



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CICLOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

“Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida”;

Serie: Documentos Técnico Normativo

La Paz – Bolivia
2012





ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CICLOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

“Movilizados por
el derecho a la salud y la vida”,



Serie: Documentos Técnico Normativo

La Paz – Bolivia
2012

<p>R-BO WA900 M665m N° 281 2012</p>	<p>Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad. Manual para la Implementación de los Ciclos de Mejoramiento de la Calidad de Atención en Servicios de Segundo y Tercer Nivel de Atención./Ministerio de Salud y Deportes; Renato Yucra Lizarazu, Rosario Quiroga, Gustavo Tapia, Oscar Velásquez, Gladys Crespo, Cristian Villarroel. Coaut. La Paz: Artes Gráficas Sagitario, 2012</p> <p>88p.: tablas. (Serie: Documentos Técnico Normativos N° 281)</p> <p>Depósito legal: 4-1-377-12 P.O.</p> <p>I. ATENCIÓN A LA SALUD ^snormas II. ESTÁNDAR DE IDENTIDAD Y CALIDAD DE PRODUCTOS Y SERVICIOS III. ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD IV. MANUALES V. BOLIVIA 1. t 2. Yucra Lizarazu, Renato; Quiroga, Rosario; Tapia, Gustavo; Velásquez, Oscar; Crespo, Gladys;</p>
---	---

MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CICLOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Puede obtener información en la siguiente dirección de internet:
<http://www.sns.gob.bo>, <http://saludpublica.bvsp.org.bo>

R.M.: N° 1471 de 18 de octubre de 2012
Depósito Legal: 4-1-377-12 P.O

Elaboración:

Lic. Gladys Crespo
Dr. Renato E. Yucra Lizarazu
Dr. Héctor Mejía

Dr. Crísthian G. Villarroel Salazar
Dra. Rosario Quiroga

Dr. Oscar Velásquez
Dr. Gustavo Tapia

Supervisión

Dr. Javier Luna Orozco
Dr. Crísthian G. Villarroel Salazar

Dr. Vladimir Camacho
Dr. Eduardo Ramos Miranda

Dra. Jacqueline Reyes

Edición

Dra. Carla Parada Barba

Dr. Javier Luna Orozco

Dr. Ramiro Asturizaga

Comisión de Revisión de Publicaciones:

Dr. Rómulo Huanuco C.
Ing. Fernando Buezo

Dr. Johnny Vedia Rodríguez
Sr. Miguel Cárcamo Pórcel

Documento impreso con el apoyo financiero de UNICEF

La Paz: Unidad de Redes de Servicio de Salud y Calidad - Dirección General de Servicios de Salud - Comité de Identidad Institucional y Publicaciones - Ministerio de Salud y Deportes - 2012

© Ministerio de Salud y Deportes 2012

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia; se autoriza su reproducción total o parcial, siempre que no sea con fines de lucro, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Martín Maturano Trigo
VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMOCIÓN

Sr. Alberto Camaqui Mendoza
**VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL E
INTERCULTURALIDAD**

Sr. Miguel Ángel Rimba
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr. Rúben Omar Colque Mollo
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Carla Andrea Parada Barba
JEFE UNIDAD DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD

RESOLUCIÓN MINISTERIAL

Abril 2012

N° 1471

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política del Estado, en su artículo 37, dispone que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades;

Que el Decreto Supremo N° 29894, de 7 de febrero de 2009, que constituye la Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, señala, en su artículo 90, inciso d), que es atribución del Sr. Ministro de Salud y Deportes garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación;

Que mediante Ley N° 2426, de 21 de noviembre de 2002, creó el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), en todo el territorio nacional, con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud, en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo, a las mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y a los niños y niñas, desde su nacimiento hasta los 5 años de edad;

Que, demostrada la efectividad de los ciclos de mejoramiento de la calidad en la reducción de la morbilidad y mortalidad materno, neonatal e infantil y que el Plan Estratégico Nacional para mejorar la salud materna, perinatal y neonatal en Bolivia 2009-2015 incluye el desarrollo de ciclos de mejoramiento de la calidad en la red de servicios de salud;

