables por la implantación y realización de las acciones de mejoría de la calidad.
- Viabilizar las condiciones necesarias para la ejecución de las acciones programadas para la auto-evaluación de la calidad y para el desarrollo de las acciones de mejoría de la calidad.
- Acompañamiento y evaluación del proceso de implantación y desarrollo en el ámbito municipal.

## XIII. Experiencias internacionales de evaluación de la calidad de la atención primaria en salud.

El campo de la evaluación de la calidad de los cuidados primarios en salud hasta el presente momento, todavía puede ser considerado incipiente en el país. Es interesante resaltar que los estudios sobre calidad en salud en el continente europeo, se originaron justamente en el área de la Atención Primaria en Salud, destacándose el Reino Unido <sup>34</sup>, que desarrolló iniciativas pioneras en el área. Estas siempre fueron acciones conjuntas entre la corporación médica, el gobierno y la universidad para buscar la mejoría de la calidad.

Las acciones en el área de Calidad de los Cuidados Primarios en Salud han sido extendidas principalmente entre los países europeos y Australia. Desde la formación del Grupo de Leeuwenhorst durante la II Conferencia in the Teaching of General Practice, en Noordwijkerhout, Holanda, en el año de 1974, la cuestión de la estructuración de los cuidados primarios ha sido objeto de atención de corporaciones profesionales, instituciones de enseñanza y asistencia en salud. El referido grupo, compuesto por 15 miembros de 11 países de Europa, produjo tres documentos importantes o Declaraciones.

La Primera Declaración, publicada en 1975 y revisada en 1981, definió el trabajo del médico y describió los objetivos del entrenamiento y de la formación del especialista. En 1977, una Segunda Declaración contenía contribuciones para la práctica general en la formación de graduados. La Tercera Declaración abordaba el tema de la educación continuada. El proceso de la unificación europea, reforzó la necesidad de uniformizar la formación de graduados y post-graduados. Las discusiones sobre el tema de la calidad de los cuidados primarios, ganaron mayor relevancia a partir de los debates desarrollados en la Sección Europea de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians- (WONCA) y culminó con la creación del Equip34, (European Working Party on Quality in Family Practice), aprobada en el Consejo Europeo de la WONCA en 1990 en Barcelona. Inició sus actividades en 1991 en Utrech, Holanda y cuenta actualmente con delegados de 23 países europeos, nombrados por sus Asociaciones Nacionales.

Una sub-sección de la WONCA–Europa, busca promover la colaboración entre organizaciones, asociaciones y sociedades de médicos de familia en Europa dedicados al desarrollo de la calidad. Más allá del grupo Europeo, existe también un Grupo Mundial dentro de la WONCA para la calidad, compuesto por Australia, México, Sudáfrica, Noruega, Finlandia, EUA y Filipinas.

Según el EQuiP el trabajo para el desarrollo de la calidad debe:

- ser un proceso interno y continuo del trabajo diario y parte integrante del perfeccionamiento y aprendizaje profesional;
- abarcar todos los aspectos de los cuidados de salud incluyendo estructura, proceso y resultados;
- integrar la rutina y la práctica clínica diaria y por lo tanto ser de aplicación fácil;
- centrarse en el usuario incluyendo la evaluación de accesibilidad y de la satisfacción;
- potenciar el uso adecuado de los cuidados de salud y validar estrategias incluidas en la atención primaria a la salud, tales como la continuidad y la integralidad;
- volver las decisiones explícitas y claras;
- ser utilizada como una actividad profesional y educacional y no con fines punitivos o de control.

Entre las contribuciones del EQuiP, está la difusión e intercambio de experiencias en el área de evaluación de la calidad. En este sentido, pueden ser citadas diversas iniciativas de instrumentos y evaluación de calidad desarrolladas en los últimos diez años en varios países, tales como: Moniquor (Portugal); Primary Care Group Standards (Reino Unido); EPA (Alemania); Suiza; VIC (Holanda); EUROPEP (EU); Standards for General Practice (Australia). Muchas otras iniciativas han sido implementadas en el desarrollo de protocolos, manuales, análisis de evidencia clínica y organizacional <sup>35,36</sup>.

Como ejemplo ilustrativo pueden ser citados dos instrumentos que proponen estándares para la mejoría continua de los cuidados primarios de salud.

El primero, denominado Standards for General Practice <sup>37</sup>, producido por The Royal Australian College of General Practitioners, tiene como objetivos: buscar mayores niveles de calidad de la práctica realizables de manera gradual; proveer un instrumento público y reconocido de medida de la calidad de la práctica general; ser voluntario; estar disponible y proporcionar beneficios tangibles a los profesionales; estar establecido para un periodo determinado de tiempo; ser un proceso educativo y de desarrollo no punitivo; ser una base equitativa para todo el país; servir como evaluación entre pares; ser de control de los propios profesionales; no

tener fines lucrativos; ser de amplio conocimiento de los gobiernos y de la comunidad. Ya han sido desarrolladas dos versiones, en 1991 y en 1996, esta última compuesta por 212 estándares del tipo categórico para auto-evaluación.

El MoniQuOr. CS<sup>38</sup> (Monitorización de la Calidad Organizacional de los Centros de Salud), desarrollado por el Instituto de la Calidad en Salud de la Dirección Nacional de Salud de Portugal, es el segundo instrumento a ser citado. Se encuadra en una estrategia global de mejoría de la organización y de la prestación de servicios a los adolescentes y está enfocado en la organización de los servicios y en la revisión continua y sistemática de los procesos que llevan a la prestación de cuidados efectivos y eficientes. Entre sus objetivos están: la evaluación y monitorización del nivel de desempeño por áreas; la responsabilización de las jefaturas; la validación de documentación y procedimientos; las revisiones sistemáticas y multidisciplinarias; la elaboración de programas de mejoría continua; la mejoría de la comunicación interna; la organización de servicios centrados en los usuarios; la elaboración de un plan de acción; el reconocimiento externo y la planificación estratégica de la calidad. Producido en 1997, se encuentra en revisión para la edición de una nueva versión.

Este instrumento propone como metodología la auto-evaluación, evaluación entre pares y evaluación externa. Está compuesto por 163 estándares siendo 73 del tipo categórico ("sí" o "no") y 90 con respuesta de tipo continua según la escala: no realizado / en progreso / casi realizado / totalmente realizado. Un ranking final es calculado por medio de la suma de las respuestas alcanzadas según la siguiente ponderación: no realizado (0), en progreso (0.33), casi realizado (0.67) y totalmente realizado (1). Los dos instrumentos citados arriba, priorizan la evaluación de estructura y procesos, buscan fomentar la participación de los propios profesionales en la dinámica de evaluación y desarrollo del proceso de diagnóstico, análisis de la situación y elección de prioridad.

En el Brasil se destacan algunas iniciativas aisladas de algunas Secretarías Estatales de Salud, con la finalidad de buscar criterios para la evaluación de calidad con fines de crear una política de incentivos financieros como apoyo al fortalecimiento de la Estrategia de Salud de la Familia en los municipios. Recientemente, el Ministerio de Salud en cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud, inició la elaboración de esta propuesta con el objetivo de superar esta deficiencia. Esta iniciativa comprueba la importancia de la incorporación del tema de la calidad como una de las prioridades de la gestión pública para el desarrollo de la Atención Primaria en el país, aliada a los esfuerzos continuados para la consolidación y expansión de la Estrategia de SF.

## Bibliografia

1. Magadi M, Diamond I, Madise N. Analysis of factors associated with maternal mortality in Kenyan Hospitals. *J. Biosoc. Science* 2001; 33: 375-389.
2. Starfield, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
3. Santana LM. Programa Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização, e vantagens. *Saúde e Sociedade* 2001; 10 (1): 1-25.
4. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28: 10-18.
5. McKeith, J. J. Establishing a CQI Program, 2002. Disponível em: <<http://www.emedicine.com/emerg/topic668.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1998.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF, 1994.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*. Brasília, DF, 2001.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Normas e Diretrizes do PACS e do PSF*. GM/MS nº 1886. Brasília, DF, 1997.
10. Labonte, R. *Health promotion and empowerment: practice framework*. Centre for Health Promotion, University of Toronto and ParticipAction, Toronto, 1993. (mimeo).
11. Brasil. Ministério de Saúde. *Norma Operacional de Assistência NOAS-SUS 01/2001*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 26 jan. 2001.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/proesf>>. Acesso em: 10 jan. 2004.
13. Gonçalves, H. Domingues, I. *Qualidade em Saúde*. Disponível em: <<http://economiasaude.planetaclix.pt/APES-HelenaGoncalves.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2004.

14. Arce, H. Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health. *Int J Qual Health Care* 1998; 10 (6): 469-472.
15. Donabedian A. Twenty years of research on quality of medical care, 1965-1984. *Evaluation and the Health Professions* 1985; 8: 243-265.
16. Uchimura, K.Y. Bosi, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18 (6): 1561-1569.
17. Walshe K, Wallace L, Freeman T, Latham L, Spurgeon P. The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study. *Int J Qual Health Care* 2001; 13 (5): 367-374.
18. Wasseman S, Kimball H, Duffy D. Recertification in Internal Medicine: A Program of Continous Professional Development. *Ann Intern Med* 2000; 133 (3): 1-8.
19. International Organization for Standardization. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/en/ISOOnline.frontpage>. Acesso em: 15 mar. 2003.
20. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Reunión Regional sobre Programas de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en el Marco de las Reformas Sectoriales. Programa Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Octubre, 1988.
21. Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, v. 1, 1980.
22. De Maeseneer JM, Van Driel ML, Green LA, Van Well C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003; 362: 1314-1319.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2ª Ed. Brasília, DF, 2004.
24. Accreditation manual of health care organizations. Agencia Nationale d'Accreditation and d'Evaluation en Santé (ANAES), Paris, 1999.
25. International Society for Quality in Health Care Inc. ALPHA International Principles for Standards. Disponível em: [http://www.isqua.org.au/isquaPages/Conferences/dallas/DallasAbstractsSlides/pdf\\_files/ALPHAPrinciples.pdf](http://www.isqua.org.au/isquaPages/Conferences/dallas/DallasAbstractsSlides/pdf_files/ALPHAPrinciples.pdf). Acesso em: 31 mar. 2004.

26. Evans D et al. Measuring quality: from system to the provider. *Int J Qual Heal Care* 2000; 13 (6): 439-446.
27. Rubin H, Pronovost P, Diette G. The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *Int J Qual Health Care* 2001; 13 (6): 469-474.
28. Hermida J, Nicholas D, Blumenfeld S. Methodology matters. Comparative validity of three methods for assessment of the quality of primary health care. *Int J Qual Health Care* 1999; 11 (5): 429-433.
29. Salomon L, Gasquet I, Mesbah M, Ravaud P. Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care. *Int J Qual Health Care* 1999; 11 (6): 507-516.
30. Caminal J, Sánchez E, Schiaffino A. El análisis de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rev. Calidad Asistencial* 2002; 17 (1): 4-10.
31. Seclen-Palacín J et al. Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del Proyecto-2000 (1996-2000). *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2003; 3 (4): 421-438.
32. Walshe K, Freeman T. Effectiveness of quality improvement: learning from evaluations. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 85-87.
33. McKeith, J. J. Establishing a CQI Program, 2002. Instant access to the minds of medicine. E-medicine. Disponível em: <<http://www.emedicine.com/emerg/topic668.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2004.
34. The Health Quality Service. Primary care group standards. Pilot Edition. Kings Fund. London, April. Disponível em: <[www.equip.ch](http://www.equip.ch)>. Acesso em 15 mar. 1999.
35. DNS. Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. Lisboa, 1999.
36. DNS. Clínica Geral. Formação Específica em Exercício. Documento Orientador. Lisboa, Abril, 1992.
37. The Royal Australian College of General Practitioners. Standards for General Practices. 2nd Ed. Melbourne, 2000.
38. DNS. Moniquor. Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde. 2 ed. Lisboa, 1999.

## Anexo

### Los instrumentos previstos para la Auto-evaluación

Como ayuda para la evaluación, en la perspectiva de mejoría continua de la Calidad, fueron desarrollados cinco instrumentos de auto-evaluación dirigidos a usuarios diferenciados, que contienen un total de 300 estándares de calidad.

La propuesta Evaluación para la **Mejoría de la Calidad de la Estrategia de Salud de la Familia**, considera dos grandes **Unidades de Análisis** distintas e integradas, también denominadas **Componentes: Gestión y Equipo**. Para cada una de esas unidades, fueron definidos grandes ejes de análisis llamados **Dimensiones**, que a su vez son desdoblados en sub-ejes o **Sub-dimensiones**.

Así, cada instrumento representa una **Dimensión de análisis**, totalizando cinco posibilidades. En su estructura interna, de acuerdo con la temática abordada, cada instrumento esta organizado en **sub-dimensiones**, abarcando un determinado grupo de estándares correspondientes.

Podemos imaginar que los componentes o Unidades de Análisis (**Gestión y Equipo**) son como dos grandes cajas que guardan cajas menores (**Dimensiones**), que a su vez guardan pequeñas cajas (**Sub-dimensiones**), que a su vez organizan los estándares de calidad de acuerdo con su temática y atribución o responsabilidad. Véase la estructura general de los instrumentos en el cuadro de la página 52.

### Comprendiendo e Identificando los Estándares de Calidad.

Como fue expuesto anteriormente, los estándares de calidad están organizados en los Instrumentos (Dimensiones) en Sub-dimensiones de acuerdo con su temática y responsabilidad por la acción indicada.

## Numeración

En la primera columna se encuentra la numeración. Los estándares están numerados de acuerdo con el instrumento al que pertenecen, de 1 a 5, seguido por su numeración secuencial en el propio instrumento. Por ejemplo:

- 1.1 – Instrumento 1, estandar 1
- 1.20 – Instrumento 1, estandar 20
- 3.1 – Instrumento 3, estandar 1
- 3.35 – Instrumento 3, estandar 35
- 5.14 – Instrumento 5, estandar 14

## Variación de Estándares conforme el tamaño poblacional

Durante el test piloto de los instrumentos, fue posible averiguar que una serie de estándares del componente Gestión poseía mayor o menor resonancia con la realidad local de acuerdo con el tamaño del municipio. De esta manera, apenas para los instrumentos nº 1, 2 y 3, la segunda columna indica las clasificaciones de acuerdo al tamaño:

**PB** – Estandar Básico: aplicabilidad universal, para todos los municipios brasileños.

> **20** – Significa que el estandar es aplicable a los municipios mayores de 20,000 habitantes

> **100** – Significa que el estandar es aplicable a los municipios mayores de 100,000 habitantes

> **500** – Significa que el estandar es aplicable a los municipios mayores de 500,000 habitantes

## Estrutura Geral dos Instrumentos

<b>Componente o Unidad de Análisis</b>	<b>Instrumento (Dimensión)</b>	<b>Sub-dimensión</b>	<b>Usuario (Quién responde)</b>
Gestión	Desarrollo de la Estrategia SF	Implantación/ Implementación Integración de la Red de Servicios Gestión del Trabajo Fortalecimiento de la Gestión SF	Secretario municipal de salud o Asesoría
	Coordinación Técnica de los Equipos	Planificación e Integración Acompañamiento de la ESF Educación Permanente Gestión de la Evaluación Normatización	Responsables por la coordinación de la SF
	Unidad SF	Infraestructura y equipamientos de la USF Insumos, Inmuno-biológicos y Medicamentos	Responsable por la coordinación de la USF
Equipo	Consolidación del Modelo de Atención	Organización del Trabajo en Salud de la Familia Acogida, Humanización, Responsabilización Promoción de la Salud Participación Comunitaria Vigilancia en Salud: Acciones Generales	Todos los integrantes del equipo SF
	Atención en Salud	Salud de los Niños Salud de los Adolescentes Salud de Mujeres y de Hombres Adultos Salud de Ancianos Vigilancia en Salud II: Enfermedades Transmisibles Vigilancia en Salud III: Daños Regionalizados Estándares Locales-regionales	Profesionales de nivel superior: Médico, Enfermero y Cirujano - Dentista



# Propuesta de Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la Estrategia de Salud de la Familia

## Instrumentos, dimensiones y sub-dimensiones

### **Instrumento 1: Desarrollo de la Estrategia SF**

Sub-dimensiones:

- I. Implantación e Implementación de la SF en el Municipio.
- II. Integración de la Red de Servicios;
- III. Gestión del Trabajo;
- IV. Fortalecimiento de la Coordinación.

### **Instrumento 2: Coordinación Técnica de los Equipos**

Sub-dimensiones:

- I. Planificación e Integración
- II. Acompañamiento de los equipos
- III. Gestión de la Educación Permanente
- IV. Gestión de la Evaluación
- V. Normatización.

