

Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud

Marco, indicadores y aplicación



Organización
Mundial de la Salud

Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud

Marco, indicadores y aplicación

Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud: marco, indicadores y aplicación [Noncommunicable disease facility-based monitoring guidance: framework, indicators and application]

ISBN 978-92-4-006318-1 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-006319-8 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Forma de cita propuesta. Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud: marco, indicadores y aplicación [Noncommunicable disease facility-based monitoring guidance: framework, indicators and application]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <https://www.who.int/es/copyright>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Prólogo	vi
Agradecimientos	vii
Declaración de intereses	viii
Siglas y abreviaturas	ix
1. Antecedentes	1
2. Introducción	2
3. Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud	3
4. Aplicación de las Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud en los sistemas de monitoreo nacionales basados en los establecimientos de salud	7
5. Indicadores y metadatos por enfermedad	9
Hipertensión y enfermedades cardiovasculares	9
Indicadores básicos y sus metadatos	9
Disponibilidad de medicamentos básicos para la hipertensión.....	10
Disponibilidad de medicamentos básicos para las enfermedades cardiovasculares.....	11
Disponibilidad de un tensiómetro que funcione correctamente.....	12
Regulación de la tensión arterial en personas con hipertensión.....	13
Indicadores opcionales y sus metadatos	14
Evaluación del riesgo de enfermedad cardiovascular en personas a partir de los 40 años mediante las tablas de riesgo cardiovascular de la OMS.....	15
Cribado de la hipertensión en personas a partir de los 18 años como parte del servicio sistemático.....	16
Detección de la hipertensión a partir de un cribado incidental.....	17
Evaluación de la insuficiencia renal crónica en personas recién diagnosticadas de hipertensión.....	18
Regulación de la tensión arterial en personas con hipertensión (seguimiento).....	19
Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de tratamiento de la hipertensión.....	20
Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud.....	21
Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión.....	22
Personas que dejaron de recibir seguimiento.....	23
Diabetes	24
Indicadores básicos y sus metadatos	24
Disponibilidad de medicamentos básicos para la diabetes.....	25
Disponibilidad de pruebas de glucemia.....	26
Disponibilidad de pruebas de glucohemoglobina.....	27
Control glucémico en personas con diabetes.....	28
Indicadores opcionales y sus metadatos	29
Tratamiento farmacológico de personas con diabetes.....	30
Tratamiento con estatinas de personas con diabetes.....	31
Tratamiento farmacológico de la insuficiencia renal crónica en personas con diabetes.....	32
Tratamiento farmacológico de la hipertensión en personas con diabetes.....	33
Evaluación de la nefropatía diabética crónica en personas con diabetes.....	34
Evaluación del pie diabético en personas con diabetes.....	35
Derivación para el cribado de la retinopatía en personas con diabetes.....	36

Control glucémico de personas con diabetes (seguimiento)	37
Insuficiencia renal crónica en personas con diabetes	38
Amputación de miembros inferiores en personas con diabetes	39
Ceguera en personas con diabetes	40
Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de tratamiento de la diabetes	41
Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud	42
Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión	43
Personas que dejaron de recibir seguimiento	44
Enfermedades respiratorias crónicas	45
Indicadores básicos y sus metadatos	45
Disponibilidad de medicamentos básicos para el asma	46
Disponibilidad de medicamentos básicos para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica	47
Control del asma	48
Control de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica	49
Indicadores opcionales y sus metadatos	50
Disponibilidad de espirómetros y boquillas	51
Diagnóstico del asma mediante medición del flujo máximo	52
Diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica mediante medición del flujo máximo	53
Tratamiento de las personas con asma	54
Tratamiento de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica	55
Solicitud de atención médica de urgencias de personas con asma	56
Solicitud de atención médica de urgencias de personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	57
Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de tratamiento del asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica	58
Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud	59
Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión	60
Personas que dejaron de recibir seguimiento	61
Cáncer	62
Cáncer de mama	62
Indicadores básicos y sus metadatos	62
Evaluación clínica de la mama para el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama	63
Derivación oportuna para el diagnóstico de cáncer de mama de mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama y resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama	65
Indicadores opcionales y sus metadatos	66
Derivación para el cribado mamográfico de mujeres de 50 a 69 años	67
Diagnóstico confirmatorio oportuno del cáncer de mama en mujeres de 30 a 49 años con resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama	68
Tratamiento oportuno del cáncer de mama en mujeres de 30 a 49 años con resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama	69
Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de evaluación clínica de la mama	70
Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud	71
Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión	72
Personas que dejaron de recibir seguimiento	73
Cáncer cervicouterino	74
Indicadores básicos y sus metadatos	74
Disponibilidad de pruebas del virus del papiloma humano	75
Cribado del cáncer cervicouterino con pruebas de detección de alta precisión en mujeres de 30 a 49 años	76
Cribado del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años	77
Tasas de positividad de las pruebas de cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años	78

Indicadores opcionales y sus metadatos	79
Disponibilidad de citologías vaginales	80
Disponibilidad de inspecciones visuales con ácido acético.....	81
Repetición del cribado del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años	82
Tratamiento de patologías cervicouterinas preinvasoras en mujeres de 30 a 49 años.....	83
Derivación oportuna para el diagnóstico de cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años con resultados sospechosos en el cribado.....	84
Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de cribado del cáncer cervicouterino.....	85
Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud.....	86
Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión	87
Personas que dejaron de recibir seguimiento	88
Cáncer infantil	89
Indicadores básicos y sus metadatos	89
Evaluación clínica para el diagnóstico temprano del cáncer infantil en niños con signos o síntomas asociados con el cáncer.....	90
Derivación oportuna para el diagnóstico de cáncer infantil en niños con signos o síntomas asociados con algún cáncer infantil y resultados sospechosos en la evaluación clínica.....	91
Indicadores opcionales y sus metadatos	92
Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de diagnóstico temprano de cánceres infantiles.....	93
Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud.....	94
Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión	95
Personas que dejaron de recibir seguimiento	96
Cáncer (general)	97
Indicadores básicos y sus metadatos	97
Evaluación clínica para el diagnóstico temprano del cáncer en personas con signos o síntomas asociados con el cáncer.....	98
Derivación oportuna para el diagnóstico de cáncer de personas con signos o síntomas asociados con el cáncer y resultados sospechosos en la evaluación clínica	100
Indicadores opcionales y sus metadatos	102
Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de diagnóstico temprano del cáncer.....	102
Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud.....	103
Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión	104
Personas que dejaron de recibir seguimiento	105
Referencias	106

Prólogo

Las enfermedades no transmisibles (ENT) causan 41 millones de muertes al año en todo el mundo y tres cuartas partes de esas muertes se concentran en países de ingresos bajos y medianos. En la actualidad, solo un puñado de países está bien encaminado para reducir la mortalidad prematura por ENT en un tercio para 2030, que es la meta fijada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la materia. Además, numerosos países se están quedando a la zaga en la integración de los servicios relativos a las ENT en sus sistemas de salud. Por otro lado, la pandemia de COVID19 ha obstaculizado aún más el acceso a los servicios esenciales para las enfermedades no transmisibles en los lugares donde más se necesitan. Es imperativo fortalecer y acelerar nuestros esfuerzos para reducir la mortalidad prematura por ENT de manera coordinada y estratégica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estado apoyando activamente a los países en la aplicación de medidas de prevención y control basadas en datos para hacer frente a las ENT; no obstante, es necesario saber mucho más sobre el alcance, la escala y el impacto de las intervenciones que se realizan a niveles inferiores. Por el momento, las limitaciones tecnológicas y de recursos humanos en los establecimientos han sido los principales obstáculos para llevar a cabo un seguimiento del rendimiento de los programas de prevención y control de las ENT y de sus resultados. Es fundamental realizar mejoras en estas áreas, y una forma clave de lograrlo es a través de la recopilación sistemática y precisa de datos.

Al mismo tiempo, debe garantizarse un acceso equitativo a servicios de salud esenciales de calidad para todas las personas, incluidos los pacientes de ENT. Ahora bien, esto solo será posible si se dispone de datos de gran calidad a lo

largo de todo el proceso asistencial, desde la exposición a los factores de riesgo, pasando por la detección y el diagnóstico precoces, hasta el tratamiento y la atención a largo plazo. Requerirá, asimismo, medir la calidad y la cobertura de los servicios que se ofrecen en todo momento.

Una de las principales medidas acordadas por los gobiernos en la Hoja de ruta para la prevención y el control de las ENT 2023-2030, adoptada recientemente en la 75.ª Asamblea Mundial de la Salud, así como en el Pacto Mundial para las ENT 2020-2030, es el establecimiento de sistemas de información sanitaria eficaces. Estos deben producir datos fiables y oportunos a nivel nacional y subnacional sobre los factores de riesgo de las ENT, la prevalencia de cada una de ellas, la mortalidad por estas enfermedades y la capacidad de sus sistemas de salud para prestar atención a las ENT. En los esfuerzos por alcanzar los ODS y la cobertura sanitaria universal para todas las personas, es preciso sacar el máximo partido a los datos y promover su recopilación y uso para hacer un seguimiento de los avances, detectar las áreas de mejora y guiar las decisiones y acciones en todos los niveles del sistema de salud.

En este documento se proporcionan los indicadores necesarios para el seguimiento de los pacientes y de los programas de ENT en los establecimientos de salud. El margen de mejora es todavía enorme. Aprovechemos juntos el poder de los datos que pueden aportar los establecimientos de salud y alcancemos las metas de las ENT y la salud para todas las personas.

Dr Ren Minghui

Subdirector General

Cobertura Sanitaria Universal y Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles

Agradecimientos

Las siguientes personas participaron en la preparación de esta publicación: Farshad Farzadfar, Arlene Quiambao y Leanne Riley de la Unidad de Vigilancia, Seguimiento y Notificación y Slim Slama, Benjamin Anderson, Prebo Barango, Elena Fiderova, Bianca Hemingsen, Andre Ilbawi, Taskeen Khan, Roberta Ortiz Sequeira, Gojka Roglic, Sarah Rylance y Felipe Roitberg, de la Unidad de Manejo, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades No Transmisibles del Departamento de Enfermedades No Transmisibles de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las siguientes personas de otros departamentos de la OMS y del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer realizaron contribuciones a esta publicación: Kouamivi Mawuenyegan Agboyibor, Oyetayo Akala, Carmen Antini, Shannon Barkley, Partha Basu, Sara Benítez Majano, Lubna Bhatti, Roberta Caixeta, Carolina Chávez, Hong Anh Chu, Marilys Anne Corbex, Melanie Cowan, Shona Dalal, Jean-Marie Dangou, Wouter De Groote, Cheick Bady Diallo, Issimouha Dille, Rolando Enrique Domingo, Gampo Dorji, Hicahm El Berri, Mai Eltigany, Jill Farrington, Heba Fouad, Soad Fuentes-Alabi, Angelo Gamarra, Ratnasabathipillai Kesavan, María Lasierra Losada, Sylvana Luciani, Mauricio Maza, Bente Mikkelsen, Gertrude Omoro, Dolores Ondarsuhu, Pedro Ordune, Mohamed Ould Sidi Mohamed, Ivo Rakovac, Patricia Rarau, Andres Rosende, Jane Rowley, Stefan Savin, Vitaly Smelov, Josaia Tiko, Elena Tsoyi, Cherian Varghese, Liliana Vasquez, Kavitha Viswanathan y Hongyi Xu.

Los siguientes expertos externos contribuyeron a esta publicación: Mohsen Abbasi-Kangevari (Universidad de Ciencias Médicas de Teherán), Ashutosh Aggarwal (Instituto de Postgrado de Educación e Investigación Médica), Chaisiri Angkurawaranon (Universidad de Chiang Mai), Ranjit Mohan Anjana (Centro de Especialidades Diabéticas del Dr. Mohan), Zeba Aziz (Hospital Hameed Latif), Abdul Basit (Asociación de Diabéticos de Pakistán), Kazi Bennoor (Hospital e Instituto Nacional de Enfermedades del Tórax),

Jeffrey Brettler (Kaiser Permanente), Neslihan Cabioglu (Universidad de Estambul), Norman Campbell (Universidad de Calgary), Sohel Reza Choudhury (Hospital e Instituto de Investigación de la Fundación Nacional del Corazón), Álvaro Cruz (Universidade Federal de Bahía), Nemdia Daceny (Expertise France), Goodarz Danaei (Harvard T. H. Chan School of Public Health), Bruce Duncan (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Uzochukwu Egere (Escuela de Medicina Tropical de Liverpool), Asma El Sony (Laboratorio Epidemiológico para la Investigación y el Desarrollo de la Salud Pública), Paola Friedrich (Hospital Pediátrico de Investigación St. Jude), Seyyed-Hadi Ghamari (Universidad de Ciencias Médicas de Teherán), Edward Gregg (Imperial College London), Reena Gupta (Universidad de California, San Francisco), Sumit Gupta (Hospital para Niños Enfermos), Weiping Jia (Universidad Jiao Tong de Shanghai, afiliada al Hospital Sixth People's), Evelyn Jiagge (Instituto Oncológico Henry Ford), Pekka Jousilahti (Instituto Finlandés de Salud y Bienestar (THL)), Somesh Kumar (Jhpiego), Tiina Laatikainen (Instituto Finlandés de Salud y Bienestar (THL)), Bagher Larijani (Universidad de Ciencias Médicas de Teherán), Tuyet Lan Le Thi (Sociedad Respiratoria de Vietnam), Naomi Levitt (Universidad de Ciudad del Cabo), Youssef Mohammad (Universidad de Tishreen), Andrew Moran (Resolve to Save Lives), Ali Motlagh (Universidad Médica Shahid Beheshti), Stephen Mulupi (Escuela de Medicina Tropical de Liverpool), Raúl Murillo (Pontificia Universidad Javeriana), Miriam Mutebi (Universidad Aga Khan), Rebecca Nantanda (Instituto Pulmonar de la Universidad de Makerere), Moffat Nyirenda (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres), Patrick O'Connor (HealthPartners Institute), Dike Ojji (Universidad de Abuja), Mayowa Owolabi (Universidad de Ibadan), Kazem Rahimi (Universidad de Oxford), Joao Filipe Raposo (APDP-Diabetes Portugal), Rengaswamy Sankaranarayanan (Karkinos Healthcare), Marcello Tonelli (Universidad de Calgary), Todd Tuttle (Centro de Cirugía y Clínicas de la Universidad de Minnesota) y Cheng-Har Yip (Centro Médico de la Universidad de Malaya).

Declaración de intereses

La Secretaría de la OMS evaluó en un primer momento los formularios de declaración de intereses que cumplimentaron los expertos externos. Los intereses revelados en el ámbito de la gestión de las enfermedades no transmisibles, en concreto, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer, que pudieran influir en las opiniones de los expertos se

remitieron a la Unidad de Ética de la OMS para que tomara una decisión definitiva sobre la exclusión de la participación de los expertos en la elaboración de los indicadores sobre las ENT para los establecimientos de salud. Ninguna de las personas incluidas en la lista de colaboraciones presentaba ningún conflicto de intereses que pudiera influir de forma significativa en su experta opinión.

Siglas y abreviaturas

ECV	Enfermedades cardiovasculares
ENT	Enfermedades no transmisibles
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
FGe	Filtración glomerular estimada
HbA1c	Glucohemoglobina
HEARTS	Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud
HEARTS-D	Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D)
IRC	Insuficiencia renal crónica
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEN	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria
TA	Tensión arterial
TAD	Tensión arterial diastólica
TAS	Tensión arterial sistólica
VPH	Virus del papiloma humano

Antecedentes

Las enfermedades no transmisibles (ENT) causan el 74% de las muertes anuales en el mundo, una cifra que equivale de 41 millones de fallecidos al año. Entre ellos, 17 millones de personas al año mueren antes de cumplir los 70 años, y el 86% de esas muertes prematuras se producen en países de ingresos bajos y medianos. Además, el 81% de la mortalidad prematura anual está causada por cuatro categorías de ENT: enfermedades cardiovasculares (ECV) (17,9 millones de muertes), cáncer (9,3 millones de muertes), enfermedades respiratorias crónicas (4,1 millones de muertes) y diabetes (2 millones de muertes) (1).

Para hacer frente al impacto de la carga de estas enfermedades, los países se han comprometido a alcanzar las metas mundiales relativas a las ENT, incluida la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2030 (ODS 3.4) (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado un conjunto de intervenciones eficaces que ayudan a los países a atajar los cuatro grupos de ENT que causan la mayor parte de la mortalidad prematura en los países de ingresos bajos y medianos. Estas incluyen normas y herramientas de detección y cribado, junto con el tratamiento y la atención paliativa de las ENT, tal como se indica en los paquetes técnicos de la OMS, como el Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria (PEN) (3), el Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud (HEARTS) (4) y el módulo sobre el diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) (5).

A pesar de los compromisos nacionales y mundiales y de las orientaciones sobre intervenciones eficaces para el tratamiento de las ENT, los avances hacia el logro de la meta 3.4 de los ODS han sido lentos, y la integración de los servicios para las ENT en los sistemas de salud ha quedado muy rezagada en los últimos dos decenios. El seguimiento sistemático de la aplicación de intervenciones efectivas contra las ENT basadas en la evidencia puede optimizar la calidad y la cobertura de los servicios, especialmente en los entornos de prestación de atención primaria que sirven de primer punto de contacto con el paciente, donde puede prestarse una atención integrada, completa y continua. El seguimiento de los pacientes con ENT a lo largo de todo el proceso asistencial puede revelar las deficiencias en la cobertura y la calidad de los servicios, y ayudar a los países a establecer prioridades y acelerar las medidas para alcanzar la meta 3.4 de los ODS.

La OMS ha elaborado estas *Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud* con miras al monitoreo de los pacientes con ENT y los programas de ENT. Las orientaciones incluyen un marco y un conjunto simplificado de indicadores normalizados pertinentes, válidos y viables para facilitar el registro y la notificación de los datos de los servicios de salud en la atención primaria. Los países pueden utilizar este marco para mejorar el monitoreo de las ENT mediante los sistemas nacionales de información sanitaria existentes, en particular los sistemas de notificación sistemática y los sistemas de encuesta de los establecimientos de salud.

Introducción

En las *Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud* se ofrece asesoramiento para optimizar los datos extraídos de los servicios de salud con el fin de apoyar la detección y el tratamiento tempranos de las enfermedades no transmisibles en los centros de atención primaria. Pueden utilizarse para detectar lagunas de información y propugnar la inclusión del seguimiento de las ENT en los sistemas ordinarios de información sanitaria y en las encuestas de los establecimientos de salud cuando no sea ya el caso.

El Objetivoivo de las orientaciones consiste en ayudar a los países a evaluar su desempeño con respecto a las normas nacionales o de la OMS para el tratamiento de las enfermedades no transmisibles en entornos con recursos limitados. Pueden resultar de utilidad a los países para detectar los obstáculos que dificultan la prestación de servicios en los distintos niveles del sistema de salud, así como para hacer un seguimiento de las personas con

ENT a lo largo de todo el proceso asistencial. Asimismo, promueven el uso estratégico de un pequeño conjunto de indicadores relevantes, válidos y factibles para fundamentar la planificación y la ejecución de programas nacionales, guiar la gestión de los recursos y apoyar las decisiones clínicas.