Que mediante nota CITE: MSyD/VMSyP-1681/2012, de fecha 27 de septiembre de 2012, el Sr. Viceministro de Salud y Promoción solicita al Director General de Asuntos Jurídicos la elaboración de la Resolución Ministerial que autorice la publicación del documento **MANUAL PARA LA**

IMPLEMENTACIÓN DE LOS CICLOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN, documento que fue aprobado por el Comité de Revisión de Publicaciones;

Por tanto,

El señor Ministro de Salud y Deportes, en ejercicio de las atribuciones conferidas por el Decreto Supremo N° 29894, de fecha 7 de febrero de 2009,

Resuelve:

Artículo 1.- Autorizar la publicación del documento **MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CICLOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**, debiendo depositarse un ejemplar del documento impreso en Archivo Central de este Ministerio.

Registre, hágase saber y archívese.



Dr. Juan Calle Plato
DIRECTOR GENERAL DE
ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



Dr. Martín Maturand Trigo
VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMOCIÓN
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Contenido

Presentación.....	9
Introducción	11
Marco conceptual	14
Objetivos de los ciclos de mejora continua	20
Objetivo general	20
Objetivos específicos.....	20
Metodología.....	21
Etapa 1. Sensibilizar a las autoridades departamentales, de redes de salud, directores de hospitales de segundo y tercer nivel y delegados del Consejo Social Departamental de Salud, para adoptar los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención.	21
Etapa 2. Sensibilizar y capacitar al personal para la implementación de los ciclos de mejoramiento continuo de la calidad	22
Etapa 3. Organizar los equipos de mejora continua	23
Etapa 4. Implementación	24
1. PLANIFICACIÓN	24
Paso 1 Identificación y priorización de los problemas más importantes de la salud	24
Paso 2 Análisis, causa y efecto.....	25
Paso 3 Construcción de estándares de calidad e indicadores.....	27
Paso 4 Definición de indicadores para cada estándar.	31
2. EJECUCIÓN	32
Paso 5 Elaboración de la línea de base.....	32
Paso 6 Planes de mejora de la calidad/paquetes de cambio comprometidos	40

3. VERIFICACIÓN	42
Paso 7 Monitoreo mensual del cumplimiento de los estándares e indicadores	42
Paso 8 Graficación de monitoreo mensual de indicadores	43
Paso 9 Cuadros resumen de cambios implementados	46
Paso 10 Elaboración de informes para compartir en sesiones de aprendizaje	47
4. ACTUAR	47
Paso 11 Medición de impacto de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención.....	47
Etapa 5. Control: supervisión, monitoreo y evaluación	49
Etapa 6. Retroalimentación correo, web, boletines.....	53
ANEXOS.....	55
ANEXO I Paquete de cambio por objetivo de mejora	57
ANEXO II Fichas de recolección de datos para el monitoreo	67
ANEXO III Metodología de la elaboración de la línea de base	100
ANEXO IV Instrucciones para el monitoreo del partograma de la OMS modificado	101
ANEXO V Cuadro de monitoreo ciclos de mejoramiento de caliadd de atención materno infantil	105
SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS	106

Presentación

La idea central de este manual es contar con una metodología que se pueda aplicar a cualquier problema de salud pública que se decida resolver; esto será posible como parte de los procesos de control, sólo si se monitorea periódicamente con rigor metodológico, con estándares de calidad y con indicadores objetivamente verificables.

Este manual recoge la experiencia de los equipos de cuatro hospitales que participaron en la fase demostrativa: Hospital San Juan de Dios, de Oruro; Hospital La Paz, de La Paz; Materno Infantil de Beni y Roberto Galindo de Pando. Este documento fue validado y mejorado por el equipo de calidad del Hospital Bracamonte, de Potosí; con él se facilitará la expansión a hospitales y establecimientos de segundo y tercer nivel de atención, porque esta experiencia ha demostrado que el trabajo aislado de los hospitales, sin el resto de la red, es insuficiente.