### **Instrumento 3: Unidad de Salud de la Familia**

Sub-dimensiones:

- I. Infraestructura y Equipamientos de la USF
- II. Insumos, Inmuno-biológicos, y Medicamentos

### **Instrumento 4: Consolidación del Modelo de Atención**

Sub-dimensiones:

- I. Organización del Trabajo en Salud de la Familia
- II. Acogida, Humanización y Responsabilización
- III. Promoción de la Salud
- IV. Participación Comunitaria y Control Social
- V. Vigilancia en Salud I: Acciones Generales de la ESF

### **Instrumento 5: Atención en Salud**

Sub-dimensiones:

- I. Salud de los Niños
- II. Salud de los Adolescentes
- III. Salud de Mujeres y Hombres
- IV. Salud de los Ancianos
- V. Vigilancia en Salud II: Enfermedades Transmisibles
- VI. Vigilancia en Salud III: Daños con Prevalencia Regionalizada

## **Estándares Locales-Regionales**

## Glosario de abreviaturas utilizadas en la descripción de los estándares

- ACD:** Auxiliar de Consultorio Dental
- ACS:** Agente Comunitario de Salud (Promotor de Salud)
- AE:** Auxiliar de Enfermería
- AP:** Atención Primaria
- APS:** Atención Primaria de Salud
- C & D:** Crecimiento y Desarrollo
- ceo-d:** número medio de dientes deciduos cariados, extracción indicada/perdidos por caries y obturados
- CLT:** Consolidación de las Leyes de Trabajo
- CPO-D:** número medio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados
- CMS:** Consejo Municipal de Salud
- CNES:** Censo Nacional de Establecimientos de Salud
- Coordinación AP/SF:** Coordinación de la Atención Primaria/Salud de la Familia
- DST/AIDS:** Enfermedades Sexualmente Transmisibles y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- ESB:** Equipo de Salud Bucal
- ESF:** Equipo de Salud de la Familia
- EP:** Educación Permanente
- IBGE:** Instituto Brasileño de Geografía e Estadística
- IMC:** Índice de Masa Corporal
- IRA:** Infección Respiratoria Aguda
- MS:** Ministerio de Salud
- PEP:** Polo de Educación Permanente
- PDR:** Plan Director Regional (previsto en la NOAS)
- PSA:** sigla en ingles de antígeno prostático específico (examen de laboratorio)
- ONG:** Organización no Gubernamental
- RN:** Recién Nacido
- SES:** Secretaría Estadual de Salud
- SF:** (Estrategia) de Salud de la Familia
- SIAB:** Sistema de información de la Atención Primaria
- SMS:** Secretaría Municipal de Salud
- TB:** abreviatura utilizada para tuberculosis
- THD:** Técnico de Higiene Dental
- TRO:** Terapia de Rehidratación Oral
- USF:** Unidad de Salud de la Familia
- VD:** Visita Domiciliaria



# Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la Estrategia de Salud de la Familia

## Instrumento nº1

### Desarrollo de la Estrategia de Salud de la Familia

Implantación e Implementación de la Salud de la Familia en el Municipio

#### Q Elemental

1.1	PB	E	El Plan Municipal de Salud define la SF como la estrategia para la reorganización de la Atención Primaria.	( S ) ( N )
<p>El estándar se refiere a la definición clara y textual de la SF como modelo para la Atención Primaria, descrita en el Plan Municipal de Salud. Siendo el Plan, simultáneamente, un instrumento técnico y político, esta definición indica la priorización política de la estrategia.</p>				
1.2	PB	E	La implantación de la ESF prioriza las áreas con condiciones socioeconómicas y de salud menos favorables y/o de exclusión social.	( S ) ( N )
<p>Las ESF deben ser implantadas priorizándose las áreas y las poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad del municipio, tanto desde el punto de vista social, como sanitario. Este estándar esta relacionado a la búsqueda por una mayor equidad y accesibilidad para el sistema de salud municipal.</p>				
1.3	PB	E	Todos los equipos son responsables por una población adscrita de hasta 4.000 personas.	( S ) ( N )
<p>El límite máximo de personas vinculadas a cada equipo debe ser respetado, considerando que la calidad de las acciones prestadas será comprometida por la sobrecarga de trabajo. La respuesta deberá ser afirmativa solamente cuando todos los equipos municipales estuvieren en conformidad con ese límite.</p>				
1.4	PB	E	La gestión municipal de salud alimenta los Sistemas de Información con regularidad y en los plazos establecidos.	( S ) ( N )
<p>Este estándar evalúa si la gestión municipal de salud esta movilizada para el tratamiento cuidadoso en la alimentación de los sistemas de información. Sistemas de Información considerados: SIM: Sistema de Información sobre Mortalidad; SINASC: Sistema de Información sobre Nacidos Vivos; SISVAN: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional; SINAN: Sistema de Información sobre Agravos de Notificación; SIPNI: Sistema de Informaciones sobre el Programa Nacional de Inmunizaciones; SIAB: Sistema de Información de la Atención Primaria; SIA-SUS: Sistema de Informaciones Ambulatoriales del SUS; y CNES: Catastro Nacional de Establecimientos de Salud.</p>				
1.5	PB	E	La gestión municipal de salud implanta equipos de SB.	( S ) ( N )
<p>La Salud Bucal es una de las políticas prioritarias del Ministerio de Salud para la Atención Primaria y su integración a la estrategia de SF puede ser realizada de dos maneras: integrando al equipo el Dentista y el ACD o el Dentista, el ACD y el THD. Ambas formas son apoyadas por incentivos financieros. Considerar para respuesta afirmativa cualquier número de equipos SB implantados, independientemente de la modalidad.</p>				

**Q** Desarrollo

1.6	PB	<b>D</b>	El Plan Municipal de Salud detalla las directrices y la planificación para la implantación, implementación y consolidación de la SF.	( S ) ( N )
<p>Nível mais elevado em relação al 1.1, significando que el Plan Municipal de Salud presenta un plan estratégico para la reformulación del modelo asistencial por medio de la implantación, implementación y consolidación de la estrategia de SF.</p>				

1.7	PB	<b>D</b>	La gestión municipal de salud realiza análisis de la situación de salud del municipio para subsidiar la implantación de la SF.	( S ) ( N )
<p>Nível mais elevado em relação al 1.2, significando la realización de estudios con la finalidad de evaluar la situación de salud de los segmentos poblacionales en el municipio, diferenciando su perfil epidemiológico, los riesgos social, ambiental y sanitario de sus regiones. Considerar la respuesta afirmativa cuando la implantación de las ESF estuviera fundamentada en estos estudios y análisis, siendo definido un número menor de usuarios para los equipos responsables por áreas más críticas.</p>				

1.8	PB	<b>D</b>	La Secretaría Municipal de Salud mantiene estrategias de sensibilización y divulgación de la SF con la población.	( S ) ( N )
<p>Considerando los principios de participación popular y control social, es importante la sensibilización y la divulgación sobre las directrices, objetivos y características de este modelo de atención en salud para la población en general y las organizaciones de la sociedad civil. Se busca además conseguir apoyo y legitimidad para la estrategia.</p>				

**Q** Consolidada

1.9	PB	<b>C</b>	Las directrices y la planificación para implantación, implementación y consolidación de la SF están pactados y aprobados con el CMS	( S ) ( N )
<p>El Consejo Municipal de Salud es la instancia principal de control social en el SUS. La discusión participativa de la planificación y de la implementación de la estrategia SF debe ser pactada en ese órgano para garantizar su sostenimiento político, social y comunitario. El estándar se refiere a la negociación más amplia y profundizada de directrices y metas, más allá de la propuesta inicial de adhesión junto al MS.</p>				

1.10	PB	<b>C</b>	La gestión municipal de salud mantiene análisis y acompañamiento de la situación de salud para subsidiar la implementación de la SF.	( S ) ( N )
<p>Nível mais elevado em relação al 1.7. Significa que la gestión municipal, además de haber realizado la implantación basándose en estudios y análisis, mantiene este trabajo de forma permanente en la implementación de la estrategia.</p>				

1.11	PB	<b>C</b>	La Secretaría Municipal de Salud mantiene estrategias de sensibilización y divulgación de la SF con los profesionales de salud de la red municipal.	( S ) ( N )
<p>Nível mais elevado em relação al 1.8. Es necesario que la estrategia SF sea comprendida por todos los profesionales de salud de la red de servicios de tal forma que se garantice una mejor integración, acceso y resolución de la atención en salud en el municipio.</p>				

# Documento Técnico

1.12	PB	<b>C</b>	La gestión municipal en salud desarrolla acciones de forma articulada a otros sectores gubernamentales.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Considerando la necesidad de articular e integrar las agendas de intervención para la modificación de los determinantes y/o condicionantes de salud, mejorando la calidad de vida de la población, es importante la construcción de acciones/estrategias/proyectos de involucren los varios sectores del gobierno (intersectorialidad).</p>				

1.13	PB	<b>C</b>	La gestión municipal de salud desarrolla la estrategia de SF implantando la SB en la proporción de, por lo menos, un equipo para cada dos USF.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Nivel más elevado en relación al 1.5. Considerar como respuesta afirmativa cuando, para cada dos ESF, exista, por lo menos, un Equipo de Salud Bucal, independientemente de la modalidad (Dentista y ACD o Dentista, THD y ACD).</p>				

1.14	PB	<b>C</b>	La gestión municipal monitorea el abastecimiento y la falta de insumos en las USF.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>La planificación de las compras, la regularidad en el abastecimiento, la sensibilización de los profesionales para el uso racional y el control de los stocks buscando la eliminación de las faltas, son consideradas acciones que garantizan la consolidación de la calidad del servicio. Considerar para respuesta afirmativa la existencia de planillas o instrumentos para el monitoreo referido.</p>				

## Q Buena

1.15	PB	<b>B</b>	La gestión municipal de salud apoya y legitima la participación popular y el control social en la SF.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Estándar más elevado con relación al 1.9. Los líderes comunitarios, representantes de los movimientos sociales y el propio CMS participan activamente de la planificación e implementación de la estrategia por medio de consejos locales de salud, representación de usuarios, asociación de pobladores, entre otros.</p>				

1.16	PB	<b>B</b>	La estrategia SF esta institucionalizada en el municipio por medio de instrumento jurídico.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>La definición de la SF como modelo de atención por medio de ley municipal, decreto u otros instrumentos legales garantiza su comunidad jurídica e institucional en las transiciones políticas. Permite además la proposición posterior de un plan municipal de cargos y salarios para la SF.</p>				

1.17	PB	<b>B</b>	La organización de los equipos en las USF equilibra criterios de regionalización, comodidad y seguridad sanitaria para el desarrollo de las actividades.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Se recomienda, para municipios de hasta 100,000 hab., que las USF alberguen hasta, máximo, tres equipos y para municipios más grandes hasta, máximo, cinco equipos. La existencia de responsabilidad técnica (médico y enfermero) esta prevista en norma legal. Esta orientación busca garantizar calidad, respetándose criterios de regionalización, acceso, optimización de los espacios de la USF, comodidad y seguridad sanitaria para que los equipos desarrollen adecuadamente su trabajo. Considerar la respuesta afirmativa cuando todas las USF evaluadas estuvieren de acuerdo con estos parámetros.</p>				

## Q Avanzada

1.18	PB	<b>A</b>	El gestor municipal de salud posee convenios y/o sociedades formalizadas con organizaciones de la sociedad civil y/o movimientos sociales.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>La intersectorialidad, en su definición más amplia, envuelve acciones articuladas entre el gestor del sector público y los trabajos ya desarrollados por entidades de la sociedad civil, con el fin de ampliar y potencializar iniciativas e intervenciones que favorezcan la mejoría de la calidad de vida (alfabetización, generación de renta, concientización en relación al destino de los residuos, calificación de cuidadores informales, etc.).</p>				

1.19	PB	<b>A</b>	La gestión municipal desarrolla la estrategia de SF implantando la Salud Bucal en la proporción de un equipo para cada ESF.	( S ) ( N )
------	----	----------	---	-------------

Nível mais elevado em relação ao 1.13. Considerar como resposta afirmativa quando, para cada ESF, exista um Equipe de Saúde Bucal, independentemente de la modalidade (Dentista e ACD, o Dentista, THD y ACD).

## Integración de la Red de Servicios

### Q Elemental

1.20	PB	<b>E</b>	La gestión municipal de salud amplía e/o hace adaptaciones en la red de servicios en función de la implantación de la SF en el municipio.	( S ) ( N )
------	----	----------	---	-------------

Se entiende por reorganización de la red municipal acciones como ampliación de la oferta de exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico, consultas especializadas y lechos para hospitalizaciones. Otras acciones incluyen la transformación o construcción de unidades para que sirvan de apoyo y referencia a las USF. La respuesta deberá ser afirmativa cuando alguna de esas acciones estuviera contemplada.

### Q Desarrollo

1.21	P > 100	<b>D</b>	La gestión municipal de salud amplía o hace adaptaciones en la red de referencia basándose en estudios de la demanda verifica y/o estimada en la ESF.	( S ) ( N )
------	---------	----------	---	-------------

Nível mais elevado em relação ao 1.7, significando que são realizados estudos e análises de la demanda de la SF por los servicios para apoyar la reorganización de la red municipal. El estándar no se refiere a la atención efectiva de esta demanda.

1.22	PB	<b>D</b>	Existe una programación de la oferta de exámenes complementarios básicos para las ESF.	( S ) ( N )
------	----	----------	--	-------------

El estándar considera como exámenes básicos: hemograma completo, tipo sanguíneo, urea, creatinina, glicemia, rutina de orina, urocultivo, sorología para inmunodeficiencia humana (HIV), sorología para sífilis, investigación de bacilos alcohol-ácido resistentes, citopatología de cuello de útero, teste inmunológico para embarazo, examen parasitológico de heces. Considerar también: electrocardiograma, RX de tórax, Ultrasonografía para los casos indicados. Considerar que existe oferta programada en relación a la demanda de las ESF para todos los exámenes listados.

1.23	PB	<b>D</b>	La gestión municipal de salud garantiza la colecta de todas las solicitudes de sorología para diagnóstico de dengue.	( S ) ( N )
------	----	----------	--	-------------

La dengue fue escogida para este estándar como una condición marcadora de calidad para la vigilancia epidemiológica debido a su prevalencia y relevancia en el Brasil. En situaciones de epidemia, considerar para respuesta afirmativa la realización por muestra.

### Q Consolidada

1.24	PB	<b>C</b>	La gestión municipal de salud desarrolla estrategias para asegurar a la población adscrita a los equipos de SF referencia para hospitalizaciones en las clínicas básicas.	( S ) ( N )
------	----	----------	---	-------------

La garantía de hospitalización para los pobladores adscritos en la SF es fundamental para asegurar el vínculo, la responsabilización, la confianza y la satisfacción. Para este instrumento son consideradas clínicas básicas: Pediatría, Clínica Médica, Ginecología / Obstetricia y Cirugía General.

# Documento Técnico

1.25	PB	<b>C</b>	La gestión municipal de salud garantiza la realización del control prenatal de alto riesgo para todas las embarazadas encaminadas.	( S ) ( N )
El estándar considera que la atención es realizada para todas las embarazadas de alto riesgo encaminadas por las ESF, en el propio municipio o en la red pactada.				

1.26	PB	<b>C</b>	Existe programación de la oferta de consultas en cardiología para las ESF basada en estudios de demanda.	( S ) ( N )
El estándar entiende que la programación de atenciones esta basada en estudios de demanda verificada y estimada (y no apenas en la serie histórica). Para municipios de actúan como polos regionales, considerar solamente la atención del propio municipio.				

1.27	PB	<b>C</b>	Existe programación de la oferta de atenciones en ortopedia para las ESF basada en estudios de demanda.	( S ) ( N )
El estándar entiende que la programación de atenciones esta basada en estudios de demanda verificada y estimada (y no apenas en la serie histórica). Para municipios de actúan como polos regionales, considerar solamente la atención del propio municipio.				

1.28	P > 100	<b>C</b>	Los procedimientos de marcación de exámenes, procedimientos y hospitalizaciones son realizados por medio de una central de marcación.	( S ) ( N )
La existencia de una central de marcación de consultas e hospitalizaciones representa un paso importante en el control, regulación e integración de la red de servicios. Para municipios de tamaño pequeño, la central podrá ser organizada de manera compartida.				

## Q Buena

1.29	PB	<b>B</b>	El gestor municipal monitorea los exámenes especializados solicitados por las ESF no atendidos por el nivel de referencia.	( S ) ( N )
El estándar se refiere al monitoreo de los exámenes especializados no atendidos, según su relevancia y pertinencia, con el objetivo de perfeccionar la oferta.				

1.30	PB	<b>B</b>	Existe programación de la oferta en rehabilitación para las ESF basada en estudios de demanda.	( S ) ( N )
El estándar entiende que la programación en fisioterapia y fonoaudiología esta basada en estudios de demanda verificada y estimada (y no apenas en la serie histórica). Para municipios de actúan como polos regionales, considerar solamente la atención del propio municipio.				

1.31	PB	<b>B</b>	Existe programación de la oferta en oftalmología para las ESF basada en estudios de demanda.	( S ) ( N )
El estándar entiende que la programación de consultas esta basada en estudios de demanda verificada y estimada (y no apenas en la serie histórica). Para municipios de actúan como polos regionales, considerar solamente la atención del propio municipio.				

1.32	PB	<b>B</b>	Existe programación de la oferta en otorrinolaringología para las ESF basada en estudios de demanda.	( S ) ( N )
El estándar entiende que la programación de consultas esta basada en estudios de demanda verificada y estimada (y no apenas en la serie histórica). Para municipios de actúan como polos regionales, considerar solamente la atención del propio municipio.				

1.33	PB	<b>B</b>	Existe programación de la oferta en neurología para las ESF basada en estudios de demanda.	( S ) ( N )
------	----	----------	--	-------------

El estándar entiende que la programación de consultas esta basada en estudios de demanda verificada y estimada (y no apenas en la serie histórica). Para municipios de actúan como polos regionales, considerar solamente la atención del propio municipio.

1.34	PB	<b>B</b>	La gestión municipal desarrolla estrategias para asegurar a la población adscrita de la SF referencia para las especialidades odontológicas.	( S ) ( N )
------	----	----------	--	-------------

El estándar se refiere a la oferta de servicio odontológico especializado, por lo menos, en endodoncia, cirugía oral menor, periodoncia, atención a personas portadoras de necesidades especiales y diagnóstico bucal con énfasis en la detección de cáncer de boca. El modelo actual para los servicios de referencia en SB son los Centros de Especialidades Odontológicas - CEO. La implantación de estas unidades es una de las prioridades de la Política Nacional de Salud Bucal.

### Q Avanzada

1.35	PB	<b>A</b>	La red de servicios de salud asegura a la población adscrita de la SF el acceso al servicio laboratorial de prótesis dentaria.	( S ) ( N )
------	----	----------	--	-------------

Este servicio incluye unidades propias, de otros municipios o servicios contratados. La implantación de Laboratorios Regionales de Prótesis Dentaria - LRPD, es una acción prevista en la Política Nacional de Salud Bucal.

1.36	> 20	<b>A</b>	La gestión municipal de salud desarrolla estrategias de integración entre el servicio de salud mental y las ESF.	( S ) ( N )
------	------	----------	--	-------------

La gestión municipal promueve la integración de la Salud Mental (SM) a la estrategia SF por medio de acciones de promoción de la salud, prevención y asistencia. El modelo actual de atención para la SM es la constitución de una red de servicios substitutivos al hospital psiquiátrico (Centro de Atención Psicosocial - CAPS, Servicio Residencial Terapéutico - SRT, Programa de Retorno para Casa, lechos en hospitales generales y acciones en las unidades de Atención Primaria) <http://pvc.datasus.gov.br>

1.37	P > 20	<b>A</b>	La gestión municipal de salud monitorea la utilización de servicios de urgencia, emergencia y atención inmediata de la red pública por la población cubierta por la SF.	( S ) ( N )
------	--------	----------	---	-------------

Este estándar permite evaluar la resolución, la satisfacción de los usuarios, y la efectividad del trabajo de la SF. Se refiere al monitoreo de la utilización de los servicios de urgencia, emergencia y atención inmediata como puerta de entrada en el SUS.