En las orientaciones se hace hincapié en el seguimiento de las intervenciones de atención primaria probadas y eficaces para hacer frente a las enfermedades no transmisibles en contextos de recursos limitados, como se indica en el PEN de la OMS. Entre las intervenciones se incluyen las destinadas a patologías como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el cáncer de mama, el cáncer cervicouterino, los cánceres infantiles y otros tipos de cáncer, así como las ECV, incluida la hipertensión y la diabetes. Su elaboración, ámbitos e indicadores de seguimiento y fuentes y aplicación en los países se describen en las secciones siguientes.

Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud

Proceso de elaboración

La OMS elaboró estas *Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud* en respuesta a la necesidad de un marco amplio de monitoreo de la gestión de las ENT en los establecimientos. Las orientaciones se basan en las secciones y módulos de monitoreo que se encuentran en los paquetes técnicos PEN, HEARTS y HEARTS-D de la OMS.

Un conjunto de funcionarios de salud de los países, expertos y asociados se reunieron bajo los auspicios de la OMS para evaluar la recopilación de datos relativos al tratamiento de la hipertensión, con especial atención a los indicadores HEARTS, así como a otros indicadores utilizados para su seguimiento en varios niveles del sistema de salud (6). Se recomendó incluir indicadores adicionales para supervisar la evaluación de las comorbilidades y complicaciones con miras a realizar un seguimiento efectivo de los pacientes a lo largo de todo el ciclo asistencial. Esas medidas adicionales pueden ayudar a minimizar las pérdidas en el seguimiento y garantizar la mejora continua de la calidad de los programas clínicos. Para mejorar el nivel de los indicadores, se aconsejó el uso de medidas de equidad, como las dimensiones sociodemográficas en el análisis de los indicadores, la alineación con el protocolo y los Objetivos clínicos específicos de cada país, además de la armonización de los marcos de monitoreo de la hipertensión, la diabetes y otras ENT.

A la luz de estas recomendaciones, la OMS amplió la lista de indicadores para los establecimientos de salud de modo que cubrieran la información requerida para la gestión de otras ENT en entornos de atención primaria. También se tuvieron en cuenta los indicadores y metas relevantes para la atención primaria que formaban parte de los marcos de monitoreo específicos, vigentes o previstos, de las ENT, desde programas mundiales, como el Pacto Mundial contra la Diabetes de la OMS, la Iniciativa Mundial de la OMS contra el Cáncer de Mama, la Iniciativa Mundial de la OMS contra el Cáncer Infantil y la Iniciativa de Eliminación del Cáncer Cervicouterino. Los

expertos de la OMS en el tratamiento clínico de la hipertensión, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer, así como los expertos en atención primaria de salud, prestación integrada de servicios y vigilancia revisaron los indicadores y elaboraron los metadatos correspondientes. Estos expertos tuvieron en cuenta las orientaciones de la OMS, las prioridades mundiales, las definiciones uniformes de los indicadores conexos de la OMS y la viabilidad de la recopilación de datos. Su examen y revisión iterativos de los indicadores los llevó a proponer 86 indicadores.

Las revisiones sistemáticas de estudios previos sobre cada indicador mostraron que el seguimiento de los indicadores básicos y la mayoría de los indicadores opcionales era efectivo para mejorar los resultados de los pacientes o la calidad del servicio. Además, las pruebas demostraron que las orientaciones propuestas eran exhaustivas, ya que incluían en la propuesta todos los indicadores que suelen utilizarse para el monitoreo de la atención clínica de las ENT.

Asimismo, la OMS pidió a un amplio grupo de expertos de organizaciones académicas y de investigación, instituciones proveedoras de servicios de salud y organismos de desarrollo con amplios conocimientos y experiencia en la gestión de enfermedades, la atención primaria de salud, la prestación integrada de servicios, la vigilancia o los sistemas de información, que aportaran un análisis más profundo de los indicadores incluidos en estas *Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud*. A continuación, se llevó a cabo una serie de revisiones para obtener el consenso de los expertos sobre los indicadores prioritarios y sus metadatos respectivos. Mediante una encuesta en línea, cada experto calificó los indicadores en función de seis características importantes: validez, definición clara y normalizada, precisión respecto al desempeño, importancia para las partes interesadas, posibilidad de recopilación y facilidad de interpretación. Los expertos también formularon observaciones sobre los metadatos de los indicadores.

Los expertos técnicos presentaron y debatieron las calificaciones y los comentarios agregados sobre los indicadores durante las reuniones de la OMS celebradas en marzo de 2022. Los expertos llegaron a un acuerdo sobre la inclusión de la mayoría de los indicadores propuestos, si bien varios se dejaron de lado debido a problemas de viabilidad. De los indicadores conservados, solo se acabó clasificando como indicadores básicos entre dos y cuatro indicadores por programa de enfermedades, sobre los que los países deben esforzarse por informar periódicamente. Se consideró que la recopilación de los indicadores restantes es opcional, en función de las capacidades de recursos humanos e infraestructura tecnológica.

Los expertos también recomendaron que se elaboraran definiciones más claras y operacionalizadas de los numeradores y los denominadores. Consideraron importante contextualizar los indicadores en función de las diferentes modalidades de prestación de servicios e infraestructuras en los países, así como involucrar a las partes interesadas en el establecimiento de las metas de cada indicador. Por último, se propuso establecer mecanismos eficaces de coordinación entre los proveedores de servicios de salud en los distintos niveles de atención, y reforzar los sistemas ordinarios de información sanitaria para realizar un seguimiento individualizado y gestionar los programas mediante el uso de tecnologías adecuadas.

En la lista final se incluyeron 22 indicadores básicos y 59 indicadores opcionales para el seguimiento de las intervenciones esenciales de atención primaria en relación con las ECV, incluida la hipertensión, así como la diabetes, el asma, la EPOC, el cáncer de mama, el cáncer cervicouterino, el cáncer infantil y otros tipos de cáncer.

Ámbitos e indicadores de monitoreo

El marco de monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los centros de atención primaria (Fig. 1) se ajusta a la publicación de la OMS *Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens (7)*, con indicadores organizados por cadena de resultados (insumos/procesos, productos/resultados) y ámbitos de monitoreo centrados en la orientación del sistema de salud, incluidos los determinantes del programa (capacidad y gestión del sistema), la prestación de servicios (detección y diagnóstico tempranos, tratamiento y evaluación de las complicaciones) y los Objetivos del programa (control de la enfermedad). Los indicadores también están organizados por programas de enfermedades, con la excepción de cuatro indicadores transversales.

Para el monitoreo de la capacidad y la gestión del sistema de salud se incluyen indicadores que miden la disponibilidad de medicamentos básicos, tecnologías y personal capacitado para el manejo de las ENT en los centros de atención primaria, así como la aplicación de un proceso de mejora continua de la calidad mediante visitas de supervisión periódicas e informes completos y puntuales de los establecimientos. En el ámbito del monitoreo de la prestación de servicios se evalúa el volumen, la calidad y la continuidad de la atención prestada en cada establecimiento. Entre los indicadores figura el nivel al que se presta cada uno de los distintos servicios esenciales relacionados con las ENT, como el diagnóstico temprano de los signos y síntomas, la detección, el diagnóstico y el tratamiento, así como la evaluación de las complicaciones, según las vías de atención establecidas, junto con las capacidades del establecimiento de salud para manejar determinadas ENT. Es posible que los niveles de servicio dependan de la aceptación de los servicios por parte de las personas destinatarias y del nivel de detección resultante de cada enfermedad no transmisible. La calidad de la atención se mide mediante la evaluación del nivel de servicios que se ajusta a los protocolos nacionales o de la OMS, mientras que la continuidad de la atención se evalúa principalmente en función del número de personas que dejaron de recibir seguimiento.

El monitoreo del control de las enfermedades mide el efecto combinado de las capacidades del sistema, del manejo de cada enfermedad y de la prestación de servicios sobre el estado de salud de las personas con ENT que acuden a los centros de atención primaria. Todos los indicadores aspiran a analizar las desigualdades sanitarias en los establecimientos de salud con respecto a distintas características, por ejemplo, el tipo de propiedad (pública/privada), o en función de las características individuales de los pacientes, como la edad, el sexo, la raza o etnia, las comorbilidades, la pertenencia a grupos de alto riesgo, la situación socioeconómica, el tipo de residencia y el tipo de seguro médico.

Fuentes

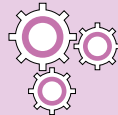
Estos indicadores sobre la capacidad del sistema, el manejo de cada enfermedad y el estado de salud con respecto a la enfermedad deberían proceder, idealmente, de los sistemas habituales de información de los establecimientos en los que se realiza el seguimiento de pacientes con ENT. Los sistemas de notificación ordinarios deben obtener los datos de las historias clínicas individuales, los registros de servicios y los registros de recursos que los trabajadores de la salud mantienen a diario como parte del proceso asistencial. Las encuestas a los establecimientos de salud pueden ser fuentes alternativas de indicadores y también sirven para validar los datos de los servicios de salud sistemáticos.

Figura 1. Marco de monitoreo de los pacientes y los programas de enfermedades no transmisibles en los centros de atención primaria





DÉTERMINANTES DE LOS PROGRAMAS



PRESTACIÓN DE SERVICIOS



OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS

CÁNCER CERVICOUTERINO

ENTRADAS/PROCESOS	PRODUCTOS	RESULTADOS
Capacidad y gestión del sistema <ul style="list-style-type: none"> ▶ Disponibilidad de pruebas del virus del papiloma humano ■ Disponibilidad de citologías vaginales ■ Disponibilidad de inspecciones visuales con ácido acético 	Detección y diagnóstico tempranos <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cribado del cáncer cervicouterino con pruebas de detección de alta precisión en mujeres de 30 a 49 años ▶ Cribado del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años ▶ Tasas de positividad de las pruebas de cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años ■ Repetición del cribado del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años Tratamiento <ul style="list-style-type: none"> ■ Tratamiento de patologías cervicouterinas preinvasoras en mujeres de 30 a 49 años ■ Derivación oportuna para el diagnóstico de cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años con resultados sospechosos en el cribado 	Control de enfermedades

CÁNCER INFANTIL

ENTRADAS/PROCESOS	PRODUCTOS	RESULTADOS
Capacidad y gestión del sistema	Detección y diagnóstico tempranos <ul style="list-style-type: none"> ▶ Evaluación clínica para el diagnóstico temprano del cáncer infantil en niños con signos o síntomas asociados con el cáncer infantil ▶ Derivación oportuna para el diagnóstico de cáncer infantil en niños con signos o síntomas asociados con el cáncer infantil y resultados sospechosos en la evaluación clínica 	Control de enfermedades

CÁNCER (GENERAL)

ENTRADAS/PROCESOS	PRODUCTOS	RESULTADOS
Capacidad y gestión del sistema	Detección y diagnóstico tempranos <ul style="list-style-type: none"> ▶ Evaluación clínica para el diagnóstico temprano del cáncer en personas con signos o síntomas asociados con el cáncer ▶ Derivación oportuna para el diagnóstico de cáncer de personas con signos o síntomas asociados con el cáncer y resultados sospechosos en la evaluación clínica 	Control de enfermedades

TRANSVERSAL

ENTRADAS/PROCESOS	PRODUCTOS	RESULTADOS
Capacidad y gestión del sistema <ul style="list-style-type: none"> ■ Disponibilidad de personal capacitado ■ Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud ■ Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión 	Detección y diagnóstico tempranos <ul style="list-style-type: none"> ■ Personas que dejaron de recibir seguimiento Tratamiento <ul style="list-style-type: none"> ■ Personas que dejaron de recibir seguimiento Evaluación de las complicaciones <ul style="list-style-type: none"> ■ Personas que dejaron de recibir seguimiento 	Control de enfermedades

- ▶ Básico
- Opcional

Fuentes de datos: sistemas ordinarios de notificación de los establecimientos de salud; sistemas de información de los paciente/historias clínicas electrónicas; sistemas de información de gestión logística; sistemas de información sobre el personal sanitario; evaluaciones/encuestas sobre los establecimientos de salud.

Aplicación de las *Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud* en los sistemas de monitoreo nacionales basados en los establecimientos de salud

La aplicación de las *Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud* en los sistemas de monitoreo nacionales basados en los establecimientos de salud puede realizarse en consonancia con las buenas prácticas descritas en otros marcos de monitoreo de la OMS. Uno de esos recursos es el marco y los indicadores de la OMS para la atención primaria descrito en *Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens*. La integración y los vínculos con el programa nacional de enfermedades no transmisibles y los sistemas de información sanitaria existentes son otras consideraciones importantes para su correcta adopción.

A continuación se exponen las acciones clave con el fin de que los países adapten las *Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud*:

Armonizar las *Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud* con el programa nacional de enfermedades no transmisibles y los procesos de revisión

Los países se encuentran en diferentes fases de la ejecución de las intervenciones efectivas contra las ENT indicadas en el PEN de la OMS como parte de su programa nacional de ENT. Algunos países se encuentran en una fase incipiente o experimental, mientras que otros están llevando a cabo intervenciones a escala nacional y varios incluso ya han incorporado elementos de los paquetes de medidas técnicas en sus directrices nacionales. En función del modelo de atención o de los conjuntos de prestaciones de atención primaria que utilicen los países, es posible que los centros de atención primaria no ofrezcan servicios integrales para todas las ENT, por lo que es necesario coordinarse con

los hospitales para garantizar la continuidad de la atención. Las *Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud* deben estar en sintonía con el alcance del programa nacional de enfermedades no transmisibles y deben tener en cuenta las diferencias en el diseño de la prestación de servicios. Del mismo modo, los ciclos de notificación por cada nivel de establecimiento y sistema de salud deben adaptarse a los procesos de revisión establecidos, que pueden abarcar todo el sector de la salud o ser específicos para el programa de una enfermedad.

Seleccionar indicadores en consonancia con las prioridades y las capacidades

El seguimiento de las intervenciones de ENT en la atención primaria puede suponer una carga adicional para el personal, que ya suele estar sobrecargado de trabajo. Los países deben seleccionar los indicadores más pertinentes para sus usuarios en función de las prioridades de gestión de las ENT y de la madurez del sistema de salud. En estas *Orientaciones* se incluye una lista de indicadores básicos y opcionales que los países pueden elegir para realizar el seguimiento de sus resultados. La capacidad de recursos humanos para el monitoreo y la infraestructura tecnológica existentes son también factores clave que deben tenerse en cuenta al seleccionar y determinar el orden de prioridad de los indicadores que se incluirán en el marco nacional de monitoreo.

Establecer valores de referencia y metas para cada indicador

En estas *Orientaciones* no se determinan metas específicas para los indicadores por establecimiento de salud ni a nivel subnacional o nacional. Los países deben especificar los valores de referencia y las metas para cada indicador en todos los

niveles de notificación. Estos deben acordarse con las partes interesadas que participan en la evaluación del progreso.

Subsanar las principales deficiencias en las fuentes de datos de los servicios de salud mediante métodos innovadores y tecnologías digitales

La mayoría de los indicadores de estas Orientaciones requieren la obtención de datos fiables de las historias clínicas individuales o de los registros de enfermedades de los establecimientos, en los que se recoge información clave sobre las consultas de los pacientes y el estado de la enfermedad. Debido a la alta prevalencia de las enfermedades no transmisibles que requieren un plan de tratamiento a largo plazo, es posible que el seguimiento de la adhesión al tratamiento de los pacientes, el nivel de los servicios y los resultados sea todo un reto en los establecimientos donde se utilizan expedientes en papel. Las herramientas sencillas de recopilación digital de datos pueden facilitar el registro y la notificación de estos indicadores de forma sistemática o periódica. Los países deben invertir en soluciones que puedan ampliarse y sean sostenibles para mejorar sus sistemas de notificación sistemática con los datos de seguimiento de los pacientes.

Fortalecer las capacidades de análisis, interpretación y divulgación de los datos

Los países pueden utilizar la herramienta que brinda estas Orientaciones para facilitar el análisis, la interpretación y la divulgación de los datos. En la herramienta se incluyen los metadatos de los indicadores: la definición, la finalidad, el numerador, el denominador, los métodos de cálculo, las fuentes, la frecuencia de notificación y las limitaciones, junto con orientaciones para la medir e interpretar los indicadores. Si se respetan los metadatos de los indicadores, será posible comparar los datos entre los distintos establecimientos y niveles administrativos y geográficos de un país, así como entre países y regiones. También permite una evaluación coherente de los indicadores a lo largo del tiempo.

Además, los países tendrán que establecer programas de análisis de datos y formación para mejorar la capacidad

de supervisión a todos los niveles del sistema de salud. También tendrán que invertir en soluciones de gestión de datos adecuadas que faciliten la traducción de los datos en información comprensible para todo un abanico de usuarios.

Realizar revisiones periódicas para guiar las decisiones y las medidas

Los países deben establecer revisiones periódicas de los indicadores en cada nivel del sistema de salud, con orientaciones claras y procesos de decisión basados en las pruebas. El personal responsable de los programas debe proporcionar los umbrales de cada indicador que recuerden a los trabajadores de la salud, al personal directivo de los establecimientos de salud y a los responsables subnacionales y nacionales, así como a las autoridades de salud locales y regionales, que deben aplicar las medidas recomendadas, garantizar el progreso hacia los Objetivos del programa y fomentar la responsabilidad. Las revisiones pueden ser mensuales, trimestrales, semestrales o anuales para fomentar el uso sistemático y frecuente de los indicadores destinados a evaluar los avances con respecto a las metas.

Los indicadores individuales sobre el control de cada enfermedad y los pacientes que dejaron de recibir el tratamiento pueden contribuir a un seguimiento longitudinal eficaz. El equipo directivo de cada establecimiento debe revisar los indicadores junto con los trabajadores de la salud que se ocupan de las historias clínicas individuales y de los registros de los establecimientos. El seguimiento y la gestión del sistema en los establecimientos mediante indicadores sobre los medicamentos esenciales, la capacidad para realizar pruebas, los equipos, el personal capacitado, la presentación de informes y la supervisión, así como los resultados del manejo de las enfermedades, pueden revelar deficiencias, desencadenar medidas para mejorar la disponibilidad y la calidad de los servicios en todos los niveles del sistema de salud e informar sobre el progreso hacia los Objetivos. En estas *Orientaciones para el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los establecimientos de salud* se especifica la finalidad de cada indicador para los distintos tipos de usuarios y se proponen plazos razonables para la notificación de los indicadores.

5.