Se continuará construyendo colectivamente esta iniciativa, recolectando las lecciones aprendidas, tanto de las intervenciones que fueron efectivas como de las que no fueron, para dar a conocer en las sesiones de aprendizaje y en la supervisión cruzada de hospitales.



Dr. Juan Carlos Garvimontes Carnargo
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Introducción

Bolivia es uno de los países con niveles de mortalidad materna, neonatal e infantil más altas en América. Según la ENDSA 2008, la mortalidad infantil es de 50 por mil nacidos vivos y la mortalidad neonatal se mantiene en 27 por mil nacidos vivos; en tanto que la razón de mortalidad materna, según la encuesta post censal 2000, es de 219 por 100.000 nacidos vivos.

Estos indicadores nacionales enmascaran realidades más dramáticas cuando se los discrimina por departamentos y/o por determinantes de salud, tales como el nivel de escolaridad de la mujer o el lugar de residencia.

Las causas más frecuentes de muerte materna son: hemorragias, infecciones, aborto, hipertensión y otras. El 53% de las muertes ocurre en los domicilios, 37% en los servicios de salud y 10% en otros lugares o en camino a los servicios de salud.

Las complicaciones obstétricas y neonatales en Bolivia son más del doble de lo esperado; la mortalidad de la niñez está relacionada a las infecciones respiratorias, las diarreas y el bajo peso al nacer. La desnutrición es un problema de fondo, el 21,8% de la población infantil cursa con desnutrición crónica; las causas más frecuentes de muerte neonatal son sepsis, asfixia perinatal, malformaciones y prematurez. Para la resolución efectiva de todos estos problemas, las redes de salud deben estar muy bien articuladas.

Con base en esta situación de salud se han desarrollado varias estrategias tendientes a la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal, tales como parto limpio y gratuito, intervenciones de salud sexual reproductiva, implementación de seguros públicos y erradicación de la desnutrición, las mismas que, si bien tuvieron impacto en los mencionados indicadores, no lograron una mejora significativa.

El Ministerio de Salud y Deportes ha intentado resolver los problemas de calidad en los servicios de salud a través de la acreditación de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel; sin embargo, a pesar de ello, la calidad de los servicios no mejoró sustancialmente debido, fundamentalmente, a que su énfasis inicial estaba en los estándares de calidad de estructura y no en los procesos de atención a la población; por otra parte, se sintió la ausencia de procesos de control previos y posteriores a la acreditación.

Actualmente, se hallan en pleno proceso de implementación las normas e instrumentos para la acreditación de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel con un enfoque de “sistema” y dando relieve a los procesos de atención. Complementariamente, se aplicarán normas de caracterización de establecimientos y estructuración de redes de salud que, sumadas a las intervenciones basadas en evidencia científica, permitirán el progreso en el mejoramiento de la calidad, con mayor impacto en la salud materna y neonatal.

El Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009-2015 adopta un modelo conceptual de la muerte materna, neonatal y perinatal en el que se identifican las causas directas subyacentes y sus determinantes, con base en el cual se define la oferta de un paquete de intervenciones efectivas basadas en evidencias científicas y que permitirá el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En el plan también se asume un enfoque integrado del continuo de la atención: hogar, comunidad y servicios, a través del desarrollo de líneas estratégicas de acción, que van desde la creación de entornos favorables para la promoción de la salud materna, perinatal y neonatal; el reconocimiento de los procesos interculturales con enfoque de derechos; la aplicación de cuidados esenciales para la mujer y el recién nacido en el hogar y la comunidad; la mejora de la calidad de atención de la madre y el recién nacido en los servicios de salud; hasta el fortalecimiento del sistema de información en salud materna, perinatal y neonatal.

En este marco, se inscribe la aplicación de la estrategia de ciclos de mejoramiento de la calidad de atención en servicios de segundo y tercer

nivel, que se ha aplicado en una primera fase demostrativa con 4 hospitales de referencia en las ciudades capitales de los departamentos de Oruro, Beni y Pando; y posteriormente se expandió a dos hospitales más, al Hospital Bracamonte, de Potosí, y al Hospital Boliviano Holandés, de El Alto de La Paz.