1.38	P > 100	<b>A</b>	El apoyo de otros profesionales de la red a los equipos de SF acontece de manera sistemática, a partir de un modelo establecido.	( S ) ( N )
------	---------	----------	--	-------------

El estándar se refiere a la organización del apoyo de profesionales tales como pediatra, ginecólogo, clínicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, asistentes sociales y de Servicios tales como vigilancia sanitaria y epidemiológica de manera integrada a la SF, ejerciendo acciones tanto de atención en salud individual o de grupos, como de acciones de educación continuada y apoyo técnico. Esta organización ha recibido, frecuentemente, la denominación "apoyo matricial". La respuesta debe ser afirmativa cuando, por lo menos, el 50% del total de equipos estuviera cubierto por esta iniciativa.

## Gestión del Trabajo

### Q Desarrollo

1.39	PB	<b>D</b>	La gestión municipal de salud desarrolla estrategias para la desprecarización de los derechos laborales en la SF.	<b>( S ) ( N )</b>
La gestión municipal posee un plan de trabajo previendo la regularización de los derechos laborales para todos los profesionales de la SF de acuerdo con instrumentos legales.				

1.40	PB	<b>D</b>	Los criterios de la SMS para selección y contratación de profesionales de la SF están descritos en documento oficial.	<b>( S ) ( N )</b>
Existen reglas y criterios técnicos que permiten seleccionar profesionales con el mejor perfil y competencia para el trabajo de la SF. Normas legales tales como la exigencia de la inscripción en los consejos profesionales son respetadas. La respuesta debe ser afirmativa en el caso de esos criterios abarcaren los niveles elemental, medio y superior.				

### Q Consolidada

1.41	PB	<b>C</b>	Los criterios para la selección de los profesionales de nivel superior de la SF valorizan la Residencia o Postgrado en Salud de la Familia.	<b>( S ) ( N )</b>
La reglas y criterios para selección de profesionales de nivel superior privilegian la formación de postgrado específica en el área (Salud Pública, Salud Colectiva, Medicina de Familia y Comunidad, y Salud de la Familia).				

### Q Buena

1.42	PB	<b>B</b>	El ingreso de los profesionales de nivel superior de la SF se realiza por medio de concurso público para dar cargos permanentes o empleos públicos.	<b>( S ) ( N )</b>
El concurso público es la forma principal de incorporación de los profesionales de la SF. Para respuesta afirmativa considerar que el 80% o más de los profesionales de nivel superior de la SF tengan cargo permanente o empleo público.				

1.43	PB	<b>B</b>	El ingreso de los profesionales de nivel medio de la SF se realiza por medio de concurso público para dar cargos permanentes o empleo público.	<b>( S ) ( N )</b>
El concurso público es la forma principal de incorporación de los profesionales de la SF. Para respuesta afirmativa considerar que el 80% o más de los profesionales de nivel medio de la SF tengan cargo permanente o empleo público.				

### Q Avanzada

1.44	PB	<b>A</b>	Los profesionales de nivel superior de la SF están trabajando en el municipio hace más de dos años.	<b>( S ) ( N )</b>
A estabilidade dos profissionais na estratégia SF amplia as possibilidades de continuidade, do vínculo e da responsabilização. Para resposta afirmativa considerar 80% ou mais dos profissionais nesta situação.				

1.45	PB	<b>A</b>	Os ACS estão trabalhando no município há mais de dois anos.	<b>( S ) ( N )</b>
La estabilidad de los profesionales en la estrategia de SF amplía las posibilidades de continuidad, del vínculo y de la responsabilización. Para una respuesta afirmativa considerar el 80% o más de los profesionales en esta situación.				

1.46	PB	<b>A</b>	La gestión municipal posee un programa de incentivos a los ESF relacionado al desempeño, cumplimiento de metas y resultados alcanzados.	( S ) ( N )
Las iniciativas exitosas de profesionales, equipos o unidades son reconocidas y premiadas, anualmente por la coordinación a partir de criterios definidos y pactados.				

1.47	PB	<b>A</b>	La gestión municipal de salud posee planes de carrera, cargos y salarios institucionalizados, incluyendo la SF.	( S ) ( N )
Existen mecanismos legales, instituidos por el poder público municipal, para la carrera profesional y previsión de progresión funcional de los trabajadores de salud, contemplando los profesionales de la SF. Solamente cuando los tres niveles (superior, medio y elemental) estuvieren contemplados, la respuesta al estándar deberá ser afirmativa.				

1.48	PB	<b>A</b>	80% de los profesionales de nivel superior de los equipos poseen formación específica en el área.	( S ) ( N )
Considerar profesionales de nivel superior de los equipos de SF: médicos, enfermeros y cirujanos dentistas. Considerar como formación específica en el área: Especialización en Salud de la Familia, Salud Colectiva, Medicina Preventiva y Social, Residencia en Medicina de Familia y Comunidad, Especialización en Odontología Preventiva y Social, Salud Bucal Colectiva. El estándar indica los esfuerzos desarrollados por la gestión para la calificación de sus profesionales.				

## Fortalecimiento de la Coordinación

### Q Elemental

1.49	PB	<b>E</b>	La SMS posee una coordinación específica para la AP/SF.	( S ) ( N )
La gestión municipal designa un profesional o equipo para realizar el trabajo de coordinación y acompañamiento de la AP y/o estrategia de SF en el municipio. El estándar considera la dedicación exclusiva e esta actividad, no estando el (los) profesionales involucrados en la asistencia.				

### Q Desarrollo

1.50	PB	<b>D</b>	La Coordinación de la AP/SF esta formalmente incluida en la estructura organizacional de la Secretaría Municipal de Salud.	( S ) ( N )
El estándar se refiere a que el cargo de coordinación de la SF este formalizado por ley, resolución o acto interno. Considerar la respuesta afirmativa también cuando el sector de AP y/o de SF estuviera representado en el organigrama de la SMS. Estos aspectos indican la legitimación institucional de la coordinación.				

### Q Consolidada

1.51	PB	<b>C</b>	La gestión municipal involucra la coordinación de la AP/SF en el proceso de negociación de los indicadores del Pacto de Indicadores la Atención Primaria.	( S ) ( N )
Considerando la relevancia y el impacto de esta acción, la coordinación de la AP/SF debe participar efectivamente de la negociación, sin delegación o transferencia de responsabilidad.				

### Q Buena

1.52	PB	<b>B</b>	La gestión municipal viabiliza la participación de la coordinación de la AP/SF en congresos y encuentros del área.	( S ) ( N )
El estándar se refiere a que la gestión municipal incentive y viabilice la participación de miembros de la coordinación de la AP/SF, por lo menos anualmente, en eventos técnicos y científicos vinculados al trabajo de la SF, tales como: muestras, encuentros, congresos de Salud Colectiva, Medicina de Familia y Comunidad y Salud de la Familia.				

## Documento Técnico

1.53	> 100	<b>B</b>	El (Los) técnico(s) responsable(s) por la coordinación de la AP/SF posee(n) formación específica en el área.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el universo de técnicos de nivel superior involucrados con la coordinación de la AP/SF en los diferentes puntos del sistema (central, regionales, distritos y USF) posea postgrado en Salud Pública, Salud Colectiva, Medicina de Familia y Comunidad, Salud de la Familia o Administración y Gestión. Para respuesta positiva considerar el 50% o más de los profesionales en esta situación.</p>				

1.54	> 100	<b>B</b>	La coordinación de la AP/SF está compuesta por un equipo multiprofesional para el trabajo de apoyo, supervisión y acompañamiento técnico de los ESF.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Este estándar se refiere a la existencia de un grupo compuesto por profesionales diversos de las áreas de salud, incluyendo profesionales de vigilancia en salud, responsable por el trabajo de supervisión técnica de los ESF.</p>				

1.55	> 100	<b>B</b>	Existe coordinación descentralizada responsable por el acompañamiento de, máximo, 8 equipos de SF.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>En municipios de tamaño grande el acompañamiento a los equipos debe ser descentralizado, garantizando apoyo técnico y gerencial más próximo para grupos de hasta 8 equipos. Las acciones de coordinación pueden ser realizadas por un técnico de la USF, de los distritos o compartida por un grupo de coordinación regional.</p>				

1.56	> 100	<b>B</b>	La SMS posee un profesional en la coordinación de la AP/SF que es responsable por el área de SB.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>La coordinación debe, idealmente, estar integrada por profesionales de nivel superior de la SB buscando garantizar la especificidad y relevancia de las acciones.</p>				

### Q Avanzada

1.57	PB	<b>A</b>	La gestión municipal de salud y/o la coordinación establecen o utilizan mecanismos para el monitoreo del grado de satisfacción de los usuarios de la SF.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que la gestión municipal de salud o la coordinación establezcan o utilicen métodos e instrumentos para monitoreo del grado de satisfacción de los usuarios. Considerar para respuesta afirmativa cuando esta acción sea realizada de manera sistemática, para todas las USF (o por muestra para el municipio) a cada dos años (o menos).</p>				

1.58	> 100	<b>A</b>	Las áreas técnicas trabajan de manera integrada con la coordinación de la AP/SF.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Los profesionales de las áreas técnicas, tales como: Salud Infantil, Salud de la Mujer, Salud Mental, Vigilancia Epidemiológica, Vigilancia Sanitaria y Ambiental trabajan en conjunto con la coordinación de la AP/SF en el desarrollo de materiales técnicos, políticas y acciones de acompañamiento y supervisión de los ESF.</p>				

1.59	PB	<b>A</b>	La Coordinación de la AP/SF apoya y promueve la formación de Consejos Locales de Salud en las unidades básicas.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Los Consejos Locales de Salud o Consejos de Unidad (USF o Unidad Básica de Salud), cuando actúan y están bien constituidos, forman una red sólida para el desarrollo ascendente de las decisiones en relación a la salud municipal. Es papel inherente del gestor fomentar, apoyar y garantizar su formación en todas las unidades de salud.</p>				

1.60	PB	<b>A</b>	La gestión municipal de salud desarrolla en conjunto con la Coordinación de la AP/SF y las demás áreas técnicas de la SMS una política de Humanización para la red municipal, incluyendo la SF.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Para que los equipos puedan desarrollar acciones efectivas y sistemáticas de Humanización, Acogimiento y Responsabilización, es fundamental que las directrices y los mecanismos de implementación sean establecidos a partir de la SMS en forma de una política para la red municipal.</p>				





## Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la Estrategia de Salud de la Familia

# Instrumento nº2

### Coordinación Técnica de los Equipos

#### Planificación e Integración

#### Q Elemental

2.1	PB	<b>E</b>	La Coordinación de la AP/SF posee un cronograma de visitas a las USF y reuniones con los ESF.	( S ) ( N )
El cronograma es un instrumento básico en la organización del trabajo de la coordinación en que el acompañamiento sistemático y regular de los ESF se planifica.				

#### Q Desarrollo

2.2	PB	<b>D</b>	La Coordinación de la AP/SF posee un plan de trabajo que orienta las actividades que serán desarrolladas.	( S ) ( N )
El estándar se refiere a un plan de trabajo estableciendo las competencias de la coordinación, las acciones que serán desarrolladas, prioridades, metas, plazos y responsables. Considerar para respuesta afirmativa la existencia de un documento redactado y actualizado bienalmente.				

2.3	PB	<b>D</b>	La Coordinación de la AP/SF registra el acompañamiento de la situación de la SF en el municipio: nº de equipos, cobertura, profesionales y resultados.	( S ) ( N )
El trabajo de los ESF es monitoreado en relación a su cobertura, producción, alcance de metas e indicadores contenidos en el SIAB. Este debe ser actualizado, por lo menos, trimestralmente.				

#### Q Consolidada

2.4	PB	<b>C</b>	La Coordinación de la AP/SF participa regularmente de las reuniones del Consejo Municipal de Salud.	( S ) ( N )
El estándar considera la participación de los integrantes de la Coordinación en el mayor número posible de reuniones del Consejo, preferencialmente, en 50% de ellas. en los municipios de tamaño grande se considera para respuesta afirmativa la participación en Consejos Distritales o Locales.				

2.5	PB	<b>C</b>	La Coordinación de la AP/SF se reúne con sectores públicos y sociales del municipio.	( S ) ( N )
El estándar se refiere al desarrollo de la intersectorialidad y el fortalecimiento de la SF. Considerar reuniones con los sectores gubernamentales relacionados a la salud, educación, asistencia social, medio ambiente y saneamiento, así como organizaciones y movimientos sociales locales. Las reuniones deben involucrar planificación, ejecución y/o evaluación conjunta de acciones. La respuesta deberá ser afirmativa cuando las reuniones con uno o más de los referidos sectores acontezcan trimestralmente.				

2.6	PB	<b>C</b>	La Coordinación de la AP/SF posee y ofrece para los ESF un registro actualizado de los recursos sociales del municipio.	( S ) ( N )
El estándar se refiere a la identificación, sistematización y divulgación a los ESF de los principales servicios de asistencia social, de utilidad pública, de atención al ciudadano, de derecho al consumidos y ONGs del municipio.				

**Q Buena**

2.7	PB	<b>B</b>	Las experiencias municipales con la SF se presentan en congresos y encuentros del área.	( S ) ( N )
El estándar considera, para respuesta afirmativa, una o más presentaciones al año. En municipios de más de 500,000 habitantes, se deberá considerar una presentación anual por región/distrito de salud.				

**Q Avanzada**

2.8	> 100	<b>A</b>	La Coordinación de la AP/SF desarrolla iniciativas de integración y asociación con instituciones académicas, posibilitando la realización de producciones científicas en el campo de la Atención Primaria.	( S ) ( N )
El estándar se orienta para un cuerpo técnico con capacidad de formular, reflexionar e interactuar con instituciones académicas, promoviendo el intercambio de conocimientos/prácticas y posibilitando la producción del conocimiento en el campo.				

## Acompañamiento de los Equipos

**Q Desarrollo**

2.9	PB	<b>D</b>	La Coordinación de la AP/SF se reúne semanalmente con las ESF.	( S ) ( N )
Nivel más elevado en relación al 2.1, habiendo garantía de reuniones mensuales de los miembros del Equipo con la coordinación, con pauta y agenda.				

**Q Consolidada**

2.10	PB	<b>C</b>	La Coordinación de la AP/SF garantiza a los ESF un turno semanal destinado a la reunión de equipo.	( S ) ( N )
Se entiende como la definición de 4 horas semanales para una reunión de equipo con el objetivo de planificación, evaluación, integración e intercambio de conocimientos. La coordinación esta sensibilizada para la importancia de esta actividad y da respaldo delante de la población y gestión municipal.				

2.11	PB	<b>C</b>	La Coordinación de la AP/SF utiliza instrumentos para el acompañamiento de las acciones y prácticas de la SF.	( S ) ( N )
Significa que la coordinación desarrolla o utiliza instrumentos tales como: planillas, gráficos e indicadores para acompañar el desempeño de los ESF, posibilitando algunos análisis comparativos y temporales, entre otros.				

## Documento Técnico

2.12	PB	<b>C</b>	La Coordinación de la AP/SF desarrolla estrategias para administrar conflictos entre los profesionales de la SF.	( S ) ( N )
Significa que los eventuales conflictos y problemas de relación en el trabajo constituyen un centro de atención de la coordinación, que busca abordarlos de manera propositiva, posibilitando la abertura de canales de comunicación y mejora del ambiente de trabajo de los ESF.				

2.13	PB	<b>C</b>	La Coordinación de la AP/SF evalúa el nivel de satisfacción de los profesionales con el trabajo y toma en cuenta críticas y sugerencias en la planificación de las acciones.	( S ) ( N )
La coordinación realiza un proceso formal de evaluación del grado de satisfacción de los profesionales, dedicando especial atención a la gestión participativa y ascendente, posibilitando que las opiniones de los miembros de los ESF sean asimiladas en el cotidiano del trabajo.				

### Q Buena

2.14	PB	<b>B</b>	La Coordinación de la AP/SF desarrolla con los equipos estrategias para enfrentar los problemas encontrados en la atención a la población.	( S ) ( N )
Los problemas enfrentados por los ESF son acompañados por la coordinación, que se hace presente en la definición de medidas para su solución, especialmente aquellos que perjudican la calidad de la atención a los clientes.				

### Q Avanzada

2.15	PB	<b>A</b>	La Coordinación de la AP/SF desarrolla, en conjunto con los equipos, instrumentos para la organización y el monitoreo de las acciones y prácticas de los ESF.	( S ) ( N )
Nivel más avanzado en relación al 2.11. Significa que las evaluaciones de los trabajos en la SF son realizadas de manera participativa, posibilitando compartir las decisiones gerenciales y el intercambio en la construcción o proposición de los instrumentos utilizados para el monitoreo.				

## Gestión de la Educación Permanente

### Q Desarrollo

2.16	PB	<b>D</b>	La coordinación de la AP/SF viabiliza cursos preparatorios para los trabajadores de la SF.	( S ) ( N )
La coordinación prepara y ejecuta (o se articula con otras instancias para ejecutar) cursos o encuentros para discutir los principios, directrices, y la dinámica de trabajo de la SF con los trabajadores de la estrategia.				

2.17	PB	<b>D</b>	La coordinación de la AP/SF participa regularmente de forums o encuentros para el desarrollo de la Educación Permanente.	( S ) ( N )
El estándar se refiere a la participación directa de miembros de la coordinación en las actividades locales y/o regionales relacionadas al desarrollo de las acciones de educación permanente. Considerar la regularidad máxima posible, de acuerdo con el cronograma de encuentros propuesto.				

**Q Consolidada**

2.18	PB	<b>C</b>	La coordinación de la AP/SF decide en conjunto con los ESF los temas y actividades que serán desarrollados en la Educación Permanente.	( S ) ( N )
Existe participación activa de los profesionales en la proposición de los temas considerados prioritarios o necesarios en relación a la educación permanente.				

**Q Buena**

2.19	PB	<b>B</b>	Es ofrecida formación teórica y práctica en las áreas básicas para aquellos profesionales de la SF de nivel superior que la necesiten.	( S ) ( N )
La coordinación organiza la formación teórica y práctica en las áreas básicas de salud (niño, mujer, hipertensión y diabetes, bucal, mental, vigilancia sanitaria, epidemiológica y ambiental, etc.) para médicos, enfermeros y dentistas que soliciten o demuestren carencias en su formación para el tema.				