Indicadores y metadatos por enfermedad

Hipertensión y enfermedades cardiovasculares

► Indicadores básicos y sus metadatos

B1 Disponibilidad de medicamentos básicos para la hipertensión

B2 Disponibilidad de medicamentos básicos para las ECV

B3 Disponibilidad de un tensiómetro que funcione correctamente

B4 Regulación de la tensión arterial en personas con hipertensión

B1

Disponibilidad de medicamentos básicos para la hipertensión

Objetivo	Garantizar el suministro ininterrumpido de medicamentos esenciales y mejorar así la adhesión de los pacientes al tratamiento.
Definición	<p>Proporción de establecimientos de salud que disponen de medicamentos básicos para la hipertensión según las orientaciones de la OMS y las directrices nacionales de tratamiento.</p> <p>La OMS recomienda las siguientes clases de medicamentos básicos para la hipertensión:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tiacida y sustancias similares a la tiacida;• Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina;• Antagonistas de los receptores de angiotensina; y• Calcioantagonistas dihidropiridínicos de acción prolongada. <p>Debe estar disponible al menos un medicamento de cada clase, y pueden añadirse otros medicamentos a la lista principal en función de las directrices nacionales de tratamiento.</p>
Numerador	Número de establecimientos de salud que indican que no se han agotado las existencias de medicamentos básicos para la hipertensión en el periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Registro de existencias de medicamentos de los establecimientos de salud, informes de los establecimientos de salud, sistema de información logística regional o encuestas.
Elementos informativos clave	Número de establecimientos de salud que indican que no se han agotado las existencias de medicamentos.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que se han agotado los medicamentos, la prevención de situaciones de falta de medicamentos y el fortalecimiento de los sistemas de salud con miras a garantizar el suministro ininterrumpido de medicamentos.
Limitaciones / comentarios	<p>En algunos entornos, los establecimientos de salud no dispensan medicamentos, por lo que las unidades informantes pueden ser dispensarios o farmacias de medicina comunitaria.</p> <p>La mejor fuente de datos de las enumeradas para este indicador dependerá de la calidad cada una de ellas en el contexto local.</p>
Enlaces relacionados	<p>Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344424/9789240033986-eng.pdf</p> <p>HEARTS - Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud: protocolos de tratamiento clínico basados en la evidencia https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50832/OPSNMH19002_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p> <p>HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care: systems for monitoring http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260423/WHO-NMH-NVI-18.5-eng.pdf;jsessionid=0ACE98717506BDB055D33488EB106A40?sequence=1</p> <p>Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf</p>

B2

Disponibilidad de medicamentos básicos para las enfermedades cardiovasculares

Objetivo	Garantizar el suministro ininterrumpido de medicamentos esenciales y mejorar así la adhesión de los pacientes al tratamiento.
Definición	<p>Proporción de establecimientos de salud que disponen de medicamentos básicos para ECV según las orientaciones de la OMS o las directrices nacionales de tratamiento.</p> <p>La OMS recomienda los siguientes medicamentos básicos para las cardiopatías:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aspirina;• Betabloqueantes; y• Estatina.
Numerador	Número de establecimientos de salud que indican que no se han agotado las existencias de medicamentos básicos para ECV.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Registro de existencias de medicamentos de los establecimientos de salud, informes de los establecimientos de salud, sistema de información logística regional o encuestas.
Elementos informativos clave	Número de establecimientos de salud que indican que no se han agotado las existencias de medicamentos.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que se han agotado los medicamentos, la prevención de situaciones de falta de medicamentos y el fortalecimiento de los sistemas de salud para garantizar el suministro ininterrumpido de medicamentos.
Limitaciones / comentarios	<p>En algunos entornos, los establecimientos de salud no dispensan medicamentos, por lo que las unidades informantes pueden ser dispensarios o farmacias de medicina comunitaria.</p> <p>La mejor fuente de datos de las enumeradas para este indicador dependerá de la calidad cada una de ellas en el contexto local.</p>
Enlaces relacionados	<p>Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344424/9789240033986-eng.pdf</p> <p>HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care: systems for monitoring http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260423/WHO-NMH-NVI-18.5-eng.pdf;jsessionid=0ACE98717506BDB055D33488EB106A40?sequence=1</p> <p>Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf</p>

B3

Disponibilidad de un tensiómetro que funcione correctamente

Objetivo	Evaluar la calidad de las mediciones de la TA.
Definición	<p>Proporción de establecimientos de salud que notifican la disponibilidad de al menos un dispositivo (validado y, si procede, calibrado) de medición de la presión arterial (tensiómetro) en correcto estado de funcionamiento.</p> <p>La OMS recomienda para el uso clínico los tensiómetros automáticos o semiautomáticos de precisión validados, que miden y muestran la TA mediante el inflado y el desinflado automáticos o semiautomáticos (bomba manual) de un manguito de presión que suele colocarse en la parte superior del brazo para conseguir una compresión uniforme de la arteria humeral, que es el lugar donde suele medirse la TA.</p> <p>Un dispositivo validado es aquel que se ha sometido a pruebas rigurosas y normalizadas con respecto a un criterio de referencia que garantiza que el dispositivo obtiene mediciones precisas.</p> <p>La calibración se lleva a cabo para garantizar que el dispositivo mide la TA con precisión y se realiza comparando los resultados que arroja el dispositivo con unos parámetros de referencia.</p> <p>Los tensiómetros automatizados que no sean precisos deben enviarse al fabricante para que los calibre.</p>
Numerador	Número de establecimientos de salud que notifican la disponibilidad de al menos un tensiómetro que funciona correctamente (validado y, si corresponde, calibrado).
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud, sistema de información logística regional o encuestas.
Elementos informativos clave	Número de establecimientos de salud que informan de que disponen de al menos un tensiómetro que funciona correctamente (estándar y calibrado) en el establecimiento.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que no disponen de capacidad para realizar pruebas, de modo que la obtengan y se fortalezcan los sistemas de salud para garantizar servicios de diagnóstico sin interrupciones.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	<p>Especificaciones técnicas de la OMS para dispositivos automáticos de medición de la presión arterial no invasivos y con brazalete https://apps.who.int/iris/handle/10665/331749</p> <p>Harmonized health facility assessment (HHFA): core questions https://www.who.int/publications/i/item/harmonized-health-facility-assessment-(hhfa)</p> <p>Service availability and readiness assessment (SARA): an annual monitoring system for service delivery : reference manual, Version 2.2, Revised July 2015 https://apps.who.int/iris/handle/10665/149025</p>

B4

Regulación de la tensión arterial en personas con hipertensión

Objetivo	Medir la eficacia de los servicios clínicos para regular la TA de los pacientes tratados por hipertensión.
Definición	<p>Proporción de personas registradas para el tratamiento de la hipertensión en el establecimiento que tienen la TA regulada según las orientaciones de la OMS y las directrices nacionales de tratamiento.</p> <p>Según las orientaciones de la OMS, se considera que la TA está regulada cuando:</p> <ul style="list-style-type: none">• la tensión arterial sistólica (TAS) está por debajo de 140 mmHg y la tensión arterial diastólica (TAD) está por debajo de 90 mmHg;• la TAS está por debajo de 130 mmHg en personas con antecedentes de ECV; o• la TAS está por debajo de 130 mmHg en personas con alto riesgo de hipertensión, es decir, aquellas con alto riesgo de ECV, diabetes mellitus o insuficiencia renal crónica (IRC). <p>Los criterios de regulación de la TA pueden estar basados en directrices nacionales.</p>
Numerador	Número de personas registradas para el tratamiento de la hipertensión en el establecimiento de salud a las que se les controló la TA en la última consulta médica durante el periodo sobre el que se informa, con la excepción de las personas diagnosticadas recientemente y en tratamiento desde hace menos de 3 meses.
Denominador	Número total de personas registradas para el tratamiento de la hipertensión en el establecimiento de salud, con la excepción de las personas diagnosticadas recientemente y en tratamiento desde hace menos de 3 meses.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Elementos informativos clave	Diagnóstico de hipertensión, medicamentos recetados para la hipertensión, fecha de la consulta, TAS, TAD.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con hipertensión en sus establecimientos que logra mantener la TA regulada.</p> <p>El personal directivo de los distritos, para evaluar la calidad general de los servicios de tratamiento de la hipertensión, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.</p>
Limitaciones / comentarios	<p>Se incluirá en el denominador a las personas que no acudieron a la cita o se dieron de baja y se desconozca, por tanto, si tienen la TA regulada, así como los pacientes derivados a un establecimiento de salud de nivel superior; su estado se contabilizará como si no tuvieran la tensión regulada.</p> <p>Se contabilizará en el denominador a los pacientes que se hayan remitido a otro establecimiento durante el trimestre sobre el que se informa y se utilizará su último estado conocido antes del traslado.</p> <p>Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.</p>
Enlaces relacionados	<p>Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344424/9789240033986-eng.pdf</p> <p>HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care: systems for monitoring http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260423/WHO-NMH-NVI-18.5-eng.pdf;jsessionid=0ACE98717506BDB055D33488EB106A40?sequence=1</p>

Indicadores opcionales y sus metadatos

01 Evaluación del riesgo de enfermedad cardiovascular en personas a partir de los 40 años mediante las tablas de riesgo cardiovascular de la OMS

02 Cribado de la hipertensión en personas a partir de los 18 años como parte del servicio sistemático

03 Detección de la hipertensión a partir de un cribado incidental

04 Evaluación de la insuficiencia renal crónica en personas recién diagnosticadas de hipertensión

05 Regulación de la tensión arterial en personas con hipertensión (seguimiento)

06 Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de tratamiento de la hipertensión

07 Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud

08 Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión

09 Personas que dejaron de recibir seguimiento

O1

Evaluación del riesgo de enfermedad cardiovascular en personas a partir de los 40 años mediante las tablas de riesgo cardiovascular de la OMS

Objetivo	Determinar el nivel de uso de las tablas de riesgo de enfermedad cardiovascular de la OMS.
Definición	Proporción de personas de 40 años o más que acudieron al establecimiento de salud sin antecedentes de evaluación del riesgo de ECV en los últimos 12 meses y se sometieron a la evaluación con las tablas de riesgo cardiovascular de la OMS.
Numerador	Número de personas de 40 años o más sin antecedentes de evaluación del riesgo de ECV en los últimos 12 meses que acudieron al establecimiento de salud y se sometieron a la evaluación con las tablas de riesgo cardiovascular de la OMS. ¹
Denominador	Número total de personas de 40 años o más sin antecedentes de evaluación del riesgo de ECV en los últimos 12 meses que acudieron al establecimiento de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Elementos informativos clave	Edad, evaluación de la puntuación de riesgo de ECV.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas a partir de 40 años en sus establecimientos que se somete a exámenes del riesgo de ECV. El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia y estado, para centrarse en los establecimientos en los que el nivel de detección de riesgo de ECV sea bajo.
Limitaciones / comentarios	No se requiere normalización por edad.
Enlaces relacionados	HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care: risk-based CVD management https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333221/9789240001367-eng.pdf

1. En las orientaciones de la OMS para el tratamiento farmacológico de la hipertensión en adultos se recomienda evaluar el riesgo cardiovascular en el momento de iniciar el tratamiento farmacológico de la hipertensión o después de hacerlo, pero solo cuando sea factible y no retrase el tratamiento.

02

Cribado de la hipertensión en personas a partir de los 18 años como parte del servicio sistemático

Objetivo	Determinar el nivel de cribado incidental.
Definición	Proporción de personas de 18 años o más que acudieron al establecimiento de salud y se sometieron a un cribado de la hipertensión según las orientaciones de la OMS o las directrices nacionales de tratamiento.
Numerador	Número de personas de 18 años o más que acudieron al establecimiento de salud y se sometieron a un cribado de la hipertensión en el periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de personas de 18 años o más que acudieron al establecimiento de salud durante el periodo sobre el que se informa.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Elementos informativos clave	Fecha de la última consulta, edad, TAS, TAD.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los programas a nivel de establecimiento de salud, distrito, provincia y estado, para verificar si los trabajadores o los establecimientos de salud siguen el protocolo de cribado de la hipertensión en las personas de 18 años o más.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344424/9789240033986-eng.pdf

03

Detección de la hipertensión a partir de un cribado incidental

Objetivo	Determinar la eficacia del cribado incidental.
Definición	<p>Proporción de personas de 18 años o más diagnosticadas de hipertensión entre las que se sometieron a pruebas de cribado de la hipertensión en el establecimiento de salud según las orientaciones de la OMS o las directrices nacionales de tratamiento.</p> <p>La hipertensión se diagnostica si, en dos consultas en días diferentes:</p> <ul style="list-style-type: none">• laTAS en ambos días es superior o igual a 140 mmHg; o• la TAD en ambos días es superior o igual a 90 mmHg.
Numerador	Número de personas de 18 años o más diagnosticadas de hipertensión entre las que se sometieron a pruebas de cribado de la hipertensión en el establecimiento de salud durante el periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de personas de 18 años o más que se sometieron a pruebas de cribado de la hipertensión en el establecimiento de salud durante el periodo sobre el que se informa.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Elementos informativos clave	Fecha de la última consulta, edad, TAS, TAD.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los programas a nivel de establecimiento de salud, distrito, provincia y estado, para evaluar la eficiencia del cribado de la hipertensión según el protocolo nacional.</p> <p>El personal directivo de los programas nacionales, para adaptar los protocolos a fin de optimizar los recursos para la detección de la hipertensión.</p>
Limitaciones / comentarios	Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.
Enlaces relacionados	Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344424/9789240033986-eng.pdf

O4

Evaluación de la insuficiencia renal crónica en personas recién diagnosticadas de hipertensión

Objetivo	Medir el cumplimiento de las directrices.
Definición	Proporción de personas recién diagnosticadas de hipertensión que se sometieron a pruebas de detección de la IRC mediante: <ul style="list-style-type: none">• albúmina / creatinina en una muestra puntual de orina, o• filtración glomerular estimada (FGe) con creatinina sérica.
Numerador	Número de personas recién diagnosticadas de hipertensión en el establecimiento de salud que se sometieron a pruebas de detección de la IRC en el plazo de un año desde el diagnóstico durante el periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de personas diagnosticadas de hipertensión en el establecimiento de salud durante el periodo sobre el que se informa.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Elementos informativos clave	Diagnóstico de hipertensión, evaluación de la IRC, fecha de diagnóstico, datos de la evaluación de la IRC.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con hipertensión en sus establecimientos que se somete a pruebas para detectar la IRC. El personal directivo de los distritos, para evaluar la calidad general de los servicios de tratamiento de la hipertensión, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.
Limitaciones / comentarios	No se requiere normalización por edad.
Enlaces relacionados	Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344424/9789240033986-eng.pdf

1. En las orientaciones de la OMS para el tratamiento farmacológico de la hipertensión en adultos se recomienda realizar pruebas de detección de morbilidades y de hipertensión secundaria al iniciar el tratamiento farmacológico de la hipertensión, pero solo cuando las pruebas no retrasen ni impidan el inicio del tratamiento.

05

Regulación de la tensión arterial en personas con hipertensión (seguimiento)

Objetivo	Medir la efectividad de los servicios clínicos para los pacientes recién diagnosticados y en tratamiento para la hipertensión.
Definición	<p>Proporción de personas recién diagnosticadas de hipertensión con la tensión arterial regulada a los tres o seis meses del inicio del tratamiento.</p> <p>Según las orientaciones de la OMS, se considera que la TA está regulada cuando:</p> <ul style="list-style-type: none">• la TAS está por debajo de 140 mmHg y la TAD está por debajo de 90 mmHg;• la TAS está por debajo de 130 mmHg en personas con antecedentes de enfermedad cardiovascular; o• la TAS está por debajo de 130 mmHg en personas en alto riesgo de hipertensión, es decir, aquellas personas con alto riesgo de ECV, diabetes mellitus o IRC. <p>Los criterios de regulación de la TA pueden estar basados en directrices nacionales.</p>
Numerador	Número de personas recién diagnosticadas de hipertensión con la TA regulada a los tres o seis meses del inicio del tratamiento.
Denominador	Número total de personas recién diagnosticadas de hipertensión inscritas para recibir tratamiento el trimestre que terminó tres o seis meses antes.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Establecimiento de salud.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Elementos informativos clave	Diagnóstico de hipertensión, fecha de la consulta, TAS, TAD.
Frecuencia de notificación	Trimestral, semestral.
Usuarios de los datos	El personal médico y directivo de los establecimientos de salud, para evaluar procesos de atención clínica si la proporción de personas que tiene la TA regulada es baja.
Limitaciones / comentarios	<p>Se incluirá en el denominador a las personas que no acudieron a la cita o se dieron de baja y se desconozca, por tanto, si tienen la TA regulada, así como los pacientes derivados a un establecimiento de salud de nivel superior; su estado se contabilizará como si no tuvieran la tensión regulada.</p> <p>Se contabilizará en el denominador a los pacientes que se hayan remitido a otro establecimiento dentro de los tres meses posteriores al inicio del tratamiento y se utilizará su último estado conocido antes del traslado.</p> <p>Si el paciente ha estado registrado previamente en otro establecimiento de salud para recibir servicios relacionados con la hipertensión, el establecimiento actual incluirá al paciente en la cohorte correspondiente al trimestre que comenzó cuando el paciente recibió los servicios en sus instalaciones.</p> <p>Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.</p>
Enlaces relacionados	<p>Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344424/9789240033986-eng.pdf</p> <p>HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care: systems for monitoring http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260423/WHO-NMH-NVI-18.5-eng.pdf;jsessionid=0ACE98717506BDB055D33488EB106A40?sequence=1</p>

06

Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de tratamiento de la hipertensión

Objetivo	Garantizar servicios de gran calidad y mejorar así el tratamiento de la TA.
Definición	Proporción de establecimientos de salud en los que el personal ha recibido capacitación en las orientaciones más recientes de la OMS o las directrices nacionales sobre el tratamiento clínico de la hipertensión.
Numerador	Número de establecimientos de salud en los que todo el personal relacionado ha recibido capacitación en las orientaciones de la OMS o directrices nacionales sobre el tratamiento clínico de la hipertensión. El término «personal relacionado» hace referencia al personal médico o los profesionales de la salud autorizados a nivel nacional para tratar la hipertensión.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud, sistema de información sobre el personal de la salud o encuestas.
Elementos informativos clave	Número de establecimientos de salud que indican que alguno de sus empleados no ha recibido la capacitación.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que su personal no ha recibido capacitación, llevar a cabo programas de formación y fortalecer los sistemas de salud para garantizar servicios de gran calidad.
Limitaciones / comentarios	La frecuencia de la capacitación depende de la fecha de la versión más reciente de las orientaciones de la OMS o de las directrices nacionales, así como de la rotación del personal en el establecimiento de salud.
Enlaces relacionados	HEARTS: Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Trabajo basado en equipos multidisciplinarios https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=trabajo-basado-en-equipos-multidisciplinarios-hearts-modulos&Itemid=&lang=es Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998 Harmonized health facility assessment (HHFA): core questions https://www.who.int/publications/i/item/harmonized-health-facility-assessment-(hhfa) Service availability and readiness assessment (SARA): an annual monitoring system for service delivery : reference manual, Version 2.2, Revised July 2015 https://apps.who.int/iris/handle/10665/149025

07

Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud

Objetivo	Evaluar el cumplimiento de los establecimientos en materia de notificación.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que presentaron informes rigurosos y con puntualidad. Se considera que los informes de los establecimientos de salud son rigurosos y se presentan con puntualidad cuando contienen todos los datos obligatorios y se notifican al nivel superior dentro del periodo de presentación fijado en el programa nacional.
Numerador	Número de establecimientos de salud que presentaron informes rigurosos y con puntualidad sobre los indicadores relativos a la hipertensión.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Sistemas ordinarios de información sanitaria.
Elementos informativos clave	Rigor de las notificaciones, puntualidad de las notificaciones.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que presentan los informes tarde o incompletos.
Limitaciones / comentarios	Los países deben determinar indicadores obligatorios basados en los establecimientos de salud, que deben comunicarse dentro de un plazo específico.
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998 2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs) (página 131) https://score.tools.who.int/fileadmin/uploads/score/Documents/Enable_data_use_for_policy_and_action/100_Core_Health_Indicators_2018.pdf