Esta herramienta pretende mostrar de una forma sistemática los pasos para expandir la implementación de los Ciclos de Mejoramiento de la Calidad de Atención en Servicios de Segundo y Tercer Nivel.

Marco conceptual

Partiendo de que la “calidad es, en esencia, la condición o conjunto de condiciones que permiten hacer bien hechas las cosas, sean éstas acciones, servicios o productos, causando satisfacción en quienes los realizan y en quienes los reciben” (Programa Nacional de Calidad en Salud).

La calidad refleja el grado de satisfacción que causa en los usuarios la recepción de servicios, lo cual hace verificable y medible si éstos son buenos, mediocres o definitivamente malos.

La calidad no sólo es gestión como se entendería de la conocida expresión de “gestión de calidad”, sino que es un proceso continuo de mejoramiento que tiene como resultado de las acciones que se realizan, de un servicio que se presta o de un producto que se entrega, la satisfacción de los usuarios, tanto externos como internos.

Vale decir, entonces, que la calidad debe ser comprendida como gestión y resultado, siendo éste el que evalúa el usuario, más allá de analizar situaciones o procesos gestionarios que seguramente no conoce o no son de su interés específico, sino la calidad de atención o servicio que se le presta o recibe directamente.

Por otra parte, si el servicio es la razón de ser de toda situación que pretende servir o ser de utilidad a quienes lo solicitan; **el no ofrecer calidad** es un contrasentido a su propia existencia, concluyéndose que la calidad es la condición esencial o intrínseca de cualquier servicio, tanto más si nos referimos a los que tienen que ver con la salud, la vida y el bienestar de las personas.

Ahora bien, para que la calidad se cumpla como gestión y resultado es necesario establecer guías que orienten y normas que regulen el proceso a ser adaptadas uniformemente por todos los gestores y actores involucrados. Sin embargo, el sólo conocimiento y cumplimiento mecánico y rutinario de estas guías y normas no garantizan la calidad, sino se acompaña de calidez; es decir, el componente afectivo de compro-

miso concienzual y espiritual que se hace extensivo a personas, familias y comunidades, otorgándoles una atención humanizada, con respeto a su dignidad, su identidad particular y sus derechos; e institucional, cumpliendo los deberes con gratitud, fidelidad y compromiso de mejoramiento continuo.

La definición de calidad que maneja el MSD trata de englobar todos estos antecedentes como la “condición de la organización sanitaria que, de acuerdo a caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos”. (Bases para el funcionamiento y organización del Proyecto Nacional de Calidad en Salud – MSD/2008).

En este marco, el MSD decidió implementar los ciclos de mejoramiento de la calidad, que consiste en la medición sistemática del cumplimiento de los estándares de calidad en la atención y de la aplicación de paquetes de cambio, con el objetivo de lograr niveles elevados de calidad y satisfacción de los y las usuarias de los servicios de salud.

Los estándares de calidad son declaraciones explícitas de calidad esperada y sirven como parámetro de medición, se establecen con base en normas, guías, protocolos y opinión de expertos basados en evidencias científicas. Estos estándares son construidos participativamente, logrando la aceptación y el compromiso de todos los proveedores de salud. El enfoque de los ciclos de mejoramiento de la calidad es de aprendizaje y de colaboración entre pares.

Es una estrategia motivadora del recurso humano que incentiva la competencia sana y leal entre equipos con similares potencialidades y dificultades, en la que aprenden unos de otros y se fortalece la autoestima gracias a los niveles de satisfacción producidos por la visualización de los resultados.

La siguiente lámina resume gráficamente el marco conceptual de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención materna infantil:

¿Cómo se puede mejorar la calidad?

1. Lo que hacíamos (Método tradicional): Normas, capacitación, materiales y equipos, supervisión, certificación y acreditación.