2.20	> 100	<b>B</b>	Las áreas técnicas y la SF desarrollan, de forma integrada, actividades de Educación Permanente.	( S ) ( N )
El estándar evalúa la participación efectiva y sistemática de las áreas técnicas de la SMS en las acciones de educación permanente desarrolladas por la coordinación de la AP/SF, apoyando y viabilizando actividades como las descritas en el estándar 2.19.				

**Q Avanzada**

2.21	PB	<b>A</b>	La coordinación de la AP/SF viabiliza la realización de especialización en el área para los profesionales del ESF.	( S ) ( N )
Nivel más avanzado en relación al 2.19. Existe garantía de especialización para los profesionales de los ESF, obedeciendo criterios técnicos para la prioridad de formación como tiempo de servicio, interés, merecimiento, etc.				

## Gestión de la Evaluación

**Q Elemental**

2.22	PB	<b>E</b>	La coordinación evalúa la producción de los ESF mensualmente.	( S ) ( N )
Aunque la SF desarrolle acciones de manera diferenciada de la lógica por procedimientos, basadas en la población y en el territorio, la evaluación de la producción del equipo es la acción más elemental de acompañamiento de los resultados de las acciones desarrolladas.				

**Q Desarrollo**

2.23	PB	<b>D</b>	La coordinación de la AP/SF utiliza las informaciones del SIAB como instrumento de gestión: evaluación, planificación y monitoreo.	( S ) ( N )
El análisis del SIAB sirve como herramienta para la toma de decisiones y es utilizada efectivamente para el perfeccionamiento de las acciones, de manera sistemática y regular, por la coordinación.				

2.24	PB	<b>D</b>	La coordinación de la AP/SF analiza mensualmente los reportes del SIAB en conjunto con los ESF.	( S ) ( N )
El análisis del SIAB y su uso como instrumento de planificación y gestión es realizado con la participación de los equipos.				

## Q Consolidada

2.25	PB	<b>C</b>	La coordinación de la AP/SF analiza datos y reportes de los sistemas de información del SUS / o de salud.	( S ) ( N )
Son realizados análisis de la situación de salud y del desempeño de la SF/AP semestralmente utilizando datos disponibles en los Sistemas de Información: SIM: Sistema de Información sobre Mortalidad; SINASC: Sistema de Información sobre Nacidos Vivos; SISVAN: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional; SINAN: Sistema de Información sobre Agravos de Notificación; SIPNI: Sistema de Informaciones sobre el Programa Nacional de Inmunizaciones; SIAB: Sistema de Información de la Atención Primaria; SIA-SUS: Sistema de Informaciones Ambulatoriales del SUS; y CNES: Catastro Nacional de Establecimientos de Salud.				

2.26	PB	<b>C</b>	La Coordinación de la AP/SF elige criterios e indicadores para evaluar con los equipos el impacto en las condiciones de salud de la población.	( S ) ( N )
Hay participación de los equipos en el análisis del impacto de las acciones, utilizando indicadores diferentes elaborados y más específicos que aquellos presentes en el SIAB. La respuesta será afirmativa en el caso que este proceso sea realizado por lo menos anualmente.				

2.27	PB	<b>C</b>	La coordinación analiza la demanda por exámenes y encaminamientos de la SF observando si hay adecuación con la necesidad estimada.	( S ) ( N )
Se trata de la existencia de un mecanismo gerencial para evaluar si el cuantitativo de exámenes y encaminamientos solicitados por el ESF no supera ni es menor que lo esperado del perfil de la clientela según necesidades definidas técnicamente.				

## Q Buena

2.28	PB	<b>B</b>	La Coordinación de la AP/SF debate los resultados y planifica las metas de la SF con los equipos.	( S ) ( N )
La planificación de la AP/SF es precedida por una evaluación con el conjunto de profesionales de la SF, así como la negociación de metas de desempeño y cobertura, entre otras. Este proceso debe realizarse, por lo menos, semestralmente.				

2.29	PB	<b>B</b>	La Coordinación de la AP/SF se reúne con las demás áreas de la SMS para debatir los resultados alcanzados en la AP.	( S ) ( N )
Los resultados del trabajo de los equipos se presenta y debate con los demás sectores de la Salud Municipal, evaluándose el impacto de las acciones y el perfil de salud. El estándar es diferente del 2.5 donde el foco es el desarrollo de la intersectorialidad, legitimación y apoyo. Considerar, para respuesta afirmativa, que existan reuniones formales para este objetivo (evaluación/resultados), por lo menos semestralmente.				

**Q Avanzada**

2.30	PB	<b>A</b>	La Coordinación de la AP/SF evalúa las metas establecidas para el Pacto de Indicadores de la Atención Primaria con los ESF.	<b>( S ) ( N )</b>
La coordinación debate con los equipos las metas propuestas para el Pacto de Indicadores de la Atención Primaria y monitorea, el alcance de las mismas, por lo menos semestralmente.				

2.31	> 20	<b>A</b>	Son realizados diagnósticos epidemiológicos de Salud Bucal en el municipio.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar considera la periodicidad mínima de cuatro años para la realización de este tipo de estudio epidemiológico.				

## Normatización

**Q Elemental**

2.32	PB	<b>E</b>	La Coordinación de la AP/SF ofrece para todos los ESF un documento con los principales principios y directrices de la estrategia de SF.	<b>( S ) ( N )</b>
La coordinación tiene un documento escrito con los principios y directrices de la SF, propio o de otra instancia de gestión (estatal o federal), y este documento esta disponible y accesible a todos los profesionales de las USF.				

2.33	PB	<b>E</b>	La Coordinación de la AP/SF utiliza una norma escrita referida a la instalación física y equipamientos.	<b>( S ) ( N )</b>
Se refiere a la utilización de documentos técnicos actualizados, reglamentos de vigilancia sanitaria (elaborados por las instancias federal, estatal o municipal) en relación a la normatización para áreas físicas y equipamientos de las USF.				

**Q Desarrollo**

2.34	PB	<b>D</b>	La Coordinación de la AP/SF ofrece a todos los ESF informaciones actualizadas del sistema de referencia y contrarreferencia municipal.	<b>( S ) ( N )</b>
Existen informaciones en todas las USF, tales como: documentos, instrucciones, flujogramas, lista de servicios, criterios de encaminamiento o conductas padronizadas, por escrito, actualizados por lo menos semestralmente, sobre el sistema de referencia y contrarreferencia municipal.				

2.35	PB	<b>D</b>	La Coordinación de la AP/SF ofrece un manual de medicamentos de la farmacia básica.	<b>( S ) ( N )</b>
Este manual, elaborado por la propia SMS o proveniente de otra instancia de gestión (estatal o federal) sobre los medicamentos utilizados en la farmacia básica. Considerar, para la respuesta afirmativa, que todos los equipos son contemplados con el material.				

## Q Consolidada

2.36	PB	<b>C</b>	La Coordinación de la AP/SF ofrece para los equipos material técnico y científico de apoyo sobre las situaciones frecuentes en la Atención Primaria.	( S ) ( N )
Libros de texto, manuales, informes técnicos o rutinas escritas sobre situaciones de riesgo sanitario, de procesos de enfermar o de acompañamiento frecuentes en AP son dados por la coordinación para la consulta de los profesionales de la SF. Este material no se refiere a folletos o material informativo destinado a los usuarios.				

2.37	PB	<b>C</b>	La Coordinación de la AP/SF ofrece para los equipos material técnico y científico de apoyo sobre las enfermedades infecciosas y parasitarias de mayor prevalencia en el país.	( S ) ( N )
Existen libros de texto, manuales, informes técnicos o rutinas escritas dadas por la coordinación para la consulta de los profesionales de las USF. Folletos y material informativo destinados a los usuarios no deben ser considerados.				

## Q Buena

2.38	PB	<b>B</b>	La Coordinación de la AP/SF posee un documento que establece la acción de cada profesional de la SF.	( S ) ( N )
Se refiere a la existencia, en las unidades, de un documento o instructivo, elaborado por la propia SMS o procedente de otra esfera, estableciendo la acción de cada categoría profesional de la SF en relación a acciones, conductas, procedimientos y actividades (ACD, ACS, auxiliares de enfermería, cirujanos dentistas, enfermeros, médicos y THD).				

2.39	PB	<b>B</b>	La Coordinación de la AP/SF ofrece a los ESF/SB protocolos e informaciones técnicas sobre el abordaje de situaciones de urgencia.	( S ) ( N )
Existen manuales, rutinas, documentos y protocolos, propios o no, que orientan y normatizan desde el punto de vista técnico la atención de urgencias.				

## Q Avanzada

2.40	PB	<b>A</b>	La Coordinación de la AP/SF ofrece para los ESF/SB protocolos e informaciones técnicas sobre el abordaje de las situaciones de urgencia en Salud Mental.	( S ) ( N )
Existen manuales, rutinas, documentos y protocolos, propios o no, que orientan y normatizan desde el punto de vista técnico la atención de urgencias en Salud Mental, específicamente.				





# Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la Estrategia de Salude de la Familia

## Instrumento nº 3

### Unidad de Salud de la Familia

#### Infraestructura y Equipamientos de la USF

#### Q Elemental

3.1	PB	E	Cada ESF dispone de un consultorio con equipamientos básicos para la atención a su población.	( S ) ( N )
<p>Equipamiento Básico para Consultorios de la SF: mesa clínica-ginecológica, estetoscopio, tensiómetro, termómetro, negatoscopio, linterna, regla para medir niños, cinta métrica, estetoscopio de Pinar (o sonar), espéculos ginecológicos de diversos tamaños, foco, otoscopio... además de condiciones para higienización frecuente de las manos y balanza infantil y de adulto (estas últimas podrán atender a más de un consultorio).</p>				
3.2	PB	E	Los consultorios de la USF permiten la privacidad visual y auditiva de las consultas.	( S ) ( N )
<p>El estándar se refiere a que las consultas no sean oídas u observadas por quien está en el recinto adyacente al local de atención, garantizándose la ética, la privacidad y el sigilo. Estas formas de aislamiento indicadas pueden ser viabilizadas de formas diversas, respetándose las condiciones locales existentes.</p>				
3.3	PB	E	Los consultorios donde son realizados exámenes ginecológicos contienen, por lo menos, un biombo para cambio de ropas.	( S ) ( N )
<p>Esta privacidad deberá ser garantizada, respetándose las condiciones existentes. Es fundamental que las consultas ginecológicas se realicen en un ambiente humanizado, respetándose los principios de inviolabilidad y privacidad, además de las referencias culturales de las usuarias.</p>				
3.4	PB	E	Los ACS disponen de equipamientos básicos para el trabajo externo.	( S ) ( N )
<p>Equipamiento Básico para ACS: se recomienda que mínimamente tengan chaleco o camiseta, tabla para anotaciones, mochila o portafolio, gorro, lápiz, lapicero. La respuesta debe ser afirmativa cuando haya disponibilidad de los materiales básicos para todos los ACS de la USF.</p>				
3.5	PB	E	Las ESB disponen de equipamiento completo e instrumentales odontológicos para el desarrollo regular de sus actividades.	( S ) ( N )
<p>El estándar se refiere al equipamiento compuesto por un compresor, silla odontológica, reflector, unidad auxiliar con vasija para saliva y/o terminal de aspirador, equipo con por lo menos dos terminales para piezas de mano y una jeringa triple, pedal de accionamiento del equipo, mocho odontológico, amalgamador, fotopolimerizador, estufa o autoclave y equipamientos de protección individual (EPIs). Considerar también los instrumentos necesarios para la atención compatible a la demanda esperada. La lista básica de equipamientos, instrumentales e insumos está publicada en la página del proyecto: <a href="http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/index.htm">http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/index.htm</a> (entrar en Propuesta Técnica, después ir para Áreas Técnicas y después a Saúde Bucal).</p>				

3.6	PB	E	Considerando la instalación física, la USF posee, en todos sus ambientes, condiciones adecuadas para el desarrollo de las acciones básicas de salud.	( S ) ( N )
El estándar se refiere a las condiciones de iluminación, ventilación, conservación de pisos, paredes y techo, instalaciones hidráulicas, instalaciones eléctricas, puertas, ventanas, vidrios y extinguidor, de acuerdo con las normas sanitarias (instalaciones físicas, equipamientos y procedimientos) existentes para unidades básicas de salud.				

3.7	PB	E	La USF dispone de espacio cubierto, exclusivo para la recepción y la espera, con asientos en número compatible con la demanda esperada.	( S ) ( N )
Este estándar se refiere a un espacio en la USF destinado a la espera de los usuarios que garantice que la mayoría de los presentes en la recepción permanezcan sentados durante la primera hora después de la abertura de la unidad. Los asientos utilizados pueden ser de diferentes tipos, respetándose la referencia de la cultura local.				

3.8	PB	E	La USF dispone de refrigerador exclusivo para vacunas con control de temperatura para preservar los inmunobiológicos.	( S ) ( N )
Este equipamiento reservado al uso exclusivo de la actividad de inmunización con control de temperatura se considera un criterio de calidad de la Atención Primaria.				

### Q Desarrollo

3.9	PB	D	La USF programa el uso y adecuación de los ambientes para la realización de limpieza de heridas, sutura y observación de pacientes.	( S ) ( N )
El estándar, al utilizar la expresión "uso y adecuación" de los ambientes, se refiere a la comprensión actual del MS de que los espacios en la USF pueden ser de usos múltiples, con la condición que sean respetadas las normas para su funcionamiento.				

3.10	PB	D	Los equipamientos ginecobstétricos son suficientes, en cantidad, para el trabajo de los ESF.	( S ) ( N )
La USF posee instrumentales y materiales de consumo para la atención ginecobstétrica en cantidad, y garantía de esterilización compatible con la demanda esperada (suficiente para no causar interrupciones o prejuicios a la asistencia). Instrumentales: espéculos pequeños, medios y grandes; pinzas de Cheron; pinza de Pozzi, pinza auxiliar, cubeta riñón; cubetas inoxidable. Materiales de consumo: guantes, algodón, gasa, compresas, ácido acético, lugol, alcohol, solución fijadora, lámina para citología, espátula de Ayre y cepillo endocervical.				

### Q Consolidada

3.11	PB	C	El número de consultorios de la USF concomitantemente permite la atención ambulatorial de los médicos y enfermeros de la SF.	( S ) ( N )
El estándar se refiere a la existencia de consultorios con equipamientos básicos (estándar 3.1) en un número suficiente para que médicos y enfermeros de los ESF realicen la atención de forma concomitante, sin interrupciones en cualquier periodo de funcionamiento de la USF.				

## Documento Técnico

3.12	PB	<b>C</b>	Los tensiómetros y balanzas de la USF son calibrados de acuerdo con parámetros técnicos.	( S ) ( N )
Considerar la respuesta afirmativa cuando la calibración y mantenimiento preventivo de estos equipamientos se realice, por lo menos, semestralmente.				
3.13	PB	<b>C</b>	Los ACS disponen de otros equipamientos para el trabajo externo.	( S ) ( N )
Entre esos equipamientos pueden constar calzados, protector solar, paraguas o sombrillas.				
3.14	> 100	<b>C</b>	La USF dispone de línea telefónica.	( S ) ( N )
Se trata de una línea propia de la USF, no se considera teléfono público o teléfono celular de los profesionales.				
3.15	> 100	<b>C</b>	La USF dispone de equipamiento de informática.	( S ) ( N )
El estándar se refiere a que la USF dispone de, por lo menos, un equipamiento compuesto por: CPU, monitor de video, teclado, Mouse, estabilizador e impresora compatibles en buenas condiciones de uso, así como, insumos que permitan su funcionamiento (papel, cartuchos de tinta).				
3.16	PB	<b>C</b>	La USF dispone de una sala para la realización de reuniones de equipo, actividades internas de los ACS y actividades de Educación Permanente.	( S ) ( N )
Este espacio puede ser de uso múltiple y alternado, aunque exclusivo para tales actividades. Esta sala puede ser viabilizada de diversas formas, respetándose las condiciones locales.				
3.17	PB	<b>C</b>	La USF dispone de otros equipamientos para la atención de los equipos.	( S ) ( N )
El estándar se refiere a la existencia en la USF de electrocardiógrafo y oftalmoscopio como equipamientos que posibilitan el aumento de la resolución de la AP.				
3.18	PB	<b>C</b>	La USF dispone de equipamientos indicados para atención rápida en los casos de urgencias y emergencias.	( S ) ( N )
El estándar se refiere a que la USF posea: ambu, máscara, cánula de Guedel, gelco para punción de vasos gruesos en adultos y niños, soluciones para hidratación parenteral y medicamentos básicos de uso en paro cardiorrespiratorio.				

3.19	PB	<b>C</b>	El traslado de los profesionales de la SF para la realización de las actividades externas programadas se realiza en vehículos de la SMS.	( S ) ( N )
La respuesta debe ser afirmativa cuando haya disponibilidad de un vehículo de la SMS para atender las actividades externas programadas por los ESF.				

3.20	PB	<b>C</b>	La USF dispone de equipamientos electrónicos para actividades educativas.	( S ) ( N )
El estándar se refiere a la presencia de televisión, videocasete y/o DVD, equipo de sonido.				

3.21	PB	<b>C</b>	Los consultorios odontológicos permiten la realización de la atención del THD y del cirujano dentista de manera integrada.	( S ) ( N )
La disposición física de los consultorios, equipamientos (listados en el 3.5) e instrumentales posibilitan la atención concomitante por el cirujano dentista y el THD, de manera integrada.				

### Q Buena

3.22	> 100	<b>B</b>	La USF está equipada para atender a las personas con necesidades especiales: rampas, pasamanos, ancho de las puertas, baños, silla de ruedas.	( S ) ( N )
Aunque sean estructuras fundamentales en cualquier USF, su existencia califica la atención dada, ampliando el acceso, la equidad y la resolución de la AP.				

### Q Avanzada

3.23	> 100	<b>A</b>	La USF dispone de acceso a Internet y ofrece su uso a los trabajadores de la SF a partir de criterios definidos.	( S ) ( N )
La Internet es considerada un importante recurso para comunicación, obtención de informaciones técnicas relevantes y actualización técnica (educación continuada). La existencia de Internet banda ancha en la USF, con disponibilidad para los trabajadores de la SF (estableciéndose los criterios) constituye una marca importante de calidad de la AP.				