08

Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión

Objetivo	Garantizar la mejora continua de la calidad de la atención clínica y de los datos.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión en el último periodo sobre el que se informa.
Numerador	Número de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión en el último periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud.
Elementos informativos clave	Número de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para verificar si existen procesos de mejora continua de la calidad.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

09

Personas que dejaron de recibir seguimiento

Objetivo	Evaluar la calidad del tratamiento de la hipertensión.
Definición	Proporción de personas con hipertensión que dejaron de recibir seguimiento (estado desconocido durante un año).
Numerador	Número de personas con hipertensión que dejaron de recibir seguimiento.
Denominador	Número total de personas con hipertensión registradas en el establecimiento.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Elementos informativos clave	Estado desconocido durante un año desde la última consulta.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para revisar los procesos de atención clínica y recomendar medidas encaminadas a reducir el número de personas que deja de recibir seguimiento. El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar las brechas que existen entre el diagnóstico y el control.
Limitaciones / comentarios	Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

Diabetes

► Indicadores básicos y sus metadatos

B1 Disponibilidad de medicamentos básicos para la diabetes

B2 Disponibilidad de pruebas de glucemia

B3 Disponibilidad de pruebas de glucohemoglobina

B4 Control glucémico en personas con diabetes

B1

Disponibilidad de medicamentos básicos para la diabetes

Objetivo	Garantizar el suministro ininterrumpido de medicamentos esenciales y mejorar así la adhesión de los pacientes al tratamiento.
Definición	<p>Proporción de establecimientos de salud que disponen de medicamentos básicos para la diabetes según las orientaciones de la OMS o las directrices nacionales de tratamiento.</p> <p>Entre los medicamentos básicos para la diabetes se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• la insulina;• la metformina; y• las sulfonilureas.
Numerador	Número de establecimientos de salud que indican que no se han agotado las existencias de medicamentos básicos para la diabetes en el periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Registro de existencias de medicamentos de los establecimientos de salud, informes de los establecimientos de salud, sistema de información logística regional o encuestas.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que indican que no se han agotado las existencias de medicamentos, número total de establecimientos.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que se han agotado los medicamentos, la prevención de situaciones de falta de medicamentos y el fortalecimiento de los sistemas de salud para garantizar el suministro ininterrumpido de medicamentos.
Limitaciones / comentarios	<p>En algunos entornos, los establecimientos de salud no dispensan medicamentos, por lo que las unidades informantes pueden ser dispensarios o farmacias de medicina comunitaria.</p> <p>La mejor fuente de datos de las enumeradas para este indicador dependerá de la calidad cada una de ellas en el contexto local.</p>
Enlaces relacionados	<p>Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007</p> <p>Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf</p>

B2

Disponibilidad de pruebas de glucemia

Objetivo	Garantizar servicios ininterrumpidos de diagnóstico de la diabetes y de evaluación del control glucémico en los pacientes con diabetes.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que disponen de capacidad para realizar pruebas de glucemia en el laboratorio o en los puntos de atención.
Numerador	Número de establecimientos de salud que indican que disponen de capacidad para realizar pruebas de glucemia, bien en el laboratorio o bien en los puntos de atención, en el periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural), lugar donde se realiza la prueba de glucemia (punto de atención o laboratorio).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud, sistema de información logística regional o encuestas.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que indican disponer de capacidad para realizar las pruebas.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia y estado, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que no disponen de capacidad de laboratorio, con miras a conseguirla y a fortalecer los sistemas de salud para garantizar servicios de laboratorio ininterrumpidos.
Limitaciones / comentarios	En algunos entornos, los establecimientos de salud no proporcionan servicios de laboratorio, por lo que las unidades informantes deberán proceder de otros proveedores de servicios de laboratorio.
Enlaces relacionados	Harmonized health facility assessment (HHFA): core questions https://www.who.int/publications/i/item/harmonized-health-facility-assessment-(hhfa) Service availability and readiness assessment (SARA): an annual monitoring system for service delivery : reference manual, Version 2.2, Revised July 2015 https://apps.who.int/iris/handle/10665/149025

B3

Disponibilidad de pruebas de glucohemoglobina

Objetivo	Garantizar servicios ininterrumpidos de evaluación del control glucémico en pacientes con diabetes.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que disponen de capacidad para realizar pruebas de glucohemoglobina (HbA1c).
Numerador	Número de establecimientos de salud que indican que disponen de capacidad para realizar pruebas de HbA1c, bien en el laboratorio o bien en los puntos de atención, en el periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural), lugar donde se realiza la prueba de HbA1c (punto de atención o laboratorio).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud, sistema de información logística regional o encuestas.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que indican disponer de capacidad para realizar las pruebas.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia y estado, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que no disponen de capacidad de laboratorio, con miras a conseguirla y a fortalecer los sistemas de salud para garantizar servicios de laboratorio ininterrumpidos.
Limitaciones / comentarios	En algunos entornos, los establecimientos de salud no proporcionan servicios de laboratorio, por lo que las unidades informantes deberán proceder de otros proveedores de servicios de laboratorio.
Enlaces relacionados	Harmonized health facility assessment (HHFA): core questions https://www.who.int/publications/i/item/harmonized-health-facility-assessment-(hhfa) Service availability and readiness assessment (SARA): an annual monitoring system for service delivery : reference manual, Version 2.2, Revised July 2015 https://apps.who.int/iris/handle/10665/149025

B4

Control glucémico en personas con diabetes

Objetivo	Medir la efectividad de los servicios clínicos para las personas con diabetes.
Definición	Proporción de personas con diabetes con buen control glucémico, según el Objetivoivo general de HbA1c por debajo del 8% (64 mmol/mol), en la última consulta médica.
Numerador	Número de personas con diabetes registradas en el establecimiento con la HbA1c por debajo del 8% (64 mmol/mol) en la última consulta médica durante el periodo sobre el que se informa, con la excepción de las personas diagnosticadas recientemente en tratamiento desde hace menos de 3 meses.
Denominador	Número total de personas con diabetes registradas en el establecimiento, con la excepción de las personas diagnosticadas recientemente en tratamiento desde hace menos de 3 meses.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	HbA1c, fecha de la consulta, diagnóstico de diabetes, fecha de diagnóstico.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con diabetes en sus establecimientos que alcanza los Objetivoivos de glucemia. El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de tratamiento de la diabetes, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.
Limitaciones / comentarios	Se incluirá en el denominador a las personas que no acudieron a la cita o se dieron de baja y se desconozca, por tanto, si tienen la glucemia compensada, así como los pacientes derivados a un establecimiento de salud de nivel superior; su estado se contabilizará como si no tuvieran la glucemia compensada. Se contabilizará en el denominador a los pacientes que se hayan remitido a otro establecimiento durante el trimestre sobre el que se informa y se utilizará su último estado conocido antes del traslado. Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.
Enlaces relacionados	Documento de debate de la OMS (versión del 9 de agosto de 2021): proyecto de recomendaciones para fortalecer y monitorear las respuestas a la diabetes en el seno de los programas nacionales contra las enfermedades no transmisibles, incluyendo posibles metas. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/212413_eb150_-_annex_2_(diabetes)_-_final_(for_web)_s-(1).pdf?sfvrsn=86ab47d6_7 Improving health outcomes of people with diabetes mellitus: target setting to reduce the global burden of diabetes mellitus by 2030 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/india/health-topic-pdf/noncommunicable-diseases/eb150---annex-2-(diabetes-targets)---final-(for-web).pdf?sfvrsn=B2fa5e2c_3&download=true Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007

Indicadores opcionales y sus metadatos

01 Tratamiento farmacológico de personas con diabetes

02 Tratamiento con estatinas de personas con diabetes

03 Tratamiento farmacológico de la insuficiencia renal crónica en personas con diabetes

04 Tratamiento farmacológico de la hipertensión en personas con diabetes

05 Evaluación de la nefropatía diabética crónica en personas con diabetes

06 Evaluación del pie diabético en personas con diabetes

07 Derivación para el cribado de la retinopatía en personas con diabetes

08 Control glucémico de personas con diabetes (seguimiento)

09 Insuficiencia renal crónica en personas con diabetes

10 Amputación de miembros inferiores en personas con diabetes

11 Ceguera en personas con diabetes

12 Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de tratamiento de la diabetes

13 Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud

14 Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión

15 Personas que dejaron de recibir seguimiento

01

Tratamiento farmacológico de personas con diabetes

Objetivo	Medir el cumplimiento de las directrices.
Definición	Proporción de personas con diabetes que reciben tratamiento con hipoglucemiantes en el periodo sobre el que se informa.
Numerador	Número de personas con diabetes registradas en el establecimiento que reciben tratamiento con hipoglucemiantes para la diabetes en el periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de personas con diabetes registradas en el establecimiento.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Diagnóstico de diabetes, fecha de diagnóstico, tratamiento de la diabetes.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de pacientes que reciben tratamiento según las directrices. El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de tratamiento de la diabetes, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007

02

Tratamiento con estatinas de personas con diabetes

Objetivo	Medir el cumplimiento de las directrices.
Definición	Proporción de personas con diabetes (≥ 40 años) que reciben tratamiento con estatinas según las orientaciones de la OMS y las directrices nacionales de tratamiento.
Numerador	Número de personas con diabetes registradas en el establecimiento que reciben tratamiento con estatinas según las orientaciones de la OMS o las directrices nacionales de tratamiento.
Denominador	Número total de personas con diabetes registradas en el establecimiento.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Diagnóstico de diabetes, edad ≥ 40 años, en tratamiento con estatinas.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con diabetes (≥ 40 años) en sus establecimientos que recibe tratamiento según las directrices.</p> <p>El personal directivo de los distritos, para evaluar la calidad general de los servicios de tratamiento de la diabetes, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.</p>
Limitaciones / comentarios	<p>Se incluirán en el denominador las personas que no acudieron a la cita o se dieron de baja de los servicios y se desconozca, por tanto, si están en tratamiento con estatinas; su estado se contabilizará como si no tuvieran la glucemia compensada.</p> <p>No se requiere normalización por edad.</p>
Enlaces relacionados	Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007

03

Tratamiento farmacológico de la insuficiencia renal crónica en personas con diabetes

Objetivo	Medir el cumplimiento de las directrices.
Definición	Proporción de personas con diabetes e IRC que reciben tratamiento para la IRC según las orientaciones de la OMS o las directrices nacionales de tratamiento.
Numerador	Número de personas con diabetes e IRC registradas en el establecimiento que reciben tratamiento para la IRC en el periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de personas con diabetes e IRC registradas en el establecimiento.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Diagnóstico de diabetes, diagnóstico de IRC, tratamiento para la IRC.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con diabetes e IRC en sus establecimientos que recibe tratamiento según las directrices.</p> <p>El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de tratamiento de la diabetes, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.</p>
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	<p>Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007</p> <p>Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998</p>

O4

Tratamiento farmacológico de la hipertensión en personas con diabetes

Objetivo	Medir el cumplimiento de las directrices.
Definición	<p>Proporción de personas con diabetes e hipertensión que reciben tratamiento para la hipertensión.</p> <p>El tratamiento de la hipertensión en personas con diabetes puede realizarse según las orientaciones de la OMS o según las directrices nacionales de tratamiento.</p> <p>El tratamiento de la hipertensión está indicado para las personas con diabetes cuando:</p> <ul style="list-style-type: none">• la TAS es de 130 mmHg o superior o• la TAD es de 80 mmHg o superior, según las orientaciones de la OMS.
Numerador	Número de personas con diabetes e hipertensión registradas en el establecimiento que reciben tratamiento para la hipertensión en el periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de personas con diabetes e hipertensión registradas en el establecimiento.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Elementos informativos clave	Diagnóstico de diabetes, hipertensión, tratamiento para la hipertensión.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con diabetes e hipertensión en sus establecimientos que recibe tratamiento según las directrices.</p> <p>El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de tratamiento de la diabetes, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.</p>
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	<p>Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007</p> <p>Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998</p>

05

Evaluación de la nefropatía diabética crónica en personas con diabetes

Objetivo	Medir el cumplimiento de las directrices.
Definición	Proporción de pacientes que se sometieron a pruebas de detección de la nefropatía diabética mediante: <ul style="list-style-type: none">• albúmina / creatinina en una muestra puntual de orina, o• FGe con creatinina sérica.
Numerador	Número de personas con diabetes registradas en el establecimiento que se sometieron a pruebas de detección de la nefropatía diabética crónica.
Denominador	Número total de personas con diabetes registradas en el establecimiento.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Diagnóstico de diabetes, evaluación de la nefropatía diabética crónica, fecha de evaluación.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con diabetes en sus establecimientos que se somete a pruebas para detectar la nefropatía diabética. El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de tratamiento de la diabetes, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007 Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

06

Evaluación del pie diabético en personas con diabetes

Objetivo	Medir el cumplimiento de las directrices.
Definición	Proporción de personas con diabetes que se sometieron a pruebas clínicas de detección del pie diabético mediante los métodos de evaluación incluidos en las orientaciones de la OMS o las directrices nacionales de tratamiento.
Numerador	Número de personas con diabetes registradas en el establecimiento que se sometieron a pruebas clínicas de detección del pie diabético en la última consulta.
Denominador	Número total de personas con diabetes registradas en el establecimiento.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Elementos informativos clave	Diagnóstico de diabetes, estudio del pie diabético.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con diabetes en sus establecimientos que se somete a pruebas para detectar el pie diabético.</p> <p>El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de tratamiento de la diabetes, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.</p>
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	<p>Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007</p> <p>Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998</p>

07

Derivación para el cribado de la retinopatía en personas con diabetes

Objetivo	Medir el cumplimiento de las directrices.
Definición	Proporción de personas con diabetes derivadas para el cribado de la retinopatía diabética, que incluye: <ul style="list-style-type: none">• pruebas de agudeza visual; y• oftalmoscopia directa o indirecta (pupilas dilatadas) o fotografía retiniana.
Numerador	Número de personas con diabetes registradas en el establecimiento de salud que debían someterse a un examen bienal de retinopatía diabética y que fueron derivadas por retinopatía diabética.
Denominador	Número total de personas con diabetes registradas en el establecimiento que debían someterse a un examen bienal de retinopatía diabética.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Elementos informativos clave	Diagnóstico de diabetes, fecha de las pruebas anteriores de retinopatía diabética, derivaciones.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con diabetes en sus establecimientos que se somete a pruebas para detectar la retinopatía diabética. El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de tratamiento de la diabetes, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007 Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

08

Control glucémico de personas con diabetes (seguimiento)

Objetivo	Medir la efectividad de los servicios clínicos para las personas con diabetes.
Definición	<p>Proporción de personas con diabetes con buen control glucémico que acuden al establecimiento cada tres a seis meses para el seguimiento.</p> <p>El control glucémico se logra cuando:</p> <ul style="list-style-type: none">• la HbA1c está por debajo del 7% (53 mmol/mol) o la glucemia en ayunas es inferior a 7 mmol/l o inferior a 126 mg/dl]; o• en pacientes con frecuente hipoglucemia grave, complicaciones graves y escasa esperanza de vida, la HbA1c está por debajo del 8%.
Numerador	Número de personas con diabetes registradas en el establecimiento con buen control glucémico en la consulta de seguimiento a los 3 o 6 meses, con la excepción de las personas diagnosticadas recientemente en tratamiento desde hace menos de 3 o 6 meses.
Denominador	Número total de personas con diabetes registradas en el establecimiento, con la excepción de las personas diagnosticadas recientemente en tratamiento desde hace menos de 3 o 6 meses.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Establecimiento de salud.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Elementos informativos clave	HbA1c [o la glucemia en ayunas cuando no se pueda acceder a las pruebas de HbA1c], fecha de la consulta, diagnóstico de diabetes.
Frecuencia de notificación	Trimestral, semestral.
Usuarios de los datos	El personal médico y directivo de los establecimientos de salud, para evaluar procesos de atención clínica si la proporción de personas con la diabetes compensada es baja.
Limitaciones / comentarios	<p>La HbA1c es el método de referencia para determinar el control glucémico; no obstante, cuando no se disponga de capacidad para realizar pruebas de HbA1c, puede utilizarse la glucemia en ayunas como alternativa.</p> <p>Se incluirá en el denominador a las personas que no acudieron a la cita, se dieron de baja o no dispongan de mediciones de la HbA1c y se desconozca, por tanto, si tienen la glucemia compensada, así como los pacientes derivados a un establecimiento de salud de nivel superior; su estado se contabilizará como si no tuvieran la glucemia compensada.</p> <p>Se contabilizará en el denominador a los pacientes que se hayan remitido a otro establecimiento dentro de los 3 o 6 meses posteriores al diagnóstico y se utilizará su último estado conocido antes del traslado.</p> <p>Si el paciente ha estado registrado previamente en otro establecimiento de salud para recibir servicios relacionados con la diabetes, el establecimiento actual incluirá al paciente en la cohorte correspondiente al trimestre que comenzó cuando el paciente recibió los servicios en sus instalaciones.</p> <p>Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.</p>
Enlaces relacionados	Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007

09

Insuficiencia renal crónica en personas con diabetes

Objetivo	Evaluar los efectos del tratamiento de la diabetes.
Definición	Proporción de personas con diabetes recién diagnosticadas de IRC según las orientaciones de la OMS o las directrices nacionales de tratamiento.
Numerador	Número de personas con diabetes registradas en el establecimiento diagnosticadas de IRC en el año anterior.
Denominador	Número total de personas con diabetes registradas en el establecimiento.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Diagnóstico de diabetes, diagnóstico de IRC, fecha del diagnóstico.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los programas de los distritos, las provincias y los estados, para evaluar las brechas en el tratamiento de la diabetes en los establecimientos de salud.
Limitaciones / comentarios	Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.
Enlaces relacionados	Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007 CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f412389819%2fmms%2funspecified?data=%7B%22dataType%22%3A%22pc%22%2C%22postcoordinationCodeSet%22%3A%7B%22stemId%22%3A%22http%3A%2F%2Ffid.who.int%2Fcd%2Fentity%2F412389819%2Fmms%2Funspecified%22%2C%22axisToValueIds%22%3A%7B%22associatedWith%22%3A%5B%7B%22stemId%22%3A%22http%3A%2F%2Ffid.who.int%2Fcd%2Fentity%2F119724091%22%7D%5D%7D%7D%7D

O10

Amputación de miembros inferiores en personas con diabetes

Objetivo	Evaluar los efectos del tratamiento de la diabetes.
Definición	Proporción de personas con diabetes que se sometieron recientemente a la amputación de un miembro inferior.
Numerador	Número de personas con diabetes registradas en el establecimiento que se sometieron a la amputación de un miembro inferior en el último año debido al pie diabético.
Denominador	Número total de personas con diabetes registradas en el establecimiento.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Diagnóstico de diabetes, amputación reciente de un miembro inferior, fecha de la amputación.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los programas de los distritos, las provincias y los estados, para evaluar las brechas en el tratamiento de la diabetes en los establecimientos de salud.
Limitaciones / comentarios	Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.
Enlaces relacionados	Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007 Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998 CIE11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad https://icd.who.int/browse11/l-m/es

O11

Ceguera en personas con diabetes

Objetivo	Evaluar los efectos del tratamiento de la diabetes.
Definición	Proporción de personas con diabetes que presentaron ceguera por primera vez en el año anterior según las orientaciones de la OMS o las directrices nacionales de tratamiento.
Numerador	Número de personas con diabetes registradas en el establecimiento que presentaron ceguera por primera vez en el año anterior.
Denominador	Número total de personas con diabetes registradas en el establecimiento.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Diagnóstico de diabetes, ceguera reciente, fecha del diagnóstico/incidencia.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los programas de los distritos, las provincias y los estados, para evaluar las brechas en el tratamiento de la diabetes en los establecimientos de salud.
Limitaciones / comentarios	Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.
Enlaces relacionados	Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007 Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998 CIE11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1103667651

O12

Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de tratamiento de la diabetes

Objetivo	Garantizar servicios de gran calidad y mejorar así el tratamiento de la diabetes.
Definición	Proporción de establecimientos de salud en los que el personal ha recibido capacitación en las orientaciones más recientes de la OMS o las directrices nacionales sobre el tratamiento clínico de la diabetes.
Numerador	<p>Número de establecimientos de salud en los que todo el personal ha recibido capacitación en las orientaciones de la OMS o directrices nacionales sobre el tratamiento clínico de la diabetes.</p> <p>El término «personal» hace referencia al personal médico o a profesionales de la salud autorizados a nivel nacional para tratar la diabetes.</p>
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud, sistema de información sobre el personal de la salud o encuestas.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que indican que alguno de sus empleados no ha recibido la capacitación.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que su personal no ha recibido capacitación, llevar a cabo programas de formación y fortalecer los sistemas de salud para garantizar servicios de gran calidad.
Limitaciones / comentarios	La frecuencia de la capacitación depende de la fecha de la versión más reciente de las orientaciones de la OMS o de las directrices nacionales, así como de la rotación del personal en el establecimiento de salud.
Enlaces relacionados	<p>Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007</p> <p>Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998</p> <p>Harmonized health facility assessment (HHFA): core questions https://www.who.int/publications/i/item/harmonized-health-facility-assessment-(hhfa)</p> <p>Service availability and readiness assessment (SARA): an annual monitoring system for service delivery : reference manual, Version 2.2, Revised July 2015 https://apps.who.int/iris/handle/10665/149025</p>

013

Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud

Objetivo	Evaluar el cumplimiento de los establecimientos de salud en materia de notificación.
Definición	<p>Proporción de establecimientos de salud que presentaron informes rigurosos y con puntualidad.</p> <p>Se considera que los informes de los establecimientos de salud son rigurosos y se presentan con puntualidad cuando contienen todos los datos obligatorios y se notifican al nivel superior dentro del periodo de presentación fijado en el programa nacional.</p>
Numerador	Número de establecimientos de salud que presentaron informes rigurosos y con puntualidad.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Sistemas ordinarios de información sanitaria.
Principaux éléments des données	Rigor de las notificaciones, puntualidad de las notificaciones.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que presentan los informes tarde o incompletos.
Limitaciones / comentarios	Los países deben determinar indicadores obligatorios basados en los establecimientos de salud, que deben comunicarse dentro de un plazo específico.
Enlaces relacionados	<p>Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998</p> <p>2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs) (página 131) https://score.tools.who.int/fileadmin/uploads/score/Documents/Enable_data_use_for_policy_and_action/100_Core_Health_Indicators_2018.pdf</p>

O14

Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión

Objetivo	Garantizar la mejora continua de la calidad de la atención clínica y de los datos.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión en el último periodo sobre el que se informa.
Numerador	Número de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión en el último periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para verificar si existen procesos de mejora continua de la calidad.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

015

Personas que dejaron de recibir seguimiento

Objetivo	Evaluar la calidad del tratamiento de la diabetes.
Definición	Proporción de personas con diabetes que dejaron de recibir seguimiento.
Numerador	Número de personas con diabetes que dejaron de recibir seguimiento (estado desconocido durante un año).
Denominador	Número total de personas con diabetes registradas en el establecimiento de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Estado desconocido durante un año desde la última consulta.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para revisar los procesos de atención clínica y recomendar medidas encaminadas a reducir el número de personas que deja de recibir seguimiento. El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar las brechas que existen entre el diagnóstico y el control.
Limitaciones / comentarios	Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

Enfermedades respiratorias crónicas

► Indicadores básicos y sus metadatos

B1 Disponibilidad de medicamentos básicos para el asma

B2 Disponibilidad de medicamentos básicos para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

B3 Control del asma

B4 Control de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

B1

Disponibilidad de medicamentos básicos para el asma

Objetivo	Garantizar el suministro ininterrumpido de medicamentos esenciales y mejorar así la adhesión de los pacientes al tratamiento.
Definición	<p>Proporción de establecimientos de salud que disponen de medicamentos básicos para el asma según las orientaciones de la OMS o las directrices nacionales de tratamiento.</p> <p>Entre los medicamentos básicos para el asma se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• el oxígeno;• el salbutamol (nebulizadores o inhaladores);• la prednisona oral;• los inhaladores esteroideos (beclometasona, budesonida); y• las cámaras de inhalación (o «espaciadores») para los inhaladores.
Numerador	Número de establecimientos de salud que indican que no se han agotado las existencias de medicamentos básicos para el asma en el periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Registro de existencias de medicamentos de los establecimientos de salud, informes de los establecimientos de salud, sistema de información logística regional o encuesta en los establecimientos de salud.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que indican que no se han agotado las existencias de medicamentos.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que se han agotado los medicamentos, la prevención de situaciones de falta de medicamentos y el fortalecimiento de los sistemas de salud para garantizar el suministro ininterrumpido de medicamentos.
Limitaciones / comentarios	<p>En algunos entornos, los establecimientos de salud no dispensan medicamentos, por lo que las unidades informantes pueden ser dispensarios o farmacias de medicina comunitaria.</p> <p>La mejor fuente de datos de las enumeradas para este indicador dependerá de la calidad cada una de ellas en el contexto local.</p>
Enlaces relacionados	<p>Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998</p> <p>Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf</p>

B2

Disponibilidad de medicamentos básicos para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Objetivo	Garantizar el suministro ininterrumpido de medicamentos esenciales y mejorar así la adhesión de los pacientes al tratamiento.
Definición	<p>Proporción de establecimientos de salud que disponen de medicamentos básicos para la EPOC según las orientaciones de la OMS o las directrices nacionales de tratamiento.</p> <p>Entre los medicamentos básicos para la EPOC se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• el oxígeno;• el salbutamol (nebulizadores o inhaladores);• la prednisolona oral; y• las cámaras de inhalación (o «espaciadores») para los inhaladores.
Numerador	Número de establecimientos de salud que indican que no se han agotado las existencias de medicamentos básicos para la EPOC en el periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Registro de existencias de medicamentos de los establecimientos de salud, informes de los establecimientos de salud, sistemas de información logística regional o encuestas.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que indican que no se han agotado las existencias de medicamentos.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que se han agotado los medicamentos, la prevención de situaciones de falta de medicamentos y el fortalecimiento de los sistemas de salud para garantizar el suministro ininterrumpido de medicamentos.
Limitaciones / comentarios	<p>En algunos entornos, los establecimientos de salud no dispensan medicamentos, por lo que las unidades informantes pueden ser dispensarios o farmacias de medicina comunitaria.</p> <p>La mejor fuente de datos de las enumeradas para este indicador dependerá de la calidad cada una de ellas en el contexto local.</p>
Enlaces relacionados	<p>Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998</p> <p>Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf</p>

B3

Control del asma

Objetivo	Medir la efectividad de los servicios clínicos de control del asma en los pacientes.
Definición	<p>Proporción de personas registradas para el tratamiento del asma con el asma controlada. Se considera que el asma está controlada cuando no se dan ninguno de los factores siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acontecimientos relacionados con el asma en los últimos seis meses, como ingresos en el hospital, consultas médicas no programadas, absentismo escolar o laboral; <p>Síntomas de asma en las últimas cuatro semanas, tales como síntomas diurnos más de dos veces por semana, uso de agonista 2 de acción corta más de dos veces por semana, limitación de actividades ni despertares nocturnos.</p>
Numerador	Número de personas registradas para el tratamiento del asma con el asma controlada en la última consulta médica durante el periodo sobre el que se informa, con la excepción de las personas diagnosticadas recientemente en tratamiento desde hace menos de seis meses.
Denominador	Número total de personas registradas para el tratamiento del asma, con la excepción de las personas diagnosticadas recientemente en tratamiento desde hace menos de seis meses.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Fecha de registro, autoinforme de ingreso en el hospital, visita médica no programada, absentismo escolar o laboral, síntomas diurnos más de 2 veces por semana, uso de agonista 2 de acción corta más de dos 2 veces por semana, limitación de actividades, despertares nocturnos.
Frecuencia de notificación	Semestral.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con el asma controlada.</p> <p>El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de tratamiento del asma, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana según sea necesario.</p>
Limitaciones / comentarios	<p>La posibilidad de recopilar los datos necesarios para este indicador puede variar en función de la madurez de los sistemas de información que se utilizan para el seguimiento sistemático de los pacientes.</p> <p>Se incluirá en el denominador a las personas que no acudieron a la cita o se dieron de baja y se desconozca, por tanto, si tienen controlada el asma, así como los pacientes derivados a un establecimiento de salud de nivel superior; su estado se contabilizará como si no tuvieran controlada el asma.</p> <p>Se contabilizará en el denominador a los pacientes que se hayan remitido a otro establecimiento dentro de los seis meses posteriores al inicio del tratamiento y se utilizará su último estado conocido antes del traslado.</p> <p>Si el paciente ha estado registrado previamente en otro establecimiento de salud para recibir servicios relacionados con el asma, el establecimiento actual incluirá al paciente en el seguimiento correspondiente al semestre que comenzó cuando el paciente recibió la atención en sus instalaciones.</p> <p>Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.</p>
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

B4

Control de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Objetivo	Medir la eficacia de los servicios clínicos para controlar la EPOC en los pacientes.
Definición	<p>Proporción de personas registradas para el tratamiento de la EPOC con la enfermedad compensada en la última consulta.</p> <p>Se considera que la EPOC está compensada cuando no se ha dado ninguno de los factores siguientes en relación con dicha patología en los seis meses anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ingreso hospitalario;• Consulta médica no programada; ni• Absentismo escolar o laboral.
Numerador	Número de personas registradas para el tratamiento de la EPOC con la enfermedad compensada en la última consulta médica durante el periodo sobre el que se informa, con la excepción de las personas diagnosticadas recientemente en tratamiento desde hace menos de seis meses.
Denominador	Número total de personas registradas para el tratamiento de la EPOC, con la excepción de las personas diagnosticadas recientemente en tratamiento desde hace menos de seis meses.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Fecha de registro, autoinforme de ingreso en el hospital, consulta médica no programada, absentismo escolar o laboral.
Frecuencia de notificación	Semestral.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con la EPOC compensada.</p> <p>El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de tratamiento de la EPOC, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana según sea necesario.</p>
Limitaciones / comentarios	<p>La posibilidad de recopilar los datos necesarios para este indicador puede variar en función de la madurez de los sistemas de información que se utilizan para el seguimiento sistemático de los pacientes.</p> <p>Se incluirá en el denominador a las personas que no acudieron a la cita o se dieron de baja y se desconozca, por tanto, si tienen la EPOC compensada, así como los pacientes derivados a un establecimiento de salud de nivel superior; su estado se contabilizará como si la EPOC no estuviera compensada.</p> <p>Se contabilizará en el denominador a los pacientes que se hayan remitido a otro establecimiento dentro de los seis meses posteriores al inicio del tratamiento y se utilizará su último estado conocido antes del traslado.</p> <p>Si el paciente ha estado registrado previamente en otro establecimiento de salud para recibir servicios relacionados con la EPOC, el establecimiento actual incluirá al paciente en el seguimiento correspondiente al semestre que comenzó cuando el paciente recibió la atención en sus instalaciones.</p> <p>Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.</p>
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

Frecuencia de notificación

01 Disponibilidad de espirómetros y boquillas

02 Diagnóstico del asma mediante medición del flujo máximo

03 Diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica mediante medición del flujo máximo

04 Tratamiento de las personas con asma

05 Tratamiento de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

06 Solicitud de atención médica de urgencias de personas con asma

07 Solicitud de atención médica de urgencias de personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

08 Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de tratamiento del asma/ enfermedad pulmonar obstructiva crónica

09 Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud

10 Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión

11 Personas que dejaron de recibir seguimiento

01

Disponibilidad de espirómetros y boquillas

Objetivo	Garantizar servicios ininterrumpidos.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que disponen de un espirómetro con boquilla.
Numerador	Número de establecimientos de salud que indican que disponen de un espirómetro con boquilla.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud, sistema de información logística regional o encuestas.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que indican que disponían de un espirómetro en el último año.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que no disponen de capacidad para realizar pruebas, de modo que la obtengan y se fortalezcan los sistemas de salud para garantizar servicios de diagnóstico sin interrupciones.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998 Harmonized health facility assessment (HHFA): core questions https://www.who.int/publications/i/item/harmonized-health-facility-assessment-(hhfa) Service availability and readiness assessment (SARA): an annual monitoring system for service delivery : reference manual, Version 2.2, Revised July 2015 https://apps.who.int/iris/handle/10665/149025

02

Diagnóstico del asma mediante medición del flujo máximo

Objetivo	Determinar en qué grado se realizan pruebas de confirmación.
Definición	<p>Proporción de personas recién diagnosticadas de asma que presentaban síntomas relacionados con el asma y se sometieron a la medición del flujo máximo como prueba de confirmación del asma en el periodo sobre el que se informa.</p> <p>Los síntomas relacionados con el asma incluyen tos, sibilancias, disnea y opresión torácica. Pueden oscilar a lo largo del tiempo y empeorar durante la noche o a primera hora de la mañana y pueden desencadenarse a raíz de infecciones víricas, el ejercicio, el humo o el polvo.</p>
Numerador	Número de personas recién diagnosticadas de asma que presentaban síntomas relacionados con el asma y se sometieron a la medición del flujo máximo como prueba de confirmación del asma en el periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de personas diagnosticadas de asma en el periodo sobre el que se informa.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Fecha de la última consulta, diagnóstico del asma, medición del flujo máximo del paciente.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, los distritos, las provincias y los estados y a nivel nacional, para verificar si los trabajadores o los establecimientos de salud siguen el protocolo de diagnóstico del asma.
Limitaciones / comentarios	<p>Este indicador mide el uso de un dispositivo médico para facilitar el diagnóstico en los centros de atención primaria.</p> <p>Si el establecimiento dispone de material para realizar espirometrías en lugar de un medidor de flujo máximo, ambos se consideran equivalentes.</p> <p>Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.</p>
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

03

Diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica mediante medición del flujo máximo

Objetivo	Determinar en qué grado se realizan pruebas de confirmación.
Definición	<p>Proporción de personas recién diagnosticadas de EPOC que presentaban síntomas relacionados con la EPOC y se sometieron a la medición del flujo máximo como prueba de confirmación de la EPOC en el periodo sobre el que se informa.</p> <p>Entre los síntomas relacionados con la EPOC se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• tos, con o sin esputo;• disnea;• sibilancias; y• opresión torácica. <p>Estos síntomas pueden evolucionar a lo largo del tiempo y estar causados por el tabaquismo, la exposición al humo en casa o el polvo o los humos en el lugar de trabajo.</p>
Numerador	Número de personas recién diagnosticadas de EPOC que presentaban síntomas relacionados con la EPOC y se sometieron a la medición del flujo máximo como prueba de confirmación de la EPOC en el periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de personas diagnosticadas de EPOC en el periodo sobre el que se informa.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Fecha de la última consulta, diagnóstico de EPOC, medición del flujo máximo del paciente.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, los distritos, las provincias y los estados y a nivel nacional, para verificar si los trabajadores o los establecimientos de salud siguen el protocolo de diagnóstico de la EPOC.
Limitaciones / comentarios	<p>Este indicador mide el uso de un dispositivo médico para facilitar el diagnóstico en los centros de atención primaria.</p> <p>Si el centro dispone de material para realizar espirometrías en lugar de un medidor de flujo máximo, ambos se consideran equivalentes.</p> <p>Se recomienda utilizar la espirometría para diagnosticar la EPOC. No obstante, en el ámbito de la atención primaria, la medición del flujo máximo puede utilizarse como parte de la evaluación clínica que apunte a la EPOC como posible diagnóstico.</p> <p>Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.</p>
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

O4

Tratamiento de las personas con asma

Objetivo	Medir el cumplimiento de las directrices.
Definición	Proporción de personas con asma que reciben tratamiento de larga duración para el asma. Por «tratamiento de larga duración» se entiende la prescripción de un inhalador broncodilatador de acción corta, con o sin corticosteroides inhalados, para su uso en casa.
Numerador	Número de personas con asma registradas en el establecimiento que recibieron tratamiento de larga duración en el último año.
Denominador	Número total de personas con asma registradas en el establecimiento.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tratamiento prescrito y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Fecha de la última consulta, tratamiento, diagnóstico.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con asma en tratamiento de larga duración. El personal directivo de los programas de los distritos, las provincias y los estados, para supervisar el aumento del nivel de los programas de servicios para el asma en de una zona geográfica determinada. El personal directivo de los programas nacionales, para supervisar los progresos del programa.
Limitaciones / comentarios	El nivel de tratamiento puede estar subestimado en zonas en las que una parte de los establecimientos de salud, como las clínicas privadas, ofrecen tratamiento para el asma pero no notifican los datos relativos al numerador. Entre los tipos de tratamiento prescritos se incluyen: <ul style="list-style-type: none">• los inhaladores broncodilatadores de acción corta (por ejemplo, salbutamol);• los inhaladores corticoesteroides (por ejemplo, budesonida, beclometasona); y• los inhaladores combinados (broncodilatador y esteroide, por ejemplo, budesonida/formoterol).
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

05

Tratamiento de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Objetivo	Medir el cumplimiento de las directrices.
Definición	Proporción de personas con EPOC que reciben tratamiento de larga duración para la EPOC. Por «tratamiento de larga duración» se entiende la prescripción de medicamentos inhalados para su uso en casa.
Numerador	Número de personas con EPOC registradas en el establecimiento que recibieron tratamiento de larga duración en el último año.
Denominador	Número total de personas con EPOC registradas en el establecimiento.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Fecha de la última consulta, tratamiento, diagnóstico.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con EPOC en tratamiento de larga duración. El personal directivo de los programas de los distritos, las provincias y los estados, para supervisar el aumento del nivel de los programas de servicios para la EPOC en de una zona geográfica determinada. El personal directivo de los programas nacionales, para supervisar los progresos del programa.
Limitaciones / comentarios	El nivel de tratamiento puede estar subestimado en zonas en las que una parte de los establecimientos de salud, como las clínicas privadas, ofrecen tratamiento para la EPOC pero no notifican los datos relativos al numerador.
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