3.24	PB	<b>A</b>	Los consultorios donde son realizados los exámenes ginecológicos poseen baño exclusivo.	( S ) ( N )
Este estándar se refiere a las condiciones ideales para la atención ginecológica, en relación a la comodidad y privacidad.				

## Insumos, Inmunobiológicos y Medicamentos

### Q Elementar

3.25	PB	<b>E</b>	La USF realiza de forma rutinaria todas las vacunaciones del calendario básico de los programas Nacional y Estatal de Inmunización.	<b>( S ) ( N )</b>
Para el Programa Nacional considerar las definiciones de la Secretaría de Vigilancia en Salud, Ministerio de Salud: <a href="http://dtr2001.saude.gov.br/svs/imu/imu02.htm">http://dtr2001.saude.gov.br/svs/imu/imu02.htm</a>				

3.26	PB	<b>E</b>	La USF ofrece, con regularidad y en cantidad suficiente, medicamentos básicos indicados en los tratamientos de las parasitosis más frecuentes.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere al abastecimiento de estos medicamentos con cobertura del 80% de las necesidades del territorio, con frecuencia regular y programada de tal forma que las faltas sean eventuales y no comprometan la resolución del tratamiento instituido. Puede calcularse mediante la demanda no atendida.				

3.27	PB	<b>E</b>	Las ESF/SB disponen de materiales e insumos para la realización de las actividades educativas con la población.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar considera como insumos mínimos para las actividades de educación en salud: cartulina o similares, pinceles atómicos, cuerda, cola, tijera, álbum seriado e impresos.				

3.28	PB	<b>E</b>	La USF envía con regularidad y en cantidad suficiente medicamentos indicados en la prevención y tratamiento de las anemias carenciales e hipovitaminosis.	<b>( S ) ( N )</b>
Al utilizar la expresión "con regularidad y en cantidad suficiente" el estándar se refiere al envío de estos medicamentos con cobertura de 80% de las necesidades del territorio, con una frecuencia regular y programada de tal forma que las faltas sean eventuales y no comprometan la resolución del tratamiento instituido. Se debe prever la atención a niños y gestantes.				

### Q Desarrollo

3.29	PB	<b>D</b>	La USF dispone de insumos básicos en cantidad suficiente para el desarrollo regular de las acciones de salud.	<b>( S ) ( N )</b>
Considerar como insumos básicos: algodón, gasa, esparadrapo, aguja, jeringa, guante de procedimiento, hilo para sutura, vendas de gasa, depresor de lengua, termómetro, máscaras para inhalación. Interrupciones eventuales de suministro que no perjudiquen la continuidad y calidad de la atención no deben considerarse.				

3.30	PB	<b>D</b>	La USF dispone de insumos de SB en suficiente cantidad para el desarrollo de las acciones con regularidad.	<b>( S ) ( N )</b>
Interrupciones eventuales de suministro que no perjudiquen la continuidad y calidad de la atención no deben considerarse.				

3.31	PB	<b>D</b>	La USF dispone de material impreso en cantidad suficiente para el desarrollo regular de las acciones de salud.	<b>( S ) ( N )</b>
Por ejemplo: formularios, recetarios y solicitudes. Interrupciones eventuales de suministro que no perjudiquen la continuidad y calidad de la atención no deben considerarse.				

3.32	PB	<b>D</b>	La USF dispone de glicosímetros y estoque de cintas en cantidad suficiente.	<b>( S ) ( N )</b>
Equipamiento e insumos considerados indispensables en el acompañamiento de la población de diabéticos. Considerar, para las cintas, cantidad suficiente para el 80% de la demanda.				

3.33	PB	<b>D</b>	La USF envía regularmente y en cantidad suficiente antibióticos básicos indicados en los tratamientos de las enfermedades infecciosas más frecuentes, incluidas en la lista padronizada de antibióticos de la SMS.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere al suministro de los antibióticos utilizados en la Atención Primaria, con cobertura de 80% o más de las necesidades del territorio, con una frecuencia regular y programada de tal forma que las faltas sean eventuales y no comprometan la resolución del tratamiento instituido.				

3.34	PB	<b>D</b>	La USF envía con regularidad y en cantidad suficiente los medicamentos básicos indicados en los tratamientos de la Hipertensión Arterial Sistémica.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere al suministro de estos medicamentos con cobertura de 80% o más de las necesidades del territorio, con una frecuencia regular y programada de tal forma que las faltas sean eventuales y no comprometan la resolución del tratamiento instituido.				

3.35	PB	<b>D</b>	La USF envía con regularidad y en cantidad suficiente los medicamentos orales básicos indicados en los tratamientos de la Diabetes Mellitus.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere al suministro de estos medicamentos con cobertura de 80% o más de las necesidades del territorio, con una frecuencia regular y programada de tal forma que las faltas sean eventuales y no comprometan la resolución del tratamiento instituido.				

## Q Consolidada

3.36	PB	<b>C</b>	La USF envía con regularidad y en cantidad suficiente insulina NPH, indicado para el tratamiento de la Diabetes Mellitus, oriunda de un almacenamiento adecuado en refrigerador.	( S ) ( N )
El estándar se refiere al suministro de estos medicamentos con cobertura de 80% o más de las necesidades del territorio, con una frecuencia regular y programada de tal forma que las faltas sean eventuales y no comprometan la resolución del tratamiento instituido.				

3.37	PB	<b>C</b>	La USF dispone de medicamentos básicos indicados en la atención rápida a los casos de crisis hipertensiva de acuerdo con los protocolos locales, estoqueados en condiciones adecuadas.	( S ) ( N )
El estándar considera los medicamentos definidos en protocolos clínicos, en cantidad suficiente para la atención a la demanda especificada. La existencia de este recurso contribuye para el aumento de la resolución de la AP.				

## Q Buena

3.38	PB	<b>B</b>	La USF dispone de medicamentos inhalables para la crisis asmática, estoqueados en local adecuado.	( S ) ( N )
Atención al 100% de la demanda. La existencia de este recurso contribuye para el aumento de la resolución de la AP.				

3.39	PB	<b>B</b>	La USF dispone de medicamentos para el tratamiento de las enfermedades del tracto gastrointestinal.	( S ) ( N )
El estándar se refiere al suministro de estos medicamentos con cobertura de 80% o más de las necesidades del territorio, con una frecuencia regular y programada de tal forma que las faltas sean eventuales y no comprometan la resolución del tratamiento instituido.				

## Q Avanzada

3.40	PB	<b>A</b>	La USF dispone de medicamentos básicos indicados en la atención rápida a los casos de crisis epiléptica de gran mal de acuerdo con los protocolos locales, estoqueados en un local adecuado.	( S ) ( N )
Atención al 100% de la demanda. La existencia de este recurso contribuye para el aumento de la resolución de la AP.				





## Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la Estrategia de Salud de la Familia

# Instrumento nº 4

### Consolidación del Modelo de Atención

#### Organización del Trabajo de Salud de la Familia

#### Q Elemental

4.01	<b>E</b>	El registro de las familias es actualizado mensualmente.	<b>( S ) ( N )</b>
El estandar se refiere a la acción preconizada de que las familias del área sean visitadas mensualmente, siendo posible la actualización de la ficha A del SIAB. Considerar, para una respuesta afirmativa, la actualización en el sistema de información.			

4.02	<b>E</b>	La visita domiciliar es una actividad sistemática y permanente de todos los miembros del ESF.	<b>( S ) ( N )</b>
En la estrategia SF la VD se considera una acción fundamental, que debe ser desarrollada por todos los profesionales del equipo de manera integrada y complementaria. Posibilita el mejor conocimiento de la comunidad, los riesgos asociados a la conformación del territorio, ampliar el vínculo e identificar casos que necesitan de Asistencia Domiciliar tales como pacientes en cama o con dificultad de locomoción. Se recomienda que el médico y el enfermero dediquen por lo menos cuatro horas por semana, cada uno, para realizar esta actividad.			

4.03	<b>E</b>	La unidad SF funciona todos los días útiles, en los dos turnos de trabajo.	<b>( S ) ( N )</b>
El estandar se refiere a que la unidad de SF funcione por lo menos ocho horas diarias, dando atención.			

4.04	<b>E</b>	El equipo desarrolla acciones permanentes de orientación a la población sobre las características de la estrategia de SF.	<b>( S ) ( N )</b>
El estandar se refiere a que el ESF actúe junto a la comunidad, de manera permanente y sistemática (por lo menos una vez por trimestre), orientando y aclarando sobre las características del modelo de SF adoptado para el área.			

#### Q Desarrollo

4.05	<b>D</b>	El ESF utiliza las informaciones del SIAB para la planificación del trabajo.	<b>( S ) ( N )</b>
El estandar se refiere al uso de las informaciones presentes en la Ficha A del SIAB para la planificación del trabajo del ESF: población, grupos etareos, enfermedades referidas y condición de las viviendas, entre otras.			

4.06	<b>D</b>	El ESF trabaja con un mapa de su área de acción en el cual están determinadas las micro áreas de responsabilidad de los ACS.	<b>( S ) ( N )</b>
El mapa del área de acción del ESF, discriminando las micro áreas de acción de los ACS, es una de las acciones iniciales más importantes para la estructuración del trabajo del equipo en relación a su territorio.			

4.07	<b>D</b>	El equipo realiza un diagnóstico situacional de salud de la población, identificando los problemas más frecuentes.	<b>( S ) ( N )</b>
El estandar se refiere al levantamiento de las informaciones presentes en la Ficha A (SIAB) asociado al mapeamiento de áreas de riesgo y entrevistas con líderes de la comunidad. Otras fuentes de información pueden ser los datos del IBGE (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística), de los sistemas de información en salud y de la prensa.			
4.08	<b>D</b>	La Asistencia Domiciliar se planifica considerándose las indicaciones para acción de los profesionales del ESF.	<b>( S ) ( N )</b>
El estandar se refiere a la existencia de planificación para la asistencia domiciliar, considerando la especificidad profesional y necesidad de intervención para el caso, buscando optimizar e integrar la acción de los profesionales de nivel superior del equipo.			
4.09	<b>D</b>	Los prontuarios están organizados por núcleos familiares, fortaleciendo el modelo de atención de SF.	<b>( S ) ( N )</b>
El estandar se refiere a la organización del prontuario familiar en el cual están contenidos los prontuarios individuales. Estos pueden estar organizados, inclusive, por micro áreas. Esta forma de organización puede desarrollarse, inclusive, en los casos de prontuarios informatizados.			

**Q Consolidada**

4.10	<b>C</b>	El ESF posee registros de aspectos variados del territorio y su población.	<b>( S ) ( N )</b>
Nível más avanzado en relación a 4.5, indicando análisis profundizado sobre la situación de salud de las familias y de los individuos del territorio. El equipo busca conocer y registrar aspectos demográficos, socioeconómicos, étnicos, culturales, ambientales y sanitarios de la área adscrita.			
4.11	<b>C</b>	El cronograma de actividades es definido en conjunto por los miembros del equipo y se basa en el análisis situacional de salud del área.	<b>( S ) ( N )</b>
Estandar más elevado en relación al 4.3, indicando que un proceso de trabajo esta siendo perfeccionado: los miembros del equipo se reúnen para la elaboración del cronograma y utilizan datos del análisis situacional de salud del territorio, adecuando el tiempo y el tipo de actividad a ser desarrollada con el perfil encontrado.			
4.12	<b>C</b>	El ESF registra y monitorea las referencias para otros niveles de atención.	<b>( S ) ( N )</b>
Los encaminamientos para las referencias (atención especializada) son registrados sistemáticamente en otros instrumentos además del prontuario médico, permitiendo el monitoreo del flujo: casos atendidos / no atendidos, tiempo de espera y retorno de las informaciones a las unidades (contrarreferencia). La respuesta debe ser afirmativa cuando las acciones propuestas estén contempladas: registro y acompañamiento.			
4.13	<b>C</b>	El ESF registra y monitorea las solicitudes de exámenes diagnósticos.	<b>( S ) ( N )</b>
La solicitud de exámenes se registra sistemáticamente en otros instrumentos además del prontuario médico, que permiten el monitoreo del flujo: casos atendidos / no atendidos, tiempo de espera y retorno de las informaciones a las unidades (contrarreferencia). La respuesta debe ser afirmativa cuando las acciones propuestas estén contempladas: registro y acompañamiento.			
4.14	<b>C</b>	El ESF notifica a los usuarios sobre la marcación de consultas especializadas y/o exámenes.	<b>( S ) ( N )</b>
El estandar se refiere a que los profesionales del equipo localicen y comuniquen, directamente a los usuarios, el horario y local de la realización de exámenes y consultas que fueron marcados por el equipo.			

# Documento Técnico

4.15	<b>C</b>	El ESF dedica un periodo de la semana para reunión de equipo.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estandar se refiere a un período de hasta cuatro horas semanales que el equipo dedica a la realización de una reunión con todos sus miembros, en conjunto o no con la coordinación. El objetivo de esta actividad es permitir la discusión de los casos, la planificación de las acciones, evaluaciones, solución de conflictos e intercambio de conocimientos. Para los equipos que asisten zonas rurales, el estandar considera dos reuniones mensuales de cuatro horas.</p>			

4.16	<b>C</b>	El ESF dedica una reunión mensual a la evaluación de los resultados alcanzados y el planificación de la continuidad de las acciones.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estandar se refiere a que el ESF dedique una de sus reuniones, en conjunto o no con la coordinación, a la evaluación de los resultados alcanzados y la planificación de la continuidad de las acciones. El estandar no considera las reuniones dedicadas a la operacionalización de la finalización de los datos para el SIAB, en que las acciones de evaluación y planificación no están incluidas.</p>			

## Q Buena

4.17	<b>B</b>	El ESF monitorea la búsqueda por el servicio en relación al tipo de solicitud, verificando el porcentaje de atención.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El ESF estudia el flujo de atenciones en la USF realizando un registro y monitoreo de la búsqueda por tipo de atención (consulta infantil, mujeres, hipertensos, exámenes, procedimientos y otros), verificándose el porcentaje de atención de la demanda observada.</p>			

4.18	<b>B</b>	Los mapas de trabajo del equipo están actualizados y indican situaciones dinámicas del territorio y su población.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Estandar más elevado en relación al 4.6. Además de las áreas de responsabilidad de los ACS, los mapas de trabajo del ESF discriminan los principales recursos comunitarios, las regiones de mayor vulnerabilidad/riesgo, acompañamiento de situaciones epidemiológicas, entre otros procesos. Indica el perfeccionamiento en dirección al trabajo con mapas más dinámicos e informativos, los mapas vivos.</p>			

4.19	<b>B</b>	El ESF trabaja el diagnóstico, la planificación y la realización de las acciones para el territorio de manera integrada.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estandar entiende que los miembros de los equipos SF y SB desarrollan acciones de análisis de la situación de salud, planificación e intervenciones junto a la población de forma conjunta, integrada y complementaria.</p>			

## Q Avanzada

4.20	<b>A</b>	El ESF organiza un "panel de situación" con los mapas, datos e informaciones de salud del territorio.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estandar se refiere a un recurso de organización y planificación también conocido como "marcador de la salud", "panel de salud" o también cuadro o sala de situación, dependiendo de la región. Consiste en un mural o panel fijado en un local accesible, en el cual el ESF ordena los datos, informaciones y hasta mapas de la región y del trabajo del equipo, permitiendo el acompañamiento visual por los profesionales y por la comunidad. Considerar para respuesta afirmativa que la actualización es trimestral.</p>			

4.21	<b>A</b>	El ESF realiza una evaluación semestral de los resultados alcanzados	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Estandar avanzado, que indica la presencia de una cultura de evaluación en el servicio. El equipo realiza semestralmente, en conjunto o no con la coordinación, el levantamiento y análisis comparativo del perfil de salud de la población, de la cobertura y del impacto de las acciones, utilizando indicadores establecidos previamente.</p>			

## Acogimiento, Humanización y Responsabilización

### Q Elemental

4.22	<b>E</b>	Existe una atención diferenciada para las familias en situación de riesgo, vulnerabilidad y/o aislamiento social.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El equipo conoce y presta asistencia de manera diferenciada a las familias en situaciones de riesgo, vulnerabilidad y/o aislamiento social. Considerar la respuesta afirmativa cuando se puedan presentar acciones concretas en relación a estas familias, tales como: un mayor número de VD, priorización en la marcación de las consultas, movilización de la red social, entre otras.</p>			

4.23	<b>E</b>	Las informaciones sobre el funcionamiento del servicio son ofrecidas a los usuarios de manera clara y accesible.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estandar se refiere a que el equipo está sensibilizado y ofrece informaciones a la población que posibiliten un mejor y mayor uso de los servicios disponibles. El estandar considera que las informaciones son transmitidas a los usuarios tanto de forma verbal como escrita, por medio de afiches fijados en la recepción de la USF, por ejemplo. Considerar la respuesta afirmativa cuando todos los miembros del equipo actúan de la manera indicada por el estandar.</p>			

### Q Desarrollo

4.24	<b>D</b>	Existe atención diferenciada y auxilio a los usuarios en situación de analfabetismo y exclusión social en relación al acceso y uso del servicio.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Los miembros del equipo están sensibilizados y prestan especial atención y informaciones a los individuos con dificultades para obtener informaciones y/o comprender las recomendaciones debido al analfabetismo y otras situaciones de exclusión social. Estas acciones de acogimiento y humanización son fundamentales para ampliar el acceso y la equidad. Considerar la respuesta afirmativa cuando todos los miembros del equipo actúen de la forma indicada por el estandar.</p>			

4.25	<b>D</b>	Existen criterios orientadores diferenciando situaciones de atención inmediata de aquellas programadas.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a la existencia de un documento de referencia o protocolo, conteniendo orientaciones para la realización del acogimiento resolutivo (discriminando situaciones de consulta marcada y de atención de urgencia), disponibles para los profesionales del equipo. Estos pueden haber sido creados por el propio equipo, así como, por la coordinación, SMS u otra instancia.</p>			

4.26	<b>D</b>	Recursos para el registro de sugerencias y reclamaciones están al alcance de los usuarios.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere al ofrecimiento y facilitación del acceso a urna, libro, u otros mecanismos menos formales de registro (anotación por los profesionales de hablas libres durante el contacto con la población), de las sugerencias y reclamaciones, garantizando el sigilo del usuario.</p>			