06

Solicitud de atención médica de urgencias de personas con asma

Objetivo	Medir el grado de control de los pacientes diagnosticados de asma.
Definición	Proporción de personas con asma que acudieron al establecimiento de salud por síntomas agudos de asma. Entre los síntomas agudos del asma se incluyen: <ul style="list-style-type: none">• Tos;• Sibilancias;• Disnea;• Opresión torácica.
Numerador	Número de personas con asma registradas en el establecimiento que acudieron por síntomas agudos de asma en los últimos seis meses.
Denominador	Número total de personas con asma registradas en el establecimiento.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Diagnóstico del asma, consultas no programadas debido a síntomas respiratorios relacionados con el asma.
Frecuencia de notificación	Semestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con asma que presentaron síntomas no controlados. El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de tratamiento del asma, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas.
Limitaciones / comentarios	Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

07

Solicitud de atención médica de urgencias de personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Objetivo	Medir el grado de control de los pacientes diagnosticados de EPOC.
Definición	Proporción de personas con EPOC que acudieron al establecimiento de salud por síntomas agudos de EPOC. Entre los síntomas agudos de la EPOC se incluyen: <ul style="list-style-type: none">• tos;• sibilancias;• disnea;• opresión torácica.• esputo.
Numerador	Número de personas con EPOC registradas en el establecimiento que acudieron por síntomas agudos de EPOC en los últimos seis meses.
Denominador	Número total de personas con EPOC registradas en el establecimiento.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Diagnóstico de EPOC, consultas no programadas debido a síntomas respiratorios relacionados con la EPOC.
Frecuencia de notificación	Semestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con EPOC que presentaron síntomas no controlados. El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de tratamiento de la EPOC, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas.
Limitaciones / comentarios	Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

08

Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de tratamiento del asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Objetivo	Garantizar servicios de gran calidad y mejorar así el tratamiento del asma/ EPOC.
Definición	Proporción de establecimientos de salud en los que el personal ha recibido capacitación en las orientaciones más recientes de la OMS o las directrices nacionales sobre el tratamiento clínico del asma/EPOC.
Numerador	Número de establecimientos de salud en los que todo el personal ha recibido capacitación en las orientaciones de la OMS o directrices nacionales sobre el tratamiento clínico del asma/EPOC. El término «personal» hace referencia al personal médico o a profesionales de la salud autorizados a nivel nacional para tratar el asma/EPOC.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud, sistema de información sobre el personal de la salud o encuestas.
Elementos informativos clave	Número de establecimientos de salud que indican que alguno de sus empleados no ha recibido la capacitación.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que tienen personal que no ha recibido la capacitación, llevar a cabo programas de formación y fortalecer los sistemas de salud para garantizar servicios de gran calidad.
Limitaciones / comentarios	La frecuencia de la formación depende de la fecha de la versión más reciente de las orientaciones de la OMS o de las directrices nacionales, así como de la rotación del personal en el establecimiento de salud.
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998 Harmonized health facility assessment (HHFA): core questions https://www.who.int/publications/i/item/harmonized-health-facility-assessment-(hhfa) Service availability and readiness assessment (SARA): an annual monitoring system for service delivery : reference manual, Version 2.2, Revised July 2015 https://apps.who.int/iris/handle/10665/149025

09

Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud

Objetivo	Evaluar el cumplimiento de los establecimientos en materia de notificación.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que presentaron informes rigurosos y con puntualidad. Se considera que los informes de los establecimientos de salud son rigurosos y se presentan con puntualidad cuando contienen todos los datos obligatorios y se notifican al nivel superior dentro del periodo de presentación fijado en el programa nacional.
Numerador	Número de establecimientos de salud que presentaron informes rigurosos y con puntualidad sobre los indicadores relativos a la EPOC.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Sistemas ordinarios de información sanitaria.
Principaux éléments des données	Rigor de las notificaciones, puntualidad de las notificaciones.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que presentan los informes tarde o incompletos.
Limitaciones / comentarios	Los países deben determinar indicadores obligatorios basados en los establecimientos de salud, que deben comunicarse dentro de un plazo específico.
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998 2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs) (página 131) https://score.tools.who.int/fileadmin/uploads/score/Documents/Enable_data_use_for_policy_and_action/100_Core_Health_Indicators_2018.pdf

O10

Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión

Objetivo	Garantizar la mejora continua de la calidad de la atención clínica y de los datos.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión en el último periodo sobre el que se informa.
Numerador	Número de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión en el último periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para verificar si existen procesos de mejora continua de la calidad.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

O11

Personas que dejaron de recibir seguimiento

Objetivo	Evaluar la calidad del tratamiento del asma/ EPOC.
Definición	Proporción de personas con asma/EPOC que dejaron de recibir seguimiento.
Numerador	Número de personas con asma/EPOC que dejaron de recibir seguimiento (estado desconocido durante un año).
Denominador	Número total de personas con asma/EPOC.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Estado desconocido durante un año desde la última consulta.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para revisar los procesos de atención clínica y recomendar medidas encaminadas a reducir el número de personas que deja de recibir seguimiento. El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar las brechas que existen entre el diagnóstico y el control.
Limitaciones / comentarios	Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

Cáncer

Cáncer de mama

► Indicadores básicos y sus metadatos

B1 Evaluación clínica de la mama para el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama

B2 Derivación oportuna para el diagnóstico de cáncer de mama de mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama y resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama

B1

Evaluación clínica de la mama para el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama

Objetivo	Medir el nivel de los servicios de salud mamaria.
Definición	<p>Proporción de mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama que se sometieron a una evaluación clínica adecuada de la mama para el diagnóstico temprano de signos o síntomas asociados con el cáncer de mama según las orientaciones de la OMS o las directrices nacionales.</p> <p>La evaluación clínica de la mama consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none">• obtener la anamnesis de la paciente, incluidos los antecedentes relacionados con la mama; y• realizar un examen físico que incluya un examen clínico de la mama para detectar signos o síntomas de cáncer de mama. <p>Entre los signos y síntomas habituales del cáncer de mama se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• un bulto o engrosamiento mamario confirmado en el examen clínico de la mama;• asimetría mamaria completa de reciente aparición;• retracción cutánea, mayor retracción del pezón; y• secreción espontánea transparente o sanguinolenta del pezón. <p>Entre los primeros síntomas del cáncer de mama se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• la sensación de la mujer de tener un bultito; y• un engrosamiento o dolor no migratorio localizado en la mama; <p>El cáncer de mama en una fase avanzada puede presentar cambios en la piel y un enrojecimiento que, con el tiempo, evoluciona hasta ulcerar.</p>
Numerador	Número de mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama que se sometieron en el último año a una evaluación clínica de la mama para el diagnóstico temprano del cáncer de mama.
Denominador	Número total de mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama que acudieron al establecimiento de salud el último año.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Sexo, edad, presencia de signos o síntomas de cáncer de mama, estado de evaluación clínica de la mama.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de mujeres del grupo de edad destinatario que se sometieron a una evaluación para detectar anomalías en la mama.</p> <p>El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de diagnóstico y detección del cáncer de mama, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.</p>

B1

Evaluación clínica de la mama para el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama

Limitaciones / comentarios El diagnóstico temprano se define como la detección precoz del cáncer en pacientes que presentan síntomas de la enfermedad; en cambio, con el cribado del cáncer se trata de detectar un cáncer inadvertido (preclínico) o lesiones precancerosas en una población aparentemente sana.

La educación para la concienciación sobre la mama proporciona a las mujeres conocimientos sobre:

- el valor de la detección y el tratamiento tempranos del cáncer;
- los signos y síntomas del cáncer de mama; y
- la importancia de acudir a las revisiones diagnósticas cuando se noten cambios en la mama.

Todas las mujeres del grupo de edad destinatario deben someterse al menos a una evaluación clínica mamaria de referencia como parte de los esfuerzos de concienciación.

Para el cribado basado en el examen clínico de la mama, los exámenes deben repetirse a intervalos de un máximo de 3 años en ausencia de síntomas mamarios anormales.

Hay otros signos y síntomas que pueden ser indicativos de procesos mamarios no malignos, por ejemplo:

- infecciones;
- quistes simples; o
- tumores benignos.

La evaluación diagnóstica para distinguir el cáncer de los procesos benignos se justifica en la mayoría de las mujeres cuando los signos o síntomas están presentes durante mucho tiempo o si evolucionan.

La facilidad para generar el denominador depende de la madurez de los sistemas ordinarios de información sanitaria y puede ser problemático para los establecimientos de salud que no disponen de sistemas de registros sanitarios electrónicos.

Enlaces relacionados Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998>

Guide to cancer early diagnosis.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf>

B2

Derivación oportuna para el diagnóstico de cáncer de mama de mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama y resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama

Objetivo	Evaluar la calidad del tratamiento del cáncer de mama en los establecimientos de salud.
Definición	Proporción de mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama y resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama realizada en el establecimiento de salud que fueron derivadas a otro establecimiento con capacidad de diagnóstico del cáncer de mama en el plazo de un mes desde la evaluación clínica de la mama.
Numerador	Número de mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas de cáncer de mama y resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama realizada en el establecimiento de salud que fueron derivadas a otro establecimiento con capacidad de diagnóstico del cáncer de mama en el plazo de un mes desde la evaluación clínica de la mama.
Denominador	Número total de mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama y resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama realizada en el establecimiento de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Sexo, edad, resultados sospechosos de la evaluación clínica de la mama, fecha de la evaluación clínica de la mama, fecha de derivación para el diagnóstico de cáncer de mama.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de mujeres del grupo de edad destinatario con signos y síntomas y resultados sospechosos y fueron derivadas para el diagnóstico de cáncer de mama. El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar las brechas que existen en el tratamiento del cáncer de mama en los establecimientos de salud.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	Guide to cancer early diagnosis. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf

Indicadores opcionales y sus metadatos

01 Derivación para el cribado mamográfico de mujeres de 50 a 69 años

02 Diagnóstico confirmatorio oportuno del cáncer de mama en mujeres de 30 a 49 años con resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama

03 Tratamiento oportuno del cáncer de mama en mujeres de 30 a 49 años con resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama

04 Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de evaluación clínica de la mama

05 Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud

06 Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión

07 Personas que dejaron de recibir seguimiento

01

Derivación para el cribado mamográfico de mujeres de 50 a 69 años

Objetivo	Evaluar el proceso de manejo del cáncer de mama en los establecimientos de salud.
Definición	Proporción de mujeres de 50 a 69 años que no se han sometido a un cribado de cáncer de mama en los últimos dos años que acudieron al establecimiento y fueron derivadas en el último año para una mamografía a establecimientos de salud con capacidad para realizarla.
Numerador	Número de mujeres de 50 a 69 años que no se han sometido a un cribado de cáncer de mama en los últimos dos años que acudieron al establecimiento y fueron derivadas en el último año para una mamografía a establecimientos de salud con capacidad para realizarla.
Denominador	Número total de mujeres de 50 a 69 años que no se han sometido a un cribado de cáncer de mama en los últimos dos años que acudieron al establecimiento el último año.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Elementos informativos clave	Sexo, edad, antecedentes de cribado de cáncer de mama en los últimos 2 años, estado de derivación para el cribado de cáncer de mama
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar las brechas que existen en el tratamiento del cáncer de mama en los establecimientos de salud.
Limitaciones / comentarios	<p>El cribado mamográfico se define como la aplicación repetida y secuencial de mamografías de toda la mama en las mujeres de un grupo de riesgo definido para detectar la presencia de cáncer de mama en mujeres que, por lo demás, no presentan síntomas de cáncer de mama.</p> <p>Las mujeres con mamografías de cribado anormales deben someterse a un estudio diagnóstico posterior que incluya una posible biopsia para determinar si la anomalía detectada es cáncer.</p>
Enlaces relacionados	WHO position paper on mammography screening https://www.who.int/publications/i/item/who-position-paper-on-mammography-screening

02

Diagnóstico confirmatorio oportuno del cáncer de mama en mujeres de 30 a 49 años con resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama

Objetivo	Evaluar la prontitud del diagnóstico en las mujeres con cáncer de mama.
Definición	Proporción de mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama y resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama realizada en un centro de atención primaria que recibieron un diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama en los dos meses siguientes a la evaluación clínica de la mama en un establecimiento de salud con capacidad de diagnóstico.
Numerador	Número de mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama y resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama realizada en un centro de atención primaria que recibieron un diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama en los dos meses siguientes a la evaluación clínica de la mama en un establecimiento de salud con capacidad de diagnóstico.
Denominador	Número total de mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama y resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama realizada en un centro de atención primaria que recibieron un diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama en un establecimiento de salud con capacidad de diagnóstico.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Sexo, edad, fecha de la evaluación clínica de la mama, fecha del diagnóstico de cáncer de mama.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar el desempeño de la función de derivación a otros establecimientos. El personal directivo de los distritos, para evaluar la eficacia de las derivaciones y el traslado de los pacientes a su establecimiento de salud.
Limitaciones / comentarios	La recopilación de este indicador es factible en entornos con sistemas de derivación eficaces o con historias clínicas individuales digitales compartidas. Se alienta a los países a establecer buenos sistemas de derivación de pacientes.
Enlaces relacionados	Guide to cancer early diagnosis. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf

03

Tratamiento oportuno del cáncer de mama en mujeres de 30 a 49 años con resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama

Objetivo	Evaluar la prontitud del tratamiento de las mujeres con cáncer de mama.
Definición	Proporción de mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama y resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama realizada en un centro de atención primaria que recibieron tratamiento para el cáncer de mama en un establecimiento de salud con capacidad de tratamiento en los tres meses siguientes a la evaluación clínica de la mama.
Numerador	Número de mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama y resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama realizada en un centro de atención primaria que recibieron tratamiento para el cáncer de mama en un establecimiento de salud con capacidad de tratamiento en los tres meses siguientes a la evaluación clínica de la mama.
Denominador	Número total de mujeres de 30 a 49 años con signos o síntomas asociados con el cáncer de mama y resultados sospechosos en la evaluación clínica de la mama realizada en un centro de atención primaria que recibieron un diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Elementos informativos clave	Sexo, edad, fecha de la evaluación clínica de la mama, fecha de inicio del tratamiento para el cáncer de mama.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud y los distritos, para evaluar la eficacia de las derivaciones y el traslado de los pacientes desde su establecimiento de salud. El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar las brechas que existen en el tratamiento del cáncer de mama en los establecimientos de salud.
Limitaciones / comentarios	La recopilación de este indicador es factible en entornos con sistemas de derivación eficaces o con historias clínicas individuales digitales compartidas. Se alienta a los países a establecer buenos sistemas de derivación de pacientes.
Enlaces relacionados	Guide to cancer early diagnosis. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf

O4

Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de evaluación clínica de la mama

Objetivo	Garantizar servicios de gran calidad de evaluación clínica de la mama.
Definición	Proporción de establecimientos de salud en los que el personal ha recibido capacitación en las orientaciones más recientes de la OMS o las directrices nacionales sobre la evaluación clínica de la mama para detectar anomalías, incluido el examen clínico de la mama.
Numerador	<p>Número de establecimientos de salud en los que el personal ha recibido capacitación en las orientaciones más recientes de la OMS o las directrices nacionales sobre la evaluación clínica de la mama para detectar anomalías, incluido el examen clínico de la mama.</p> <p>El término «personal» hace referencia al personal médico o a profesionales de la salud autorizados a nivel nacional para ofrecer servicios de evaluación clínica de la mama.</p>
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud, sistema de información sobre el personal de la salud o encuestas.
Elementos informativos clave	Número de establecimientos de salud que indican que alguno de sus empleados no ha recibido la capacitación.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que su personal no ha recibido capacitación, llevar a cabo programas de formación y fortalecer los sistemas de salud para garantizar servicios de gran calidad.
Limitaciones / comentarios	La frecuencia de la capacitación depende de la fecha de la versión más reciente de las orientaciones de la OMS o de las directrices nacionales, así como de la rotación del personal en el establecimiento de salud.
Enlaces relacionados	<p>Guide to cancer early diagnosis. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf</p> <p>Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998</p>

05

Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud

Objetivo	Evaluar el cumplimiento de los establecimientos en materia de notificación.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que presentaron informes rigurosos y con puntualidad. Se considera que los informes de los establecimientos de salud son rigurosos y se presentan con puntualidad cuando contienen todos los datos obligatorios y se notifican al nivel superior dentro del periodo de presentación fijado en el programa nacional.
Numerador	Número de establecimientos de salud que presentaron informes rigurosos y con puntualidad sobre los indicadores relativos al cáncer de mama.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Sistemas ordinarios de información sanitaria.
Principaux éléments des données	Rigor de las notificaciones, puntualidad de las notificaciones.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que presentan los informes tarde o incompletos.
Limitaciones / comentarios	Los países deben determinar indicadores obligatorios basados en los establecimientos de salud, que deben comunicarse dentro de un plazo específico.
Enlaces relacionados	2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs) (página 131) https://score.tools.who.int/fileadmin/uploads/score/Documents/Enable_data_use_for_policy_and_action/100_Core_Health_Indicators_2018.pdf

06

Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión

Objetivo	Garantizar la mejora continua de la calidad de la atención clínica y de los datos.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión en el último periodo sobre el que se informa.
Numerador	Número de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión en el último periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para verificar si existen procesos de mejora continua de la calidad.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

07

Personas que dejaron de recibir seguimiento

Objetivo	Evaluar la calidad de los servicios de salud mamaria.
Definición	Proporción de mujeres con un diagnóstico confirmado de cáncer de mama que obtenían atención tras haber sobrevivido al cáncer y que dejaron de recibir seguimiento (estado desconocido durante un año)
Numerador	Número de mujeres con un diagnóstico confirmado de cáncer de mama que obtenían atención tras haber sobrevivido al cáncer y que dejaron de recibir seguimiento.
Denominador	Número total de mujeres con un diagnóstico confirmado de cáncer de mama que obtenían atención en el establecimiento de salud tras haber sobrevivido al cáncer.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Estado desconocido durante un año desde la última consulta.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para revisar los procesos de atención clínica y recomendar medidas encaminadas a reducir el número de personas que deja de recibir seguimiento. El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar las brechas que existen entre el diagnóstico y el control.
Limitaciones / comentarios	Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.
Enlaces relacionados	Guide to cancer early diagnosis. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

Cáncer cervicouterino

► Indicadores básicos y sus metadatos

B1 Disponibilidad de pruebas del virus del papiloma humano

B2 Cribado del cáncer cervicouterino con pruebas de detección de alta precisión en mujeres de 30 a 49 años

B3 Cribado del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años

B4 Tasas de positividad de las pruebas de cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años

B1

Disponibilidad de pruebas del virus del papiloma humano

Objetivo	Garantizar servicios ininterrumpidos de cribado del cáncer cervicouterino.
Definición	<p>Proporción de establecimientos de salud que disponen de pruebas para detectar el virus del papiloma humano (VPH) entre los establecimientos de salud designados para realizar pruebas de cribado o proporcionar kits de obtención de muestras.</p> <p>La disponibilidad se define como la presencia de kits de obtención de muestras en el establecimiento de salud bien para que el proveedor realice la prueba o bien para proporcionar asesoramiento sobre la obtención de las muestras en el hogar.</p>
Numerador	Número de establecimientos de salud que indican que disponen de pruebas para detectar el VPH entre los establecimientos de salud designados para realizar pruebas de cribado o proporcionar kits de obtención de muestras.
Denominador	Número total de establecimientos de salud designados para realizar pruebas de cribado o proporcionar kits de obtención de muestras.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud, sistema de información logística regional o encuestas.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que indican disponer de capacidad para realizar las pruebas.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia y estado, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que no disponen de capacidad laboratorio, con miras a conseguirla y a fortalecer los sistemas de salud para garantizar servicios de laboratorio ininterrumpidos.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	<p>WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824</p> <p>Mejores datos para tomar decisiones: caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino https://apps.who.int/iris/handle/10665/324796</p>

B2

Cribado del cáncer cervicouterino con pruebas de detección de alta precisión en mujeres de 30 a 49 años

Objetivo	Medir el cumplimiento de las directrices y la participación de la mujer en el cribado del cáncer cervicouterino.
Definición	<p>Proporción de mujeres de 30 a 49 años que se sometieron a pruebas de detección de cáncer cervicouterino con una prueba de alta precisión (pruebas con un rendimiento similar o mejor que las pruebas de ADN del VPH).</p> <p>En el caso de las mujeres con VIH, el grupo de edad destinatario para el cribado es de 25 a 49 años.</p>
Numerador	<p>Número de mujeres de 30 a 49 años que acudieron al establecimiento de salud el año pasado sin antecedentes de cribado del cáncer cervicouterino con pruebas del VPH en los últimos 10 años que se sometieron a una prueba para detectar el VPH o entregaron una muestra para la prueba del VPH.</p> <p>Número de mujeres con VIH de 25 a 49 años que acudieron al establecimiento de salud el año pasado sin antecedentes de cribado del cáncer cervicouterino con pruebas del VPH en los últimos 5 años que se sometieron a una prueba para detectar el VPH o entregaron una muestra para la prueba del VPH.</p>
Denominador	<p>Número total de mujeres de 30 a 49 años que acudieron al establecimiento de salud el año pasado sin antecedentes de cribado del cáncer cervicouterino con pruebas del VPH en los últimos 10 años.</p> <p>Número total de mujeres con VIH de 25 a 49 años que acudieron al establecimiento de salud el año pasado sin antecedentes de cribado del cáncer cervicouterino con pruebas del VPH en los últimos 5 años.</p>
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, estado serológico respecto al VIH, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Edad/fecha de nacimiento, fecha de la visita, estado serológico respecto al VIH, fecha de la prueba del VPH.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de mujeres del grupo de edad destinatario que se sometieron a pruebas de detección de cáncer cervicouterino.</p> <p>El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de cribado del cáncer cervicouterino, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.</p>
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	<p>WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824</p> <p>Mejores datos para tomar decisiones: caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino https://apps.who.int/iris/handle/10665/324796</p>

B3

Cribado del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años

Objetivo	Medir el cumplimiento de las directrices.
Definición	Proporción de mujeres de 30 a 49 años que se sometieron al cribado del cáncer cervicouterino con cualquier tipo de prueba de cribado del cáncer cervicouterino. En el caso de las mujeres con VIH, el grupo de edad destinatario para el cribado es de 25 a 49 años.
Numerador	Número de mujeres de 30 a 49 años que acudieron al establecimiento de salud el año pasado sin antecedentes de cribado del cáncer cervicouterino en los últimos 10 años y se sometieron a un cribado del cáncer cervicouterino. Número de mujeres con VIH de 25 a 49 años que acudieron al establecimiento de salud el año pasado sin antecedentes de cribado del cáncer cervicouterino en los últimos 5 años y se sometieron a un cribado del cáncer cervicouterino.
Denominador	Número total de mujeres de 30 a 49 años que acudieron al establecimiento de salud el año pasado sin antecedentes de cribado del cáncer cervicouterino en los últimos 10 años. Número total de mujeres con VIH de 25 a 49 años que acudieron al establecimiento de salud el año pasado sin antecedentes de cribado del cáncer cervicouterino en los últimos 5 años.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, estado serológico respecto al VIH, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Edad/fecha de nacimiento, fecha de la visita, estado serológico respecto al VIH, fecha del cribado del cáncer cervicouterino.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de mujeres del grupo de edad destinatario que se sometieron a pruebas de detección de cáncer cervicouterino. El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de cribado del cáncer cervicouterino, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	Mejores datos para tomar decisiones: caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino https://apps.who.int/iris/handle/10665/324796

B4

Tasas de positividad de las pruebas de cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años

Objetivo	Determinar la eficacia del cribado.
Definición	<p>Proporción de mujeres de 30 a 49 años con un resultado positivo en las pruebas de cribado en los 12 meses previos mediante cualquiera de estos métodos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inspecciones visuales con ácido acético/vinagre;• Frotis de Papanicolaou (citología vaginal); o• Pruebas de detección del VPH. <p>En el caso de las mujeres con VIH, el grupo de edad destinatario para el cribado es de 25 a 49 años.</p>
Numerador	Número de mujeres de 30 a 49 años con un resultado positivo en el cribado del cáncer cervicouterino en el último año.
Denominador	Número total de mujeres de 30 a 49 años que se sometieron a pruebas de cribado del cáncer cervicouterino en el último año.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, estado serológico respecto al VIH, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Edad/fecha de nacimiento, fecha de la visita, fecha de la prueba de cribado, resultado de la prueba de cribado.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de mujeres del grupo de edad destinatario con patologías cervicouterinas (positivas en las pruebas).</p> <p>El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia y estado, para evaluar la eficiencia del cribado del cáncer cervicouterino según el protocolo nacional.</p>
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	<p>WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824</p> <p>Mejores datos para tomar decisiones: caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino https://apps.who.int/iris/handle/10665/324796</p>

Indicadores opcionales y sus metadatos

01 Disponibilidad de citologías vaginales

02 Disponibilidad de inspecciones visuales con ácido acético

03 Repetición del cribado del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años

04 Tratamiento de patologías cervicouterinas preinvasoras en mujeres de 30 a 49 años

05 Derivación oportuna para el diagnóstico de cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años con resultados sospechosos en el cribado

06 Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de cribado del cáncer cervicouterino

07 Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de cribado del cáncer cervicouterino

08 Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión

09 Personas que dejaron de recibir seguimiento

01

Disponibilidad de citologías vaginales

Objetivo	Garantizar servicios ininterrumpidos de cribado del cáncer cervicouterino.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que disponen de capacidad para realizar citologías vaginales. Se considera que un establecimiento de salud tiene capacidad para realizar citologías vaginales si es posible recoger las muestras necesarias para realizar la prueba en el propio establecimiento.
Numerador	Número de establecimientos de salud que indican disponer de capacidad para realizar citologías vaginales.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud, sistema de información logística regional o encuestas.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que indican disponer de capacidad para realizar las pruebas.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia y estado, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que no disponen de capacidad laboratorio, con miras a conseguirla y a fortalecer los sistemas de salud para garantizar servicios de laboratorio ininterrumpidos.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824 Mejores datos para tomar decisiones: caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino https://apps.who.int/iris/handle/10665/324796

02

Disponibilidad de inspecciones visuales con ácido acético

Objetivo	Garantizar servicios ininterrumpidos de cribado del cáncer cervicouterino.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que disponen de capacidad para realizar inspecciones visuales con ácido acético.
Numerador	Número de establecimientos de salud que indican disponer de capacidad para realizar inspecciones visuales con ácido acético.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud, sistema de información logística regional o encuestas.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que indican disponer de capacidad para realizar las pruebas.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia y estado, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que no disponen de capacidad laboratorio, con miras a conseguirla y a fortalecer los sistemas de salud para garantizar servicios de laboratorio ininterrumpidos.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824 Mejores datos para tomar decisiones: caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino https://apps.who.int/iris/handle/10665/324796

03

Repetición del cribado del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años

Objetivo	Medir el cumplimiento de las directrices.
Definición	<p>Proporción de mujeres de 30 a 49 años que se volvieron a someter al cribado de cáncer cervicouterino cinco años después del anterior.</p> <p>En el caso de las mujeres con VIH, el grupo de edad destinatario para el cribado es de 25 a 49 años y debe repetirse cada 3 años.</p>
Numerador	<p>Número de mujeres de 30 a 49 años que acudieron al establecimiento de salud el año pasado para repetir el cribado del cáncer cervicouterino pasados cinco años desde el cribado anterior.</p> <p>Número total de mujeres con VIH entre 25 y 49 años que acudieron al establecimiento de salud el año pasado para repetir el cribado del cáncer cervicouterino pasados tres años desde el cribado anterior.</p>
Denominador	<p>Número total de mujeres de 30 a 49 años que acudieron al establecimiento de salud el año pasado transcurridos más de cinco años desde el cribado anterior.</p> <p>Número total de mujeres con VIH entre 25 y 49 años que acudieron al establecimiento de salud el año pasado transcurridos más de tres años desde el cribado anterior.</p>
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, estado serológico respecto al VIH, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Edad/fecha de nacimiento, fecha de la visita, estado serológico respecto al VIH, fecha del cribado del cáncer cervicouterino.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de mujeres del grupo de edad destinatario que se sometieron a pruebas de detección de cáncer cervicouterino.</p> <p>El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de cribado del cáncer cervicouterino, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.</p>
Limitaciones / comentarios	<p>En el caso de las mujeres con resultado negativo en la inspección visual con ácido acético o en la citología (frotis de Papanicolaou), el cribado debe repetirse en un plazo de tres a cinco años.</p> <p>En el caso de las mujeres con resultado negativo en la prueba del VPH, el cribado debe repetirse en un plazo mínimo de cinco años.</p> <p>En el caso de las mujeres seropositivas respecto al VIH o de las que se desconoce su estado serológico en zonas de alta prevalencia endémica del VIH, si el resultado de la prueba de cribado es negativo, este debe repetirse en un plazo de tres años.</p>
Enlaces relacionados	<p>WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824</p> <p>Mejores datos para tomar decisiones: caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino https://apps.who.int/iris/handle/10665/324796</p>

O4

Tratamiento de patologías cervicouterinas preinvasoras en mujeres de 30 a 49 años

Objetivo	Medir el nivel de tratamiento de las patologías cervicouterinas preinvasoras en las pacientes a las que se les ha diagnosticado la patología cervicouterina preinvasora en el establecimiento de salud.
Definición	<p>Proporción de mujeres de 30 a 49 años que dieron positivo en la prueba del VPH, aptas para el tratamiento de la patología cervicouterina preinvasora que recibieron tratamiento en el establecimiento en el último año.</p> <p>Las opciones de tratamiento incluyen la ablación térmica, la crioterapia y el tratamiento de exéresis, incluida la extirpación con asa quirúrgica de la zona de transformación.</p> <p>En el caso de las mujeres con VIH, el grupo de edad destinatario para el cribado es de 25 a 49 años.</p>
Numerador	Número de mujeres de 30 a 49 años que dieron positivo en la prueba del VPH y son aptas para el tratamiento de la patología cervicouterina preinvasora que recibieron tratamiento en el establecimiento en el último año.
Denominador	Número total de mujeres de 30 a 49 años que dieron positivo en la prueba del VPH y son aptas para el tratamiento de la patología cervicouterina preinvasora que recibieron tratamiento en el establecimiento en el último año.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, estado serológico respecto al VIH, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Fecha del cribado del cáncer cervicouterino, fecha del tratamiento.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con patologías cervicouterinas en sus establecimientos de salud que recibe tratamiento según las directrices.</p> <p>El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de tratamiento, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.</p>
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	<p>WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824</p> <p>Mejores datos para tomar decisiones: caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino https://apps.who.int/iris/handle/10665/324796</p>

05

Derivación oportuna para el diagnóstico de cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 49 años con resultados sospechosos en el cribado

Objetivo	Evaluar la calidad del tratamiento del cáncer cervicouterino en los establecimientos de salud.
Definición	<p>Proporción de mujeres de 30 a 49 años con resultados sospechosos en el cribado del cáncer cervicouterino realizado en el establecimiento de salud que fueron derivadas a otro establecimiento con capacidad de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en el plazo de un mes desde el cribado.</p> <p>En el caso de las mujeres con VIH, el grupo de edad destinatario para el cribado es de 25 a 49 años.</p>
Numerador	Número de mujeres de 30 a 49 años con resultados sospechosos en el cribado del cáncer cervicouterino realizado en el establecimiento de salud que fueron derivadas a otro establecimiento con capacidad de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en el plazo de un mes desde el cribado.
Denominador	Número total de mujeres de 30 a 49 años con resultados sospechosos en el cribado de cáncer cervicouterino realizado en el establecimiento de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, estado serológico respecto al VIH, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Sexo, edad, resultados sospechosos en la prueba de cribado del cáncer cervicouterino, fecha del resultado de la prueba de cribado del cáncer cervicouterino, fecha de derivación de la paciente para el diagnóstico del cáncer cervicouterino.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de mujeres con resultados sospechosos de cáncer cervicouterino que fueron derivadas para el diagnóstico.</p> <p>El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar las brechas que existen en el tratamiento del cáncer cervicouterino en los establecimientos de salud.</p>
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	<p>WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824</p> <p>Mejores datos para tomar decisiones: caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino https://apps.who.int/iris/handle/10665/324796</p>

06

Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de cribado del cáncer cervicouterino

Objetivo	Garantizar servicios de gran calidad de cribado del cáncer cervicouterino.
Definición	Proporción de establecimientos de salud en los que el personal ha recibido capacitación en las orientaciones más recientes de la OMS relativas al cribado y el tratamiento de las lesiones cervicouterinas precancerosas para prevenir el cáncer cervicouterino o las directrices nacionales sobre el cribado del cáncer cervicouterino.
Numerador	<p>Número de establecimientos de salud en los que el personal ha recibido capacitación en las orientaciones más recientes de la OMS relativas al cribado y el tratamiento de las lesiones cervicouterinas precancerosas para prevenir el cáncer cervicouterino o las directrices nacionales sobre el cribado del cáncer cervicouterino.</p> <p>El término «personal» hace referencia al personal médico o a profesionales de la salud autorizados a nivel nacional para ofrecer servicios de cribado del cáncer cervicouterino.</p>
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud, sistema de información sobre el personal de la salud o encuestas.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que indican que alguno de sus empleados no ha recibido la capacitación.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que su personal no ha recibido capacitación, llevar a cabo programas de formación y fortalecer los sistemas de salud para garantizar servicios de gran calidad.
Limitaciones / comentarios	La frecuencia de la capacitación depende de la fecha de la versión más reciente de las orientaciones de la OMS relativas al cribado y el tratamiento de las lesiones cervicouterinas precancerosas para prevenir el cáncer cervicouterino o de las directrices nacionales, así como de la rotación del personal en el establecimiento de salud.
Enlaces relacionados	<p>WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824</p> <p>Mejores datos para tomar decisiones: caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino https://apps.who.int/iris/handle/10665/324796</p> <p>Harmonized health facility assessment (HHFA): core questions https://www.who.int/publications/i/item/harmonized-health-facility-assessment-(hhfa)</p> <p>Service availability and readiness assessment (SARA): an annual monitoring system for service delivery : reference manual, Version 2.2, Revised July 2015 https://apps.who.int/iris/handle/10665/149025</p>

07

Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud

Objetivo	Evaluar el cumplimiento de los establecimientos en materia de notificación.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que presentaron informes rigurosos y con puntualidad. Se considera que los informes de los establecimientos de salud son rigurosos y se presentan con puntualidad cuando contienen todos los datos obligatorios y se notifican al nivel superior dentro del periodo de presentación fijado en el programa nacional.
Numerador	Número de establecimientos de salud que presentaron informes rigurosos y con puntualidad sobre los indicadores relativos al cáncer cervicouterino.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Sistemas ordinarios de información sanitaria.
Principaux éléments des données	Rigor de las notificaciones, puntualidad de las notificaciones.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que presentan los informes tarde o incompletos.
Limitaciones / comentarios	Los países deben determinar indicadores obligatorios basados en los establecimientos de salud, que deben comunicarse dentro de un plazo específico.
Enlaces relacionados	Mejores datos para tomar decisiones: caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino https://apps.who.int/iris/handle/10665/324796 2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs) (página 131) https://score.tools.who.int/fileadmin/uploads/score/Documents/Enable_data_use_for_policy_and_action/100_Core_Health_Indicators_2018.pdf

08

Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión

Objetivo	Garantizar la mejora continua de la calidad de la atención clínica y de los datos.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión en el último periodo sobre el que se informa.
Numerador	Número de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión en el último periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para verificar si existen procesos de mejora continua de la calidad.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	Mejores datos para tomar decisiones: caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino https://apps.who.int/iris/handle/10665/324796 Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

09

Personas que dejaron de recibir seguimiento

Objetivo	Evaluar la calidad del cribado del cáncer cervicouterino.
Definición	Proporción de mujeres que dieron positivo en el cribado de cáncer cervicouterino o con un diagnóstico confirmado de cáncer cervicouterino que obtenían atención tras haber sobrevivido al cáncer y que dejaron de recibir seguimiento (estado desconocido durante un año).
Numerador	Número de mujeres que dieron positivo en el cribado de cáncer cervicouterino o con un diagnóstico confirmado de cáncer cervicouterino que obtenían atención tras haber sobrevivido al cáncer y que dejaron de recibir seguimiento.
Denominador	Número total de mujeres que dieron positivo en el cribado de cáncer cervicouterino o con un diagnóstico confirmado de cáncer cervicouterino que obtenían atención en el establecimiento de salud tras haber sobrevivido al cáncer.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, estado serológico respecto al VIH, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Estado desconocido durante un año desde la última consulta.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para revisar los procesos de atención clínica y recomendar medidas encaminadas a reducir el número de personas que deja de recibir seguimiento. El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar las brechas que existen entre el diagnóstico y el control.
Limitaciones / comentarios	Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.
Enlaces relacionados	Mejores datos para tomar decisiones: caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino https://apps.who.int/iris/handle/10665/324796 Guide to cancer early diagnosis. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

Cáncer infantil

► Indicadores básicos y sus metadatos

B1 Evaluación clínica para el diagnóstico temprano del cáncer infantil en niños con signos o síntomas asociados con el cáncer infantil

B2 Derivación oportuna para el diagnóstico de cáncer infantil en niños con signos o síntomas asociados con el cáncer infantil y resultados sospechosos en la evaluación clínica

B1

Evaluación clínica para el diagnóstico temprano del cáncer infantil en niños con signos o síntomas asociados con el cáncer infantil