### Q Consolidada

4.27	<b>C</b>	El ESF ofrece otros horarios para la atención de las familias que no pueden comparecer durante el periodo habitual de funcionamiento de la USF o del trabajo del equipo.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF planea sus 40 horas semanales viabilizando horarios diferenciados (después de las 18:00, antes de las 7:00 u otros) para la atención de miembros de las familias que no pueden comparecer durante el periodo habitual de funcionamiento de la USF.</p>			

4.28	<b>C</b>	Existe escucha y atención a los usuarios durante el periodo de funcionamiento de la USF.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere al acogimiento de los usuarios en periodo integral, con escucha de la demanda realizada en un espacio apropiado de la USF, por un profesional del equipo. A partir de esta escucha calificada son determinadas las acciones y los servicios más apropiados, de acuerdo con la necesidad de los usuarios y los criterios clínicos establecidos.</p>			

4.29	<b>C</b>	El ESF evalúa y responde a las sugerencias y reclamaciones encaminadas, viabilizando la atención de las solicitudes.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Estándar más elevado en relación al 4.26 refiriéndose al análisis semanal de las sugerencias y reclamaciones formalizadas por escrito en una urna, libro, o aquellas recibidas informalmente, con encaminamiento de respuestas y acciones para atención de las reivindicaciones.</p>			

## Q Buena

4.30	<b>B</b>	El ESF desarrolla iniciativas para estimular el desarrollo de la autonomía, del autocuidado y de la corresponsabilidad por parte de los usuarios.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF desarrolle iniciativas, tales como: grupos operativos, talleres o actividades similares teniendo como eje principal el estímulo al desarrollo de la autonomía, del autocuidado y de la corresponsabilidad por parte de los usuarios. Considera la respuesta como afirmativa cuando puedan presentarse experiencias concretas.</p>			

4.31	<b>B</b>	Existe monitoreo del tiempo medio de espera por los servicios.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El ESF estudia el flujo de solicitudes (demanda), monitoreando el tiempo medio transcurrido entre el momento de la solicitud por el usuario (marcación) y atención en el servicio. A partir del análisis podrán encontrarse soluciones para reducir el tiempo de espera por los servicios. El estándar considera apenas los servicios prestados por el propio equipo: consultas y procedimientos. Este monitoreo puede realizarse a través de una muestra.</p>			

## Q Avanzada

4.32	<b>A</b>	El ESF esta sensibilizado para abordar cuestiones relacionadas a estigmas, prejuicios y situaciones de discriminación racial, étnica y otras, promoviendo un mejor uso de los servicios de salud.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El ESF esta atento y sensibilizado, percibiendo y sabiendo abordar, tanto en la USF como en la comunidad, situaciones y procesos subjetivos, tales como estigmas, prejuicios y discriminaciones que excluyen y dificultan el acceso de los usuarios a los servicios de salud. Considerar la respuesta afirmativa cuando todos los miembros del equipo actúan de la manera indicada por el estándar.</p>			

4.33	<b>A</b>	Los servicios se ofrecen sin restricción de horarios por ciclos de vida, patologías o grupos poblacionales específicos.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que la oferta de los servicios este basada en una organización flexible y sensible, que concilia la planificación de las acciones a las necesidades de la población. En esta situación, la planificación de las acciones por ciclos de vida, patologías o grupos poblacionales específicos son referencias flexibilizadas para garantizar los intereses y necesidades de los usuarios.</p>			

## Promoción de la Salud

### Q Elemental

4.34	<b>E</b>	Se desarrollan estrategias para estimular la alimentación saludable, respetando la cultura local.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el equipo conozca los hábitos, cultura y alimentos más utilizados por la población local y promover la integración de sus orientaciones técnicas a estos aspectos en la realización de actividades de educación en salud (grupos operativos, charlas y talleres) de incentivo a la alimentación saludable.			

### Q Desarrollo

4.35	<b>D</b>	Acciones dirigidas a la promoción de ambientes saludables son realizadas, respetándose la cultura y las particularidades locales.	<b>( S ) ( N )</b>
Son desarrolladas acciones educativas tales como charlas y grupos operativos, preferencialmente con metodología participativa, buscando ampliar el conocimiento sobre situaciones de riesgo sanitario, ambiental y ecológico. Pueden realizarse en sociedad con ONGs o con otras instituciones. Para respuesta afirmativa considerar la frecuencia mínima trimestral.			

4.36	<b>D</b>	Se elaboran estrategias con la población para enfrentar los problemas sociales de mayor expresión local.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el equipo se reúna con la comunidad, de manera sistemática, con el objetivo de conocer los problemas sociales y elaborar planes, proyectos y estrategias concretas para enfrentarlos.			

4.37	<b>D</b>	El ESF desarrolla grupos educativos y de convivencia con los padres, abordando contenidos de salud del niño.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF realice mensualmente, con los padres y madres de los niños que están siendo acompañados, grupos con aspectos educativos y de convivencia, durante los cuales se abordan contenidos relacionados a la salud global del niño: alimentación, crecimiento, estímulos al desarrollo, inmunizaciones, prevención de accidentes, sueño, hábitos de higiene, límites y afecto, entre otros.			

4.38	<b>D</b>	El ESF realiza acciones educativas de convivencia con los hipertensos que están siendo acompañados.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que los miembros del ESF realicen grupos educativos y de convivencia con los hipertensos del área, con regularidad bimensual, respetando la cultura y los hábitos locales.			

4.39	<b>D</b>	El ESF realiza acciones educativas de convivencia con los diabéticos que están siendo acompañados.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que los miembros del ESF realicen grupos educativos y de convivencia con los diabéticos del área, con regularidad bimensual, respetando la cultura y los hábitos locales.			

# Documento Técnico

## Q Consolidada

4.40	<b>C</b>	Se desarrollan acciones sistemáticas de educación en salud en las escuelas y guarderías, abordando la salud de los niños.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere al desarrollo de acciones y a abordar contenidos relacionados a la salud global de los niños, realizadas por lo menos dos veces al año por los equipos de SF. Considerar los últimos 12 meses para la evaluación del estándar.			
4.41	<b>C</b>	Se desarrollan acciones sistemáticas de educación en salud en las escuelas abordando la salud de los adolescentes y jóvenes.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere al desarrollo de acciones y a abordar contenidos relacionados a la salud global de los adolescentes y jóvenes, realizadas por lo menos dos veces al año por los equipos de SF. Considerar los últimos 12 meses para la evaluación del estándar.			
4.42	<b>C</b>	El ESF impulsa grupos educativos que abordan contenidos de sexualidad y prevención de DST/SIDA.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF impulse y apoye grupos educativos con la población de adultos del área, abordando temas relacionados a la sexualidad y la prevención de DST/SIDA, por lo menos, trimestralmente.			
4.43	<b>C</b>	El ESF desarrolla acciones colectivas de socialización, promoción de la salud y mejora de la calidad de vida de los ancianos.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que los miembros del ESF desarrollen mensualmente acciones colectivas de socialización, promoción de la salud y mejora de la calidad de vida de los ancianos por medio de grupos de convivencia u otras actividades en la comunidad, tales como: visitas a espacios culturales, paseos, fiestas, etc.			
4.44	<b>C</b>	El ESF desarrolla actividades educativas con los ancianos abordando contenidos relacionados a los derechos y al Estatuto del Anciano.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF conozca, valore, y desarrolle actividades educativas con los ancianos, abordando contenidos relacionados a los derechos y al Estatuto del Anciano.			
4.45	<b>C</b>	El ESF desarrolla acciones educativas y/o de prevención en relación a la violencia doméstica.	<b>( S ) ( N )</b>
El equipo, solo o en sociedad con ONGs, organizaciones y movimientos sociales, realiza campañas y/o reuniones informativas en relación a la mediación de conflictos, actitudes/comportamientos de no violencia y por el desarme. Las víctimas principales de la violencia doméstica son niños y mujeres.			
4.46	<b>C</b>	El ESF estimula, desarrolla y/o acompaña actividades en el campo de las prácticas corporales con la población.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a la realización de alguna actividad de tipo estiramiento, capoeira, caminada, danza e prácticas orientales (lian-kun, tai-chi-chuan, chi-kun, entre otras) por profesionales habilitados. Considerar como afirmativa, también, se las acciones son desarrolladas en sociedad con organizaciones sociales.			
4.47	<b>C</b>	El ESF desarrolla estrategias para la integración entre el saber popular y el saber técnico científico.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere al desarrollo y registro de acciones concretas y sistemáticas en el campo de las prácticas populares de salud. Pueden considerarse acciones desarrolladas en conjunto con la Pastoral del Niño y/u otras pastorales, movimientos sociales, rezadoras, shamanes, fitoterapeutas locales, entre otros actores sociales, en la perspectiva del intercambio e integración de conocimientos.			

**Q Buena**

4.48	<b>B</b>	El equipo planea, ejecuta y acompaña las acciones en su área de acción en sociedad y/o articulación informal con ONGs, asociaciones, consejos, iglesias y movimientos sociales.	( S ) ( N )
El ESF planifica y ejecuta proyectos y acciones en sociedad con organismos públicos, organizaciones y movimientos sociales, considerando el diagnóstico de las necesidades en salud/problemas de la comunidad y su solución.			

4.49	<b>B</b>	El ESF impulsa grupos operativos que abordan contenidos de sexualidad y prevención de DST/SIDA con los ancianos.	( S ) ( N )
El estándar se refiere a que el ESF esté sensibilizado y habilitado para abordar contenidos de sexualidad en la tercera edad y prevención de DST/SIDA, desarrollándolos por medio de grupos operativos con los ancianos.			

4.50	<b>B</b>	El ESF desarrolla acciones de educación en salud con abordaje problematizador.	( S ) ( N )
Se usa el abordaje por problemas, según el marco teórico de la Red de Educación Popular en Salud. Ver la página Web: <a href="http://www.redepopsaude.com.br">http://www.redepopsaude.com.br</a>			

4.51	<b>B</b>	El ESF desarrolla acciones para la integración de los portadores de trastornos mentales en actividades colectivas regulares.	( S ) ( N )
El estándar se refiere a la inserción de los portadores de trastornos mentales en grupos operativos del ESF, talleres, actividades de convivencia comunitaria, culturales, de diversión, etc. Para respuesta afirmativa considerar la participación de estos usuarios en actividades mensuales.			

**Q Avanzada**

4.52	<b>A</b>	El ESF realiza acciones educativas y/o de prevención en relación a los accidentes de tránsito.	( S ) ( N )
El equipo solo o en sociedad con ONGs, organizaciones y movimientos sociales realiza campañas y/o reuniones informativas en relación a los cuidados en el tránsito, incluyendo orientaciones sobre los atropellamientos. Las acciones educativas pueden realizarse en escuelas, plazas, etc. La respuesta deberá ser afirmativa cuando las acciones acontecen por lo menos semestralmente.			

4.53	<b>A</b>	Existen iniciativas en funcionamiento, realizadas en conjunto con la población, con énfasis en el desarrollo comunitario.	( S ) ( N )
El estándar se refiere a la existencia de iniciativas con énfasis en el desarrollo comunitario, en que el equipo participa o realiza en conjunto con la población y/o movimientos sociales: huertas comunitarias, actividades de generación de renta y alfabetización, entre otras. Para respuesta afirmativa, considerar experiencias funcionando de manera continua en los últimos 24 meses.			

4.54	<b>A</b>	Se realiza el acompañamiento de los usuarios de alcohol y otras drogas, en las perspectiva de reducción de daños y el fortalecimiento de la red social y comunitaria.	( S ) ( N )
El estándar se refiere a que el ESF conoce las perspectivas de reducción de daños y el fortalecimiento de la red social y comunitaria, y acompaña a los usuarios de alcohol y otras drogas que están en tratamiento por la referencia.			

## Participación Comunitaria y Control Social

### Q Desarrollo

4.55	<b>D</b>	El ESF debate regularmente con la comunidad temas de ciudadanía, derechos de salud, y funcionamiento del SUS.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF desarrolla, por lo menos una vez por trimestre, conferencias, grupos operativos u otras actividades participativas en las cuales los temas de ciudadanía, derechos de salud, y funcionamiento del SUS son el foco principal. Estas acciones pueden ser desarrolladas en conjunto con otros organismos públicos u organizaciones sociales.</p>			

### Q Consolidada

4.56	<b>C</b>	El ESF se reúne con la comunidad trimestralmente para debatir los problemas locales de salud, la asistencia realizada y los resultados alcanzados.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a reuniones con la comunidad y/o sus representantes, una vez a cada trimestre, para debatir y evaluar los problemas de salud, la asistencia realizada y los resultados de las acciones desarrolladas, documentándose en acta u otros instrumentos de registro los aspectos y encaminamientos relevantes.</p>			

### Q Buena

4.57	<b>B</b>	El ESF participa de reuniones con consejos de salud.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar considera la participación de uno o más integrantes del equipo en reuniones de consejos de salud (Consejo Local de Salud, Distrital y/o Consejo Municipal de Salud). Considerar como respuesta afirmativa si la frecuencia es mayor o igual al 75% de las reuniones, siendo considerada válida la participación rotativa entre los integrantes del equipo o de miembros formalmente electos, con derecho a asiento/voto.</p>			

### Q Avanzada

4.58	<b>A</b>	Existe participación de representantes de movimientos sociales y usuarios en el proceso de planificación del trabajo de los ESF.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que los representantes de la comunidad y los movimientos sociales participen de manera efectiva del proceso de planificación de las acciones a ser realizadas por el equipo, buscando ampliar la comprensión sobre las necesidades de salud de la población y mejorar el intercambio. Para una respuesta afirmativa considerar la presencias del (de los) representante(s) comunitario(s) en reuniones mensuales de planificación en los últimos 12 meses.</p>			

## Vigilancia en Salud

### Vigilancia en Salud I : Acciones Generales del ESF

#### Q Elemental

4.59	<b>E</b>	El ESF desarrolla acciones de monitoreo de la situación alimentar y nutricional de la población.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Se refiere a las actividades de identificación, registro, asistencia y acompañamiento de niños y gestantes, registrando los datos en el SISVAN, de acuerdo a lo definido por la Norma Técnica de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (<a href="http://portalweb01.saude.gov.br/alimentacao/documentos/orientacoes_basicas">http://portalweb01.saude.gov.br/alimentacao/documentos/orientacoes_basicas</a> &gt; _sisvan.pdf).</p>			

4.60	<b>E</b>	Los profesionales del ESF realizan búsqueda activa para la detección de nuevos casos de Hipertensión Arterial Sistémica en la población.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a la realización regular de actividades en la comunidad dirigidas a la detección de la hipertensión arterial, incluyendo la medición de presión arterial. (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes)			

4.61	<b>E</b>	Los ACS desarrollan acciones educativas en la comunidad buscando la erradicación de los focos domiciliarios de Aedes aegypti.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere al desarrollo de acciones sistemáticas por el ESF junto con la comunidad para la erradicación de los focos domiciliarios de cría del Aedes aegypti, orientando (y actuando algunas veces en acciones colectivas) sobre el mantenimiento de cajas de agua, neumáticos, botellas, macetas de plantas, etc. Considerar para respuesta afirmativa la realización de, por lo menos, una actividad mensual en el periodo de septiembre a marzo.			

4.62	<b>E</b>	El ESF realiza la notificación obligatoria de enfermedades o envía boletines semanales negativos.	<b>( S ) ( N )</b>
El ESF conoce y realiza los procedimientos relacionados a la notificación obligatoria de enfermedades, contribuyendo para la alimentación fidedigna del Sistema Nacional de Daños (Agravos) de Notificación - SINAN.			

## Q Desarrollo

4.63	<b>D</b>	El ESF realiza acciones para detección de nuevos casos de tuberculosis.	<b>( S ) ( N )</b>
Se realizan acciones para la detección de tuberculosis, incluyendo búsqueda activa entre contactos y otros casos sospechosos (tos crónica).			

4.64	<b>D</b>	El ESF desarrolla acciones teniendo como foco la vigilancia ambiental y sanitaria.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el equipo desarrolle junto a la población, de manera regular y permanente, acciones con un enfoque ambiental, de carácter educativo o de intervención, abordando temas como: manipulación y conservación de alimentos, uso racional de productos de limpieza, medicamentos, tratamiento adecuado del agua para consumo humanos, destino de la basura, saneamiento, prevención de accidentes, presencia de riesgos físicos - torres de alta tensión, estaciones y subestaciones eléctricas y riesgos químicos - áreas cultivadas con agrotóxicos, industrias, contaminantes ambientales, etc.			

## Q Consolidada

4.65	<b>C</b>	El ESF realiza búsqueda activa para la detección de nuevos casos de Diabetes Mellitus en la población.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a la realización regular de actividades en la comunidad dirigidas a la detección de la Diabetes Mellitus, incluyendo la realización de glicemia capilar (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes).			

4.66	<b>C</b>	El ESF realiza acciones de detección de nuevos casos de Enfermedad de Hansen.	<b>( S ) ( N )</b>
Las acciones para la detección de Enfermedad de Hansen se caracterizan por la realización de búsqueda activa entre contactos y otros casos sospechosos.			

## Q Buena

4.67	<b>B</b>	El ESF desarrolla acciones para la identificación de situaciones de riesgo entre la población de ancianos.	<b>( S ) ( N )</b>
------	----------	--	--------------------

El estándar se refiere a que el ESF esté sensibilizado y conozca las situaciones de riesgo a las cuales están sujetos los ancianos: abandono, depresión, carencias nutricionales, accidentes domésticos, intoxicaciones inducidas por automedicación, entre otras. En este sentido, las visitas domiciliarias y encuentros con la comunidad pueden ser oportunidades para acciones de identificación de esas situaciones. Considerar la respuesta afirmativa cuando todos los miembros del equipo actúen de la manera indicada por el estándar.

4.68	<b>B</b>	El ESF está sensibilizado para identificar y actuar en situaciones de violencia sexual y doméstica.	<b>( S ) ( N )</b>
------	----------	---	--------------------

La identificación de los casos por medio de comunicación directa de las víctimas/vecinos o durante las visitas domiciliarias constituye un paso fundamental para la consejería, prevención y combate de estas formas de violencia. Acciones tales como la notificación y la acción de recursos previstos en otros órganos públicos son obligatorias. Considerar la respuesta afirmativa cuando todos los miembros del equipo actúan de la forma indicada por el estándar.

## Q Avanzada

4.69	<b>A</b>	El ESF acompaña la salud de la población según sus orígenes étnicos en relación a los riesgos y vulnerabilidades asociados.	<b>( S ) ( N )</b>
------	----------	---	--------------------

El estándar se refiere a que el equipo conozca y esté sensibilizado en relación a los daños y riesgos que inciden de forma más intensa en determinados grupos étnicos. La discriminación es de carácter positivo buscando una mayor atención a estos segmentos de la población. En el Brasil se destaca el desarrollo de directrices y acciones orientadas a la salud de la población negra. Considerar la respuesta afirmativa cuando todos los miembros del equipo actúen de la forma indicada por el estándar.

4.70	<b>A</b>	El ESF desarrolla acciones de vigilancia en el territorio, teniendo como foco los riesgos de salud del trabajador.	<b>( S ) ( N )</b>
------	----------	--	--------------------

El ESF está sensibilizado para la ocurrencia de riesgos, enfermedad y daños relacionados a la salud ocupacional (<http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador>). Considerar la respuesta afirmativa cuando todos los miembros del equipo actúen de la manera indicada por el estándar.





## Evaluación para la Mejoría de la Calidad de la Estrategia Salud de la Familia

# Instrumento nº5

### Atención en Salud

#### Salud de Niños

#### Q Elemental

5.1	<b>E</b>	Existe un registro actualizado de niños de hasta 5 años.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF posea, registrado y documentado en papel, su población de niños de hasta cinco años, discriminadas por grupo etareo (año a año) y sexo, actualizado mensualmente. A partir del conocimiento de esta población es posible desarrollar varias otras acciones indicadas en los niveles más elevados de la calidad. Responder de manera afirmativa cuando la actualización sea permanente, incluyendo actualización del sistema de información.</p>			
5.2	<b>E</b>	La tarjeta o cuaderno del niño es evaluado y llenado en todas las situaciones de búsqueda de atención.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que todos los miembros del equipo conozcan la tarjeta o cuaderno del niño, estén sensibilizados para la importancia de este instrumento en el acompañamiento de la población infantil solicitando que sea presentado por los padres o responsables y evaluándolo (y llenándolo siempre que esté indicado) en todas las situaciones de búsqueda por atención.</p>			
5.3	<b>E</b>	Todos los miembros del ESF están habilitados para reconocer y orientar acciones en caso de deshidratación infantil.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que todos los miembros del ESF estén habilitados para reconocer los principales signos indicativos y los síntomas de deshidratación infantil y sepan orientar la preparación y administración del suero casero o de las sales de rehidratación oral distribuidos o adquiridos en farmacias.</p>			
5.4	<b>E</b>	El ESF desarrolla acciones sistemáticas, colectivas e individuales, de incentivo a la lactancia materna en el prenatal y el puerperio.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF estimule y oriente la lactancia materna, en grupos de gestantes o a cada una individualmente cuando sea necesario, con regularidad programada. Lo ideal es que estas acciones sucedan todos los meses, durante las consultas prenatales.</p>			
5.5	<b>E</b>	80% o más de los niños del área con hasta un año de vida están siendo acompañadas en su crecimiento y desarrollo.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a la cobertura de las acciones de puericultura, específicamente al componente de acompañamiento del C&amp;D, en la población de niños de hasta 1 años de vida del área de acción del ESF. Se preconiza la realización de por lo menos siete consultas (médica o de enfermería) en el primer año de vida: 15 días, 1 mes, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses. Considerar para respuesta afirmativa al estándar la cobertura con siete consultas, independientemente del momento en que fueron realizadas.</p>			

5.6	<b>E</b>	90% o más de los niños del área con hasta un año de vida con esquema de vacunación al día.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a la cobertura de las acciones de puericultura, específicamente al componente de inmunización, en la población de niños de hasta 1 año de vida del área de acción del ESF.			

## Q Desarrollo

5.7	<b>D</b>	El ESF realiza el abordaje de señales de peligro/riesgo en los niños traídos para atención en la USF, estableciendo prioridades de atención y acompañamiento.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere al flujograma "Abordaje de riesgo del niño en la unidad de salud" presentado en la Pág. 73 de la Agenda de Compromisos para la Salud Integral del Niño y Reducción de la Mortalidad Infantil, publicada en 2004. Si el ESF usa algún otro flujograma o protocolo, lo esencial es que estén establecidas las situaciones de atención médica inmediata. ( <a href="http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf">http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf</a> ).			

5.8	<b>D</b>	80% o más de los niños con hasta 5 años, en situación de riesgo, están siendo acompañados por el ESF.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF posea un registro de la población de hasta 5 años; identificar aquellos que están en situación de riesgo (Agenda de Compromisos para la Salud Integral del Niño y Reducción de la Mortalidad Infantil, MS, 2004, <a href="http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf">http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf</a> ) y acompañarlos mensualmente mediante consultas médicas y de enfermería, VD, orientaciones y grupos operativos regulares. Periodo para la evaluación: últimos 12 meses. Calcular el porcentaje para cada mes como en el estándar 5.5, considerando como denominador la población total de niños en situación de riesgo. Calcular el promedio simple entre los 12 meses evaluados.			

5.9	<b>D</b>	80% o más de los recién nacidos recibieron dos consultas en su 1er mes de vida.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a las acciones definidas para la Primera Semana de Salud Integral (Agenda de Compromisos para la Salud Integral del Niño y Reducción de la Mortalidad Infantil, MS, 2004, <a href="http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf">http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf</a> ). Considerar los últimos 12 meses para evaluación del indicador estándar.			

## Q Consolidada

5.10	<b>C</b>	80% o más de los niños entre uno y cinco años de vida del área están siendo acompañados por el ESF.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF posea un registro de la población entre uno y cinco años de edad y la acompañe por medio de consultas médicas y de enfermería, VD, orientaciones y grupos operativos regulares, en relación al crecimiento, desarrollo e inmunización. Considerar los últimos 12 meses para evaluación del indicador estándar. Considerar por lo menos dos evaluaciones/año para niños entre 12 y 24 meses. A partir de esta edad, considerar una consulta/año.			

5.11	<b>C</b>	El equipo acompaña la salud bucal de niños de hasta 5 años.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF posea un registro de la población entre uno y cinco años de edad y la acompañe en relación a la salud bucal, por lo menos, en relación al desarrollo de la dentición, mantenimiento de la salud bucal y permanencia de hábitos orales nocivos al establecimiento normal de la oclusión (succión de dedo y chupón, por ejemplo). Se incluye aquí el incentivo a la lactancia materna y orientaciones a los padres.			

5.12	<b>C</b>	El ESF desarrolla acciones de acompañamiento de niños con asma de acuerdo con el protocolo clínico establecido.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere al conjunto de acciones desarrolladas de manera integrada por los profesionales del equipo, a partir de sus diferentes atribuciones, para la detección, diagnóstico y tratamiento del asma en la población infantil, de acuerdo con un protocolo clínico, buscando reducir las hospitalizaciones y la mortalidad por enfermedades respiratorias.			

# Documento Técnico

5.13	<b>C</b>	La prevalencia de la lactancia materna exclusiva a los 30 días es de 90% o más.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere al monitoreo de la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en la población de hasta 30 días de vida. Periodo de evaluación: últimos 12 meses.			

## Q Buena

5.14	<b>B</b>	Hubo reducción del n° absoluto de hospitalizaciones por infecciones respiratorias agudas en la población de hasta 5 años, o ausencia de casos.	<b>( S ) ( N )</b>
Considerar el periodo de 24 meses para evaluación de este indicador estándar. Los datos están incluidos en el SIAB, siendo también uno de los indicadores presentes en el Pacto de Indicadores de la Atención Primaria. Busca evaluar si las acciones dirigidas a la población infantil están repercutiendo sobre los indicadores de salud. El estándar exige apenas que las hospitalizaciones en número absoluto estén en constante disminución o no hayan ocurrido casos en los últimos 2 años.			

5.15	<b>B</b>	La desnutrición entre los niños menores de dos años tiene su incidencia en curva descendente o no existe.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere al monitoreo de la desnutrición en la población de hasta dos años, observando si en el periodo comprendido por los últimos 24 meses la curva se presenta como descendente o no hubieron casos. Significa que los miembros del ESF acompañen el peso de la población en este grupo etareo (ver SIAB).			

5.16	<b>B</b>	Hubo reducción del número absoluto, o ausencia de casos, de RN de bajo peso al nacer.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere al monitoreo del peso de los RN de la población observando si, en los últimos 24 meses, viene ocurriendo reducción o ausencia del número absoluto de RN con bajo peso al nacer. Este estándar refleja principalmente, los cuidados ofrecidos durante el prenatal.			

5.17	<b>B</b>	Todos los óbitos neonatales son investigados.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a la participación de la ESF en la investigación de todos los óbitos de niños entre 0 y 27 días, con peso mayor o igual a 1,500 gr. Las orientaciones para investigación están descritas en el Manual de los Comités de Prevención del Óbito Infantil y Fetal del MS (2004) - <a href="http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MS_manual_finalizadoOBITOS.pdf">http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MS_manual_finalizadoOBITOS.pdf</a> . Responder de manera afirmativa al estándar si hay ausencia de óbitos conocidos en los últimos 12 meses.			

5.18	<b>B</b>	La prevalencia de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses es de 60% o más.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere al monitoreo de la prevalencia de lactancia materna exclusiva en la población de hasta 6 meses de vida.			

5.19	<b>B</b>	Se realiza sellamiento de los primeros molares en casos con indicación clínica.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a la acción realizada por el ESB en la población infantil entre 5 y 7 años, con indicación clínica.			

**Q Avanzada**

5.20	<b>A</b>	80% o más de los niños del área entre 5 y 10 años de vida, están siendo acompañados por el ESF.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF posea un registro de la población entre 5 y 10 años de edad y la acompañe por medio de consultas médicas y de enfermería, VD, orientaciones y grupos operativos regulares, en relación al C&D y la inmunización, por lo menos. Considera por lo menos una evaluación anual para niños entre 5 y 10 años.			

5.21	<b>A</b>	Todos los óbitos infantiles y fetales ocurridos en los últimos 12 meses fueron investigados.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a la participación de la ESF en la investigación de todos los óbitos de niños de hasta 1 año, con peso mayor o igual a 1,500 gr. (neonatal y postnatal) y también los óbitos fetales (natimueertos) con peso al nacer mayor o igual a 2,500 gr. Las orientaciones para investigación están descritas en el Manual de los Comités de Prevención del Óbito Infantil y Fetal del MS (2004) - <a href="http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MS_manual_finalizadoOBITOS.pdf">http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MS_manual_finalizadoOBITOS.pdf</a> . Responder de manera afirmativa al estándar si hay ausencia de óbitos conocidos en los últimos 12 meses.			

5.22	<b>A</b>	La prevalencia de la lactancia materna a los 12 meses es de 70% o más	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere al monitoreo de la prevalencia de lactancia materna exclusiva en la población de hasta 12 meses de vida.			

5.23	<b>A</b>	80% o más de los RN recibieron una consulta en su primera semana de vida.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a la consulta médica y/o de enfermería. Ver acciones definidas para la Primera Semana de Salud Integral (Agenda de Compromisos para la Salud Integral del Niño y Reducción de la Mortalidad Infantil, MS, 2004 - <a href="http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf">http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf</a> ). Considerar los últimos 12 meses para evaluación del indicador-estándar.			

5.24	<b>A</b>	Hubo una reducción del índice ceo-d en la población de 5 a 6 años en los últimos 24 meses.	<b>( S ) ( N )</b>
Este indicador demuestra la resolución en la atención en salud bucal, especialmente en su componente de prevención de las caries dentales. Considerar, para evaluación del indicador estándar, los últimos 24 meses.			

## Salud de Adolescentes

**Q Desarrollo**

5.25	<b>D</b>	El ESF posee registro actualizado de los adolescente del área.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF posea, registrado documentado en papel, el número de adolescentes (SIAB: 10 a 14 y 15 a 19 años), discriminados por sexo, del área adscrita al ESF, actualizado semestralmente. A partir del conocimiento de esta población es posible desarrollar varias otras acciones indicadas en los niveles más elevados de la calidad. Responder de manera afirmativa cuando la actualización es permanente, incluyendo actualización del sistema de información.			

## Q Consolidada

5.26	<b>C</b>	50% o más de los adolescentes registrados están con la vacunación al día.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF posee registro de la población de 10 a 14 y de 15 a 19 años y acompañarla por medio de consultas, VD y grupos operativos regulares, en relación a la inmunización. Considerar las vacunas preconizadas por el MS o SES para el grupo etareo. Considerar los últimos 12 meses para evaluación del indicador estándar.</p>			

## Q Buena

5.27	<b>B</b>	50% o más de los adolescentes son atendidos por consulta para evaluación del crecimiento y desarrollo.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF posea un registro de la población entre 5 y 10 años de edad y la acompañe por medio de consultas médicas y de enfermería, VD, orientaciones y grupos operativos regulares, en relación al C&amp;D. Considerar por lo menos una evaluación anual. Considerar los últimos 12 meses para evaluación del indicador estándar.</p>			

5.28	<b>B</b>	El ESF desarrolla actividades educativas dirigidas a los adolescentes abordando salud sexual y reproductiva.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar indica el desarrollo de acciones y abordajes de contenidos específicos de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, con oferta de métodos anticonceptivos (condones, anticonceptivos orales e inyectables, de acuerdo a indicación) realizadas por lo menos dos veces por año. Considerar los últimos 12 meses para evaluación del estándar.</p>			

## Q Avanzada

5.29	<b>A</b>	Hubo reducción de casos de gestación no planeada entre las adolescentes acompañadas por el ESF.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere al monitoreo de la incidencia de gestación no planificada en la población entre 15 y 19 años, acompañada por el equipo. Considerar los últimos 24 meses. Considerar para respuesta afirmativa la reducción en el número absoluto de casos en el periodo.</p>			

5.30	<b>A</b>	Hubo una reducción del índice CPO-D en la población de 12 años en los últimos 24 meses.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Este indicador demuestra la resolución en la atención en salud bucal, especialmente en su componente de prevención de las caries dentales. Considerar, para evaluación del indicador estándar, los últimos 24 meses.</p>			

## Salud de Mujeres y Hombres Adultos

## Q Elemental

5.31	<b>E</b>	El ESF posee registro actualizado de los adultos del área por sexo y grupo etareo.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF posea, registrado documentado en papel, el número de adultos (20 a 59 años) discriminados por sexo y grupos etareos (ver SIAB). A partir del conocimiento de esta población es posible desarrollar varias otras acciones indicadas en los niveles más elevados de la calidad. Responder de manera afirmativa cuando la actualización es permanente, incluyendo actualización del sistema de información.</p>			

5.32	<b>E</b>	Existe amplio acceso de la población al prenatal de bajo riesgo.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El prenatal de bajo riesgo, con oferta de consultas, exámenes laboratoriales de rutina e inmunización antitetánica, realizado de manera alternada y complementaria (consultas médicas y de enfermería), es considerado una de las acciones más elementales de la Atención Primaria, impactando de forma muy positiva sobre los indicadores materno infantiles. Se preconiza la realización de 4 a 6 consultas. La evaluación mínima incluye: evaluación nutricional, medida de la PA, de la altura uterina, auscultación del foco (después del 4<sup>o</sup> mes).</p>			
5.33	<b>E</b>	Son realizadas actividades educativas durante el prenatal abordando temas relacionados a la gestación, parto y puerperio.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a la realización de actividades educativas mensuales, vinculadas a las consultas, con la población de gestantes en control prenatal, de forma regular y programada, abordando temas relacionados a la gestación, el parto, el periodo puerperal y cuidados con el RN.</p>			
5.34	<b>E</b>	El ESF posee un registro actualizado de los hipertensos del área.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF posea, registrado documentado en papel, el número de hipertensos referidos y confirmados, discriminados por sexo y grupos etareos (ver SIAB). A partir del conocimiento de esta población es posible desarrollar varias otras acciones indicadas en los niveles más elevados de la calidad.</p>			
5.35	<b>E</b>	El ESF posee un registro actualizado de los diabéticos del área	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF posea, registrado documentado en papel, el número de diabéticos referidos y confirmados, discriminados por sexo y grupos etareos (ver SIAB). A partir del conocimiento de esta población es posible desarrollar varias otras acciones indicadas en los niveles más elevados de la calidad.</p>			

## Q Desarrollo

5.36	<b>D</b>	El ESF monitorea la frecuencia de los hipertensos a las actividades marcadas.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF monitorea la frecuencia de los hipertensos en las actividades marcadas, dedicando esfuerzos para garantizar la adhesión a las actividades colectivas e individuales y realizando búsqueda activa de los que faltaron.</p>			
5.37	<b>D</b>	El ESF monitorea la frecuencia de los diabéticos a las actividades marcadas.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF monitorea la frecuencia de los diabéticos en las actividades marcadas, dedicando esfuerzos para garantizar la adhesión a las actividades colectivas e individuales y realizando búsqueda activa de los que faltaron.</p>			
5.38	<b>D</b>	Los hipertensos acompañados son atendidos en consulta individual, por lo menos una vez por trimestre.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF haya preconizado y garantice, al menos, una consulta individual por trimestre para los hipertensos acompañados.</p>			
5.39	<b>D</b>	80% de los diabéticos acompañados son atendidos en consulta individual, por lo menos una vez por trimestre.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF haya preconizado y garantice, al menos una consulta individual por trimestre para los diabéticos acompañados.</p>			