Objetivo	Medir el nivel de diagnóstico temprano del cáncer infantil en la atención primaria.
Definición	<p>Proporción de niños que acudieron al establecimiento de salud con signos o síntomas asociados con el cáncer infantil y se sometieron a una evaluación clínica adecuada para el diagnóstico temprano según las orientaciones de la OMS o las directrices nacionales.</p> <p>Entre los signos y síntomas habituales del cáncer infantil incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tumores cerebrales: dolores de cabeza y vómitos matutinos persistentes, ataxia y deficiencia visual;• Linfoma de Burkitt, neuroblastoma o tumor de Wilms: bulto abdominal acompañado de fiebre o pérdida de peso;• Linfoma de Hodgkin: bulto abdominal acompañado de fiebre o pérdida de peso, inflamación de los ganglios linfáticos acompañada de fiebre;• Leucemia: hemorragia y fiebre, anemia, inflamación de los ganglios linfáticos acompañada de fiebre;• Osteosarcoma o sarcomas de partes blandas: dolor óseo, inflamación de una extremidad sin traumatismo;• Retinoblastoma: leucocoria (pupila blanca).
Numerador	Número de niños que acudieron al establecimiento de salud con signos o síntomas asociados con el cáncer infantil y se sometieron a una evaluación clínica adecuada para el diagnóstico temprano.
Denominador	Número total de niños que acudieron al establecimiento de salud con signos o síntomas asociados con el cáncer infantil.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Sexo, edad, presencia de signos o síntomas de cáncer infantil, estado de evaluación clínica.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de niños con signos y síntomas que se sometieron a pruebas de detección de cáncer.</p> <p>El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de diagnóstico de cáncer infantil, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.</p>
Limitaciones / comentarios	El diagnóstico temprano se define como la detección precoz del cáncer en pacientes que presentan síntomas de la enfermedad; en cambio, con el cribado del cáncer, se trata de detectar un cáncer inadvertido (preclínico) o las lesiones precancerosas en una población aparentemente sana.
Enlaces relacionados	<p>Early diagnosis of childhood cancer https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34850/9789275118467-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p> <p>CureAll framework: WHO global initiative for childhood cancer https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/347370/9789240025271-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p> <p>Guide to cancer early diagnosis https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf</p>

B2

Derivación oportuna para el diagnóstico de cáncer infantil en niños con signos o síntomas asociados con el cáncer infantil y resultados sospechosos en la evaluación clínica

Objetivo	Evaluar el proceso de tratamiento del cáncer infantil en los establecimientos de salud.
Definición	Proporción de niños con signos o síntomas asociados con algún cáncer infantil y resultados sospechosos en la evaluación clínica realizada en el establecimiento de salud que fueron derivados a otro establecimiento con capacidad de diagnóstico del cáncer en el plazo de un mes desde la evaluación clínica.
Numerador	Número de niños con signos o síntomas asociados con el cáncer infantil y resultados sospechosos en la evaluación clínica realizada en el establecimiento de salud que fueron derivados a otro establecimiento con capacidad de diagnóstico del cáncer en el plazo de un mes desde la evaluación clínica.
Denominador	Número total de niños con signos o síntomas asociados con el cáncer infantil y resultados sospechosos en la evaluación clínica realizada en el establecimiento de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Edad, resultados sospechosos en la evaluación clínica, fecha de la evaluación clínica, fecha de derivación para el diagnóstico de cáncer.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de niños con signos y síntomas y resultados sospechosos y fueron derivados para el diagnóstico de cáncer.</p> <p>El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar las brechas que existen en el tratamiento del cáncer infantil en los establecimientos de salud.</p>
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	<p>Early diagnosis of childhood cancer https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34850/9789275118467-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p> <p>CureAll framework: WHO global initiative for childhood cancer https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/347370/9789240025271-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p> <p>Guide to cancer early diagnosis https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf</p>

Indicadores opcionales y sus metadatos

01 Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de diagnóstico temprano de cánceres infantiles

02 Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud

03 Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión

04 Personas que dejaron de recibir seguimiento

01

Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de diagnóstico temprano del cáncer infantil

Objetivo	Garantizar servicios clínicos de gran calidad para el diagnóstico temprano de cánceres infantiles.
Definición	Proporción de establecimientos de salud en los que el personal ha recibido capacitación en las orientaciones más recientes de la OMS o las directrices nacionales sobre el diagnóstico temprano del cáncer infantil.
Numerador	<p>Número de establecimientos de salud en los que el personal ha recibido capacitación en las orientaciones más recientes de la OMS o las directrices nacionales sobre el diagnóstico temprano del cáncere infantil.</p> <p>El término «personal» hace referencia al personal médico o a profesionales de la salud autorizados a nivel nacional para realizar un diagnóstico temprano de cánceres infantiles.</p>
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud, sistema de información sobre el personal de la salud o encuestas.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que indican que alguno de sus empleados no ha recibido la capacitación.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que su personal no ha recibido capacitación, llevar a cabo programas de formación y fortalecer los sistemas de salud para garantizar servicios de gran calidad.
Limitaciones / comentarios	La frecuencia de la capacitación depende de la fecha de la versión más reciente de las orientaciones de la OMS o de las directrices nacionales, así como de la rotación del personal en el establecimiento de salud.
Enlaces relacionados	<p>Early diagnosis of childhood cancer https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34850/9789275118467-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p> <p>CureAll framework: WHO global initiative for childhood cancer https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/347370/9789240025271-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p> <p>Guide to cancer early diagnosis. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf</p>

02

Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud

Objetivo	Evaluar el cumplimiento de los establecimientos en materia de notificación.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que presentaron informes rigurosos y con puntualidad. Se considera que los informes de los establecimientos de salud son rigurosos y se presentan con puntualidad cuando contienen todos los datos obligatorios y se notifican al nivel superior dentro del periodo de presentación fijado en el programa nacional.
Numerador	Número de establecimientos de salud que presentaron informes rigurosos y con puntualidad sobre los indicadores relativos al cáncer infantil.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Sistemas ordinarios de información sanitaria.
Principaux éléments des données	Rigor de las notificaciones, puntualidad de las notificaciones.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que presentan los informes tarde o incompletos.
Limitaciones / comentarios	Los países deben determinar indicadores obligatorios basados en los establecimientos de salud, que deben comunicarse dentro de un plazo específico.
Enlaces relacionados	2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs) (página 131) https://score.tools.who.int/fileadmin/uploads/score/Documents/Enable_data_use_for_policy_and_action/100_Core_Health_Indicators_2018.pdf

03

Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión

Objetivo	Garantizar la mejora continua de la calidad de la atención clínica y de los datos.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión en el último periodo sobre el que se informa.
Numerador	Número de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión en el último periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para verificar si existen procesos de mejora continua de la calidad.
Limitaciones / comentarios	Ninguno.
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

O4

Personas que dejaron de recibir seguimiento

Objetivo	Evaluar la calidad del tratamiento clínico del cáncer.
Definición	Proporción de niños con un diagnóstico confirmado de cáncer que obtenían atención tras haber sobrevivido al cáncer y que dejaron de recibir seguimiento (estado desconocido durante un año).
Numerador	Número de niños con un diagnóstico confirmado de cáncer que obtenían atención tras haber sobrevivido al cáncer y que dejaron de recibir seguimiento.
Denominador	Número total de niños con un diagnóstico confirmado de cáncer que obtenían atención de seguimiento en el establecimiento de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Estado desconocido durante un año desde la última consulta.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para revisar los procesos de atención clínica y recomendar medidas encaminadas a reducir el número de personas que deja de recibir seguimiento. El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar las brechas que existen entre el diagnóstico y el control.
Limitaciones / comentarios	Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.
Enlaces relacionados	CureAll framework: WHO global initiative for childhood cancer https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/347370/9789240025271-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Guide to cancer early diagnosis. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

Cáncer (general)

► Indicadores básicos y sus metadatos

B1 Evaluación clínica para el diagnóstico temprano del cáncer en personas con signos o síntomas asociados con el cáncer

B2 Derivación oportuna para el diagnóstico de cáncer de personas con signos o síntomas asociados con el cáncer y resultados sospechosos en la evaluación clínica

B1

Evaluación clínica para el diagnóstico temprano del cáncer en personas con signos o síntomas asociados con el cáncer

Objetivo	Medir el nivel de diagnóstico temprano del cáncer en la atención primaria.
Definición	<p>Proporción de personas que acudieron al establecimiento de salud con signos o síntomas comúnmente asociados con algún cáncer y se sometieron a una evaluación clínica adecuada para el diagnóstico temprano según las orientaciones de la OMS o las directrices nacionales.</p> <p>Entre los signos y síntomas habituales del cáncer se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colon y recto: cambio en los hábitos intestinales, pérdida de peso inexplicable, anemia, sangre en las heces (cáncer de recto);• Laringe: ronquera persistente• Nasofaringe: hemorragia nasal, obstrucción permanente de la nariz, sordera, ganglios en la parte superior del cuello;• Cavidad oral: lesiones blancas (leucoplasia) o rojas (eritroplasia), neoplasia o ulceración en la boca;• Próstata: dificultad (prolongada) para orinar, micción nocturna frecuente;• Melanoma cutáneo: lesiones marrones con bordes irregulares crecientes o zonas de coloración irregular que pueden picar o sangrar;• Otros cánceres de piel: lesión o llaga en la piel que no se cura;• Estómago: dolor en la parte superior del abdomen, aparición reciente de indigestión, pérdida de peso;• Retinoblastoma: punto blanco en la pupila, estrabismo convergente (en niños);• Testículos: hinchazón de un testículo (asimetría);• Vejiga urinaria: dolor, micción frecuente e incómoda, sangre en la orina;
Numerador	Número de personas que acudieron al establecimiento de salud con signos o síntomas comúnmente asociados con algún cáncer y se sometieron a una evaluación clínica adecuada para el diagnóstico temprano.
Denominador	Número total de personas que acudieron al establecimiento de salud con signos o síntomas asociados con algún cáncer.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Elementos informativos clave	Sexo, edad, presencia de signos o síntomas asociados con algún tipo de cáncer, estado de evaluación clínica de la mama.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de niños que se sometieron a pruebas de detección de signos y síntomas de cáncer.</p> <p>El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar la calidad general de los servicios de diagnóstico de cáncer, detectar los establecimientos con resultados deficientes en la materia y rectificar los problemas en una fase temprana.</p>

B1

Evaluación clínica para el diagnóstico temprano del cáncer en personas con signos o síntomas asociados con el cáncer

Limitaciones / comentarios El diagnóstico temprano se define como la detección precoz del cáncer en pacientes que presentan síntomas de la enfermedad; en cambio, con el cribado del cáncer se trata de detectar un cáncer inadvertido (preclínico) o las lesiones precancerosas en una población aparentemente sana.

Se alienta a los países a que adopten programas de diagnóstico temprano del cáncer de mama, el cáncer cervicouterino, el cáncer infantil y cuatro tipos de cáncer más que suponen la mayor carga de morbilidad en su población, en función de los recursos disponibles.

Enlaces relacionados

Guide to cancer early diagnosis

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf>

Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998>

B2

Derivación oportuna para el diagnóstico de cáncer de personas con signos o síntomas asociados con el cáncer y resultados sospechosos en la evaluación clínica

Objetivo	Evaluar el proceso de tratamiento del cáncer en los establecimientos de salud.
Definición	Proporción de personas con signos o síntomas asociados con cáncer y resultados sospechosos en la evaluación clínica realizada en el establecimiento de salud que fueron derivados a otro establecimiento con capacidad de diagnóstico del cáncer en el plazo de un mes desde la evaluación clínica.
Numerador	Número de personas con signos o síntomas asociados con el cáncer y resultados sospechosos en la evaluación clínica realizada en el establecimiento de salud que fueron derivados a otro establecimiento con capacidad de diagnóstico del cáncer en el plazo de un mes desde la evaluación clínica.
Denominador	Número total de personas con signos o síntomas asociados con algún cáncer y resultados sospechosos en la evaluación clínica realizada en el establecimiento de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, raza/etnia, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Principaux éléments des données	Edad, resultados sospechosos en la evaluación clínica, fecha de la evaluación clínica, fecha de derivación para el diagnóstico de cáncer.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	<p>El personal directivo de los establecimientos de salud, para evaluar la proporción de personas con signos y síntomas y resultados sospechosos y fueron derivados para el diagnóstico de cáncer.</p> <p>El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar las brechas que existen en el tratamiento del cáncer en los establecimientos de salud.</p>
Limitaciones / comentarios	Se alienta a los países a que adopten programas de diagnóstico temprano del cáncer de mama, el cáncer cervicouterino, el cáncer infantil y otros cuatro tipos de cáncer más que supongan la mayor carga de morbilidad en su población, en función de los recursos disponibles.
Enlaces relacionados	Guide to cancer early diagnosis https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf

Indicadores opcionales y sus metadatos

01 Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de diagnóstico temprano del cáncer

02 Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud

03 Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión

04 Personas que dejaron de recibir seguimiento

O1

Disponibilidad de personal capacitado que presta servicios de diagnóstico temprano del cáncer

Objetivo	Garantizar servicios clínicos de gran calidad para el diagnóstico temprano del cáncer.
Definición	Proporción de establecimientos de salud en los que el personal ha recibido capacitación en las orientaciones más recientes de la OMS o las directrices nacionales sobre el diagnóstico temprano del cáncer.
Numerador	Número de establecimientos de salud en los que el personal ha recibido capacitación en las orientaciones más recientes de la OMS o las directrices nacionales sobre el diagnóstico temprano del cáncer. El término «personal» hace referencia al personal médico o a profesionales de la salud autorizados a nivel nacional para realizar un diagnóstico temprano del cáncer.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud, sistema de información sobre el personal de la salud o encuestas.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que indican que alguno de sus empleados no ha recibido la capacitación.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que informan de que su personal no ha recibido capacitación, llevar a cabo programas de formación y fortalecer los sistemas de salud para garantizar servicios de gran calidad.
Limitaciones / comentarios	La frecuencia de la capacitación depende de la fecha de la versión más reciente de las orientaciones de la OMS o de las directrices nacionales, así como de la rotación del personal en el establecimiento de salud.
Enlaces relacionados	Guide to cancer early diagnosis. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

02

Rigor y puntualidad de las notificaciones de los establecimientos de salud

Objetivo	Evaluar el cumplimiento de los establecimientos en materia de notificación.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que presentaron informes rigurosos y con puntualidad. Se considera que los informes de los establecimientos de salud son rigurosos y se presentan con puntualidad cuando contienen todos los datos obligatorios y se notifican al nivel superior dentro del periodo de presentación fijado en el programa nacional.
Numerador	Nombre d'établissements de santé qui ont soumis en temps voulu des rapports exhaustifs sur les indicateurs des cancers.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Sistemas ordinarios de información sanitaria.
Principaux éléments des données	Rigor de las notificaciones, puntualidad de las notificaciones.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para centrar la supervisión en los establecimientos de salud que presentan los informes tarde o incompletos.
Limitaciones / comentarios	Los países deben determinar indicadores obligatorios basados en los establecimientos de salud, que deben comunicarse dentro de un plazo específico.
Enlaces relacionados	2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs) (página 131) https://score.tools.who.int/fileadmin/uploads/score/Documents/Enable_data_use_for_policy_and_action/100_Core_Health_Indicators_2018.pdf

03

Establecimientos de salud que reciben visitas de supervisión

Objetivo	Garantizar la mejora continua de la calidad de la atención clínica y de los datos.
Definición	Proporción de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión en el último periodo sobre el que se informa.
Numerador	Número de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión en el último periodo sobre el que se informa.
Denominador	Número total de establecimientos de salud.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado), tipo de ubicación del establecimiento de salud (urbano/rural).
Fuentes de los datos	Informes de los establecimientos de salud.
Principaux éléments des données	Número de establecimientos de salud que recibieron una visita de supervisión.
Frecuencia de notificación	Trimestral.
Usuarios de los datos	El personal directivo a nivel de distrito, provincia, estado y país, para verificar si existen procesos de mejora continua de la calidad.
Limitaciones / comentarios	Ninguno
Enlaces relacionados	Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

O4

Personas que dejaron de recibir seguimiento

Objetivo	Evaluar la calidad del tratamiento clínico del cáncer.
Definición	Proporción de personas con un diagnóstico confirmado de cáncer que obtenían atención tras haber sobrevivido al cáncer y dejaron de recibir seguimiento.
Numerador	Número de personas con un diagnóstico confirmado de cáncer que obtenían atención tras haber sobrevivido al cáncer y que dejaron de recibir seguimiento (estado desconocido durante un año).
Denominador	Número total de personas con un diagnóstico confirmado de cáncer que obtenían atención en el establecimiento de salud tras haber sobrevivido al cáncer.
Método de cálculo	$\text{Numerador} \div \text{denominador} \times 100$
Consolidación de los datos	Distrito, provincia, estado, país.
Desglose	Cuando sea posible y aplicable, los datos deben desglosarse por establecimiento de salud, tipo de propiedad del proveedor (público/privado) y características del paciente, como edad, sexo, estado de comorbilidad, pertenencia a grupos de alto riesgo, nivel socioeconómico, tipo de residencia (urbana/rural) y tipo de seguro de salud.
Fuentes de los datos	Registros de pacientes de los establecimientos de salud, historias clínicas de los pacientes.
Elementos informativos clave	Estado desconocido durante un año desde la última consulta.
Frecuencia de notificación	Anual.
Usuarios de los datos	El personal directivo de los establecimientos de salud, para revisar los procesos de atención clínica y recomendar medidas encaminadas a reducir el número de personas que deja de recibir seguimiento. El personal directivo de los programas a nivel de distrito, provincia, estado y país, para evaluar las brechas que existen entre el diagnóstico y el control.
Limitaciones / comentarios	Para poder realizar comparaciones entre establecimientos de salud, el indicador debe estar normalizado por edad.
Enlaces relacionados	Guide to cancer early diagnosis. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998

Referencias

1. Enfermedades no transmisibles. En: OMS [Sitio Web]. Ginebra: OMS; 2021 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>, consultado el 21 de abril de 2021).
2. Los países empiezan a tomar medidas, pero deben avanzar más rápido para cumplir con los compromisos mundiales. En: OMS [Sitio Web]. Ginebra: OMS; 2016 (<https://www.who.int/es/news/item/18-07-2016-countries-start-to-act-on-noncommunicable-diseases-but-need-to-speed-up-efforts-to-meet-global-commitments>, consultado el 7 de julio de 2022).
3. Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud. Ginebra: OMS; 2020 ([https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-package-of-essential-noncommunicable-\(pen\)-disease-interventions-for-primary-health-care](https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-package-of-essential-noncommunicable-(pen)-disease-interventions-for-primary-health-care), consultado el 21 de abril de 2022).
4. Paquete técnico HEARTS. Ginebra: OMS; 2020 (https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15053:hearts-technical-package&Itemid=3465&lang=es#gsc.tab=0, consultado el 21 de abril de 2022).
5. Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D). Ginebra: OMS; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-ucn-ncd-20.1>, consultado el 21 de abril de 2022).
6. Hypertension indicators for improving quality and coverage of services. Ginebra: OMS; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240037120>, consultado el 18 de julio de 2022).
7. Primary healthcare measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary healthcare lens. Ginebra: OMS; 2022 (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240044210>, consultado el 21 de abril de 2022).