# Documento Técnico

5.40	<b>D</b>	80% o más de las gestantes con inicio precoz del prenatal.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El indicador estándar se refiere a que el ESF monitoree y desarrolle acciones de captación precoz de gestantes (hasta el primer trimestre del embarazo, o sea, 90 días) para iniciar la atención prenatal. El levantamiento puede realizarse por la ficha B - GES del SIAB. Calcular el porcentaje, considerando para la evaluación los últimos 12 meses y verificar si atiende los parámetros establecidos para el estándar.</p>			
5.41	<b>D</b>	80% o más de las gestantes de bajo riesgo con 7 o más consultas de prenatal realizadas.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El indicador-estándar se refiere al monitoreo del porcentaje de gestantes que realizaron por lo menos siete consultas o más de prenatal de bajo riesgo durante el embarazo, considerándose los últimos 12 meses. Verificar si este porcentaje atiende los parámetros establecidos por el estándar de calidad.</p>			
5.42	<b>D</b>	El ESF desarrolla acciones mensuales de planificación familiar.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a la programación y realización de acciones educativas mensuales de planificación familiar, colectivas e individuales, con orientación sobre el uso con oferta de los métodos anticonceptivos básicos: condones, anticonceptivos orales e inyectables, de acuerdo a indicación.</p>			
5.43	<b>D</b>	El ESF desarrolla acciones sistemáticas, colectivas e individuales, de prevención del cáncer de cuello de útero y control del cáncer de mama.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a la programación y realización de acciones colectivas e individuales de prevención/control del cáncer de cuello de útero y de mama, por lo menos a cada dos meses, incluyendo desde acciones de orientación y auto examen hasta la sensibilización y realización de la citología de cuello uterino buscando alcanzar índices de cobertura en la población femenina superiores al 90%.</p>			
5.44	<b>D</b>	El ESF hace búsqueda activa de los casos de citología de cuello uterino positivas.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere al monitoreo de todas las citologías recogidas y enviadas para análisis, realizando una búsqueda activa de las usuarias con examen positivo, encaminando o realizando la intervención indicada.</p>			
5.45	<b>D</b>	Los profesionales realizan el tratamiento de las DST prevalentes abordando siempre al (a la) compañero(a).	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el abordaje del (de la) compañero (a) esté siempre estandarizado y sea realizado en todas las situaciones de abordaje terapéutico de las DST por los profesionales de nivel superior del ESF.</p>			
5.46	<b>D</b>	80% de las puérperas con consulta de puerperio realizada hasta 42 días después del parto.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar indicador se refiere a la continuidad de las acciones de cuidado en el periodo puerperal, considerando para la evaluación, los últimos 12 meses. La respuesta debe ser afirmativa cuando, por lo menos, una consulta (médica o de enfermería) sea realizada hasta 42 días después del parto.</p>			
5.47	<b>D</b>	Se realiza diagnóstico y tratamiento de sífilis en la gestación.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que los profesionales de nivel superior del ESF estén sensibilizados para solicitar rutinariamente exámenes para la detección de sífilis durante el prenatal, realizando el tratamiento preconizado en los casos indicados.</p>			

5.48	<b>D</b>	El ESF posee un registro actualizado de los portadores de trastornos mentales.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF posea, documentado en papel, el registro de los portadores de trastornos mentales, discriminando el tipo de trastorno, edad, sexo, dirección, situación familiar, grado de autonomía y si está siendo acompañado por el nivel de referencia.</p>			

**Q Consolidada**

5.49	<b>C</b>	La atención a la población de hipertensos se realiza a partir de la clasificación del riesgo.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>La planificación de la atención a los hipertensos se realiza utilizando una clasificación según el tipo de hipertensión, adhesión y respuesta al tratamiento, presencia de factores de riesgo asociados, grado de instrucción y autonomía, entre otros factores. La frecuencia de consultas médica y de enfermería se propone y realiza a partir de esta evaluación, de acuerdo con los consensos para el tema (<a href="http://www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes">www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes</a>).</p>			

5.50	<b>C</b>	La atención a la población de diabéticos se realiza a partir de la clasificación del riesgo.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>La planificación de la atención a los diabéticos se realiza utilizando una clasificación según el tipo de diabetes, adhesión y respuesta al tratamiento, presencia de factores de riesgo asociados, grado de instrucción y autonomía, entre otros factores. La frecuencia de consultas médica y de enfermería se propone y realiza a partir de esta evaluación, de acuerdo con los consensos para el tema (<a href="http://www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes">www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes</a>).</p>			

5.51	<b>C</b>	La medición del IMC de todos los hipertensos acompañados por el ESF se realiza trimestralmente.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a la medida trimestral del IMC de todos los hipertensos acompañados por el ESF, con registro en ficha individual, permitiendo el monitoreo del histórico y evolución del marcador.</p>			

5.52	<b>C</b>	La medición del IMC de todos los diabéticos acompañados por el ESF se realiza trimestralmente.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a la medida trimestral del IMC de todos los diabéticos acompañados por el ESF, con registro en ficha individual, permitiendo el monitoreo del histórico y evolución del marcador.</p>			

5.53	<b>C</b>	El examen de los pies en los diabéticos acompañados se realiza en todas las consultas.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF tenga como rutina preconizada y realice de manera sistemática el examen de los pies en los diabéticos acompañados en todas las consultas.</p>			

5.54	<b>C</b>	El ESF analiza semestralmente la población de hipertensos acompañados, considerando la prevalencia estimada.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF compare, semestralmente, si la población de hipertensos diagnosticados y acompañados es compatible con el número esperado de acuerdo con los cálculos de la prevalencia estimada de hipertensión para el territorio. La prevalencia de la hipertensión arterial sistémica para el Brasil esta en alrededor de 15 a 20%.</p>			

5.55	<b>C</b>	El ESF analiza semestralmente la población de diabéticos acompañados, considerando la prevalencia estimada.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF compare, semestralmente, si la población de diabéticos diagnosticados y acompañados es compatible con el número esperado de acuerdo con los cálculos de la prevalencia estimada de hipertensión para el territorio. La prevalencia de la hipertensión arterial sistémica para el Brasil esta en alrededor de 6 a 11%.</p>			

## Documento Técnico

5.56	<b>C</b>	80% de las gestantes asistidas por el prenatal son acompañadas por la SB.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Considerar para la evaluación del indicador estándar, el porcentaje de gestantes de bajo riesgo acompañadas por el equipo que recibieron por lo menos una evaluación odontológica por trimestre de gestación, en los últimos 12 meses. La Atención Odontológica a la gestante incluye la realización de evaluación diagnóstica, restauraciones y cirugías cuando estén indicadas, considerándose el periodo de gestación, además de acciones de educación y prevención.</p>			

5.57	<b>C</b>	El examen clínico de las mamas es una rutina establecida en el servicio.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el examen clínico de mama se realice, por lo menos una vez al año, sistemáticamente en todas las consultas de mujeres en el grupo de 40 a 69 años como una rutina del servicio. No considerar los casos de rechazos por parte de las usuarias, relacionados a factores culturales.</p>			

5.58	<b>C</b>	El ESF desarrolla acciones de sensibilización con la población masculina para detección precoz del cáncer de próstata.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF oriente y sensibilice a la población de hombres entre 40 y 65 años en relación a las medidas disponibles para detección precoz del cáncer de próstata.</p>			

5.59	<b>C</b>	El ESF mantiene el acompañamiento de los portadores de trastornos mentales atendidos por el nivel de referencia.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF conozca a los portadores de trastornos mentales de su territorio que están siendo atendidos por el nivel de referencia, manteniendo el acompañamiento por medio de VD o por consultas en el USF, de forma integrada con el equipo de Salud Mental del nivel de referencia.</p>			

5.60	<b>C</b>	El ESB mantiene el acompañamiento del tratamiento por el nivel de referencia de los usuarios con necesidades especiales.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESB desarrolle acciones con finalidad preventiva, dirigidas a personas con necesidades especiales, como: la sensibilización y capacitación de los cuidadores para la higiene oral, entre otras.</p>			

### Q Buena

5.61	<b>B</b>	El ESF mantiene el acompañamiento del tratamiento por el nivel de referencia de los usuarios de alcohol y de otras drogas.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF conozca a los usuarios de drogas de su territorio que están siendo atendidos por el nivel de referencia, manteniendo acompañamiento por medio de VD o consultas en la USF, de manera integrada con la Salud Mental.</p>			

5.62	<b>B</b>	Los adultos del sexo masculino son acompañados por el ESF.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESF posea un registro de la población entre 20 y 59 años y la acompañe por medio de consultas médicas y de enfermería, en relación a las condiciones generales de salud y prevención de daños. Para respuesta afirmativa, considerar el 50% de la población de hombres en este grupo etareo.</p>			

5.63	<b>B</b>	La población de mujeres y hombres adultos esta siendo acompañada sistemáticamente por la SB.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el ESB desarrolle acciones de acompañamiento de la población en ese ciclo de vida. Considerar para respuesta correcta el 60% de la población considerada en los últimos 12 meses.</p>			

5.64	<b>B</b>	Hubo reducción en el nº absoluto de hospitalizaciones por Accidente Cerebro vascular.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a la reducción del número absoluto de hospitalizaciones por Accidente Cerebro vascular en los últimos 24 meses, para la población adscrita entre 40 y 69 años, acompañada. Es uno de los temas abordados por el Pacto de Indicadores de la Atención Primaria.			

5.65	<b>B</b>	Hubo reducción en el nº absoluto de hospitalizaciones por Infarto Agudo del Miocardio.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a la reducción del número absoluto de hospitalizaciones por Infarto Agudo del Miocardio en los últimos 24 meses, para la población adscrita acompañada.			

5.66	<b>B</b>	Hubo reducción en el nº absoluto de hospitalizaciones por complicaciones de Diabetes Mellitus.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a la reducción del número absoluto de hospitalizaciones por cetoacidosis y coma diabético en los últimos 24 meses, para la población adscrita acompañada. Es uno de los indicadores del Pacto de Indicadores de la Atención Primaria.			

5.67	<b>B</b>	Hubo reducción o ausencia de hospitalizaciones psiquiátricas de pacientes con trastornos mentales.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a la reducción en el número absoluto de hospitalizaciones psiquiátricas de los portadores de trastornos mentales del territorio en los últimos 24 meses.			

### Q Avanzada

5.68	<b>A</b>	El ESF desarrolla actividades de reintegración y rehabilitación comunitaria en conjunto con los equipos de Salud Mental del nivel de referencia.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF desarrolle activamente proyectos y acciones de reintegración y rehabilitación comunitaria en conjunto o con la asesoría del equipo de Salud Mental del nivel de referencia.			

## Salud de Ancianos

### Q Desarrollo

5.69	<b>D</b>	El ESF posee un registro actualizado de los ancianos del área.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF posea, registrado documentado en papel, el número de ancianos (SIAB: encima de 60 años) discriminados por sexo, del área adscrita al ESF, actualizado mensualmente. Lo ideal es que existan también referencias en relación a las situaciones clínicas: presencia de enfermedades, personas en cama, etc. A partir del conocimiento de esta población es posible desarrollar varias otras acciones indicadas en los niveles más elevados de la calidad. Responder de manera afirmativa cuando la actualización es permanente, incluyendo actualización del sistema de información.			

### Q Consolidada

5.70	<b>C</b>	80% o más de los ancianos están con la vacunación al día.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF monitoree la cobertura de vacunas de los ancianos. Comparar la cobertura alcanzada con el valor establecido para el estándar de calidad.			

## Q Boa

5.71	<b>B</b>	El examen de la cavidad oral en los ancianos es una rutina establecida en el servicio.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que los ESF y ESB tengan como rutina preconizada y realicen de manera sistemática el examen de la cavidad oral de los ancianos acompañados, con la finalidad de identificar lesiones cancerosas, en todas las consultas realizadas por profesionales de nivel superior.			
5.72	<b>B</b>	Los ancianos son acompañados sistemáticamente por la SB.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESB desarrolle acciones de acompañamiento de la población de ancianos y monitoree la cobertura de las consultas en este grupo de edad. Considerar, para respuesta afirmativa, una cobertura de 60% de la población considerada en los últimos 12 meses.			
5.73	<b>B</b>	El examen de la superficie corporal de los ancianos es una rutina establecida en el servicio.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF tenga como rutina preconizada y realice de manera sistemática el examen de la superficie corporal de los ancianos acompañados, con la finalidad de identificar lesiones cancerosas, en todas las consultas médicas y de enfermería.			

## Q Avanzada

5.74	<b>A</b>	El ESF desarrolla intervenciones con las familias de los ancianos, capacitando cuidadores domiciliarios.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF realice intervenciones con las familias de los ancianos en los casos indicados, identificando y capacitando personas para que desarrollen cuidados familiares apropiados.			
5.75	<b>A</b>	Son desarrolladas intervenciones apropiadas con la población de ancianos para la detección precoz de demencias.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que los miembros del ESF estén sensibilizados para reconocer las manifestaciones de las principales demencias incidentes sobre la población de ancianos (Parkinson, Alzheimer, enfermedades micro vasculares, etc.).			

## Vigilancia en Salud II: Enfermedades Transmisibles

## Q Desarrollo

5.76	<b>D</b>	El ESF monitorea la regularidad del tratamiento de los enfermos de tuberculosis.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF monitorea la regularidad de los usuarios que están en tratamiento para tuberculosis en las consultas marcadas, realizando una búsqueda activa a los que faltan y emprendiendo esfuerzos para garantizar la continuidad del tratamiento iniciado.			
5.77	<b>D</b>	El ESF monitorea la regularidad del tratamiento de los enfermos de Enfermedad de Hansen.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF monitorea la regularidad de los usuarios que están en tratamiento para Enfermedad de Hansen en las consultas marcadas, realizando una búsqueda activa a los que faltan y emprendiendo esfuerzos para garantizar la continuidad del tratamiento iniciado.			

5.78	<b>D</b>	El abordaje diagnóstico diferencial para dengue es realizado siempre que sea indicado.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el médico conozca los aspectos epidemiológicos y las manifestaciones fisiopatológicas del dengue, realizar el examen físico - especialmente la prueba de resistencia capilar (prueba del lazo), solicitar los exámenes laboratoriales adecuados e interpretarlos, realizando el diagnóstico de la enfermedad.			

**Q Consolidada**

5.79	<b>C</b>	El diagnóstico, prescripción y acompañamiento del tratamiento supervisado se realiza para los casos de tuberculosis.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF esté habilitado y realice todas las acciones descritas: diagnóstico, tratamiento, prescripción y acompañamiento del tratamiento supervisado de la tuberculosis.			

5.80	<b>C</b>	El diagnóstico, prescripción y acompañamiento del tratamiento supervisado se realiza para los casos de Enfermedad de Hansen.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF esté habilitado y realice todas las acciones descritas: diagnóstico, tratamiento, prescripción y acompañamiento del tratamiento supervisado de la Enfermedad de Hansen.			

5.81	<b>C</b>	El examen de Antígeno-HIV es ofrecido con consejería para todas las gestantes acompañadas.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que la oferta del examen antig-HIV con consejería esté estandarizada para todas las gestantes acompañadas en el prenatal. Considerar los últimos 12 meses para análisis del estándar.			

5.82	<b>C</b>	El examen para detección de las Hepatitis B y C es ofrecido con consejería para mujeres y hombres acompañados.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que la oferta de los exámenes para detección de hepatitis B y C, con consejería, para todos los adultos acompañados, sea una rutina establecida en el ESF.			

5.83	<b>C</b>	Los casos de dengue son encaminados para hospitalización cuando sea necesario.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a la realización del acompañamiento (de la evolución) de la infección por dengue, habiendo reconocimiento de los signos de peligro y de las situaciones que indican tratamiento en el nivel hospitalario, cuando sea necesario.			

5.84	<b>C</b>	Son realizadas intervenciones inmediatas en casos de brotes epidémicos de enfermedades infecto-contagiosas.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se refiere a que el ESF esté habilitado y desarrolle acciones de vigilancia epidemiológica, interviniendo sobre los contactos y casos comunicados para diagnóstico, tratamiento y/o acciones de bloqueo y prevención, en los casos e brotes de enfermedades contagiosas.			

**Q Buena**

5.85	<b>B</b>	90% de los pacientes con tuberculosis diagnosticados y tratados son considerados curados.	<b>( S ) ( N )</b>
El estándar se configura como un estándar de resultado y evalúa el impacto de las acciones sobre la salud de la población. Verificar el porcentual de pacientes de tuberculosis diagnosticados, que realizaron el tratamiento completo (sin interrupciones) y que son considerados curados. Considerar para la evaluación los últimos 24 meses.			

## Documento Técnico

5.86	<b>B</b>	90% de los pacientes con Enfermedad de Hansen diagnosticados y tratados son considerados curados.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se configura como un estándar de resultado y evalúa el impacto de las acciones sobre la salud de la población. Verificar el porcentual de pacientes de Enfermedad de Hansen diagnosticados, que realizaron el tratamiento completo (sin interrupciones) y que son considerados curados. Considerar para la evaluación los últimos 24 meses.</p>			

5.87	<b>B</b>	Ausencia de tétanos neonatal en el área.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Considerar para respuesta afirmativa la evaluación de los últimos 24 meses. El estándar se refiere a un resultado finalístico sobre la salud de la población cubierta por el ESF, para el cual contribuyeron todas las acciones realizadas anteriormente de prevención y acompañamiento de la población, especialmente el prenatal.</p>			

5.88	<b>B</b>	Ausencia de sífilis congénita en el área.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>Considerar para respuesta afirmativa la evaluación de los últimos 24 meses. El estándar se refiere a un resultado finalístico sobre la salud de la población cubierta por el ESF, para el cual contribuyeron todas las acciones realizadas anteriormente de prevención y acompañamiento de la población, especialmente el prenatal.</p>			

### Vigilancia en Salud III: Daños con Prevalencia Regionalizada

#### Q Desarrollo

5.89	<b>D</b>	El abordaje diagnóstico diferencial para malaria se realiza siempre que está indicado.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el médico del ESF conozca los aspectos epidemiológicos y las manifestaciones fisiopatológicas de la infección por malaria (fiebre alta en ciclos, escalofríos, sudoración, mialgias y cefalea), estando habilitado para recoger la anamnesia y realizar el examen físico, solicitar los exámenes laboratoriales de forma adecuada e interpretarlos, realizando el diagnóstico.</p>			

#### Q Consolidada

5.90	<b>C</b>	Los casos de malaria son encaminados para hospitalización cuando es necesario.	<b>( S ) ( N )</b>
<p>El estándar se refiere a que el médico del ESF realice la prescripción de los medicamentos indicados y acompañe la evolución de la malaria, sabiendo reconocer los signos de peligro, las complicaciones y las situaciones indicadas de tratamiento en el nivel hospitalario.</p>			

### Sugerencias de Temas para Padrones Locales-Regionales

#### Ejemplos:

Violencia / Causas Externas

Salud Indígena

Quilombolas - Comunidades Negras Autónomas

Iniciativas relacionadas con la Medicina Natural y las Prácticas Complementarias (Homeopatía, Medicina Tradicional China, Medicina Antroposófica, Fitoterapia).









## Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Visite o site do projeto:

**[www.saude.gov.br/amq](http://www.saude.gov.br/amq)**

Para dúvidas, sugestões e contribuições:

**[avaliacoesf@saude.gov.br](mailto:avaliacoesf@saude.gov.br)**

Telefones: + 55 61 **3315 2391**  
+ 55 61 **3315 3434**