1 + 2 Método Moderno: Trabajo en equipo, análisis de procesos, monitoreo de datos, capacitación y enfoque centrado en el usuario/a.



1 + 2 + 3 Ciclos de Mejoramiento Continuo de la Calidad
Equipos Múltiples trabajando con objetivos, estándares e indicadores comunes, un paquete de cambio, aprendizaje compartido, mejores prácticas, competencias amistosas, diseminación rápida a nuevos equipos (expansión).

Un ciclo de mejoramiento de la calidad es un esfuerzo organizado para compartir aprendizajes a través de equipos de trabajo y así:

- ◆ Adaptar a las condiciones locales las mejores prácticas basadas en evidencia, para mejorar un problema específico priorizado
- ◆ Lograr resultados importantes en un período corto de tiempo y a bajo costo
- ◆ Expandir las mejores prácticas a otros hospitales o niveles de atención

Los elementos clave para el desarrollo de un ciclo de mejoramiento continuo de la calidad de atención son:

- ◆ Objetivos de mejora
- ◆ Organización y definición de funciones
- ◆ Consensuar paquetes de cambios
- ◆ Expansión de la estrategia al resto de la red de servicios
- ◆ Formar equipos de calidad calificados y garantizar su funcionamiento
- ◆ Un sistema de control de la calidad de los procesos y resultados
- ◆ Un sistema regular y periódico de acompañamiento a los equipos de calidad
- ◆ Sesiones de aprendizaje como una oportunidad para compartir experiencias
- ◆ Incorporar a la estructura social de salud en el control de la calidad

El diagrama que a continuación se expone resume las etapas de la implementación de los ciclos de mejora continua de la calidad.



Planificar:

En este momento se define qué hacer y cómo hacerlo, se identifican los procesos necesarios para conseguir los resultados, permite ejecutar planes de forma directa, se **establecen metas** y se escoge la mejor manera de alcanzarlas, y –una vez que se tenga todo claro- pueda emprenderse la acción.

Ejecutar:

En este momento se implementa lo definido en la planeación; para ello, toda la organización se alinea de acuerdo con los resultados esperados, se conforman equipos de trabajo para que ejecuten y documenten los procesos. Sistemáticamente se debe:

- ◆ Identificar oportunidades de mejora
- ◆ Implementar las mejoras buscando la efectividad de las mismas

Cualquier cambio genera resistencia en las personas; por ello, es importante involucrar al equipo de calidad en todos los procesos de toma de decisiones, hacerlos parte de todas las definiciones, identificar en cada hospital a un agente clave, motor del cambio, que influya positivamente en el resto del equipo.

Verificar:

En este momento se debe revisar si se ejecutaron todos los procesos de cambio de acuerdo con lo planificado, se debe verificar la forma en la que se aplicaron los paquetes de cambio, si se obtuvieron los resultados esperados en la mejora de la calidad de atención.

Se evalúa la efectividad de las intervenciones, no se las puede descartar como ineficaces si no se las aplicó correctamente. Si un paquete de cambio implementado adecuadamente no produce los cambios esperados podría ser que necesite ser complementado o sustituido con otras acciones. Por eso, es importante contar con herramientas que permitan verificar la adecuada implementación de los paquetes de cambio.

Actuar:

En este momento, con base en las lecciones aprendidas, se aplican las acciones correctivas, preventivas y planes de mejoramiento; se aplica la metodología para análisis y solución de problemas a aquellos subprocesos que necesitan un mejoramiento continuo para convertirlos nuevamente como parte del día a día. Institucionalizar la mejora y/o volver al paso de Ejecutar (Hacer).

No es posible realizar con calidad una actividad, proceso, producto o servicio si se viola alguno de los pasos del ciclo.

Siguiendo la estrategia del Ciclo de la Calidad, la probabilidad de éxito es mayor. No debe olvidarse que en cada paso habrá que realizar acciones tácticas y operativas para seguir adelante con dominio.

Objetivos de los ciclos de mejora continua

Objetivo general:

Mejorar la calidad de los servicios de salud, mediante la implementación de los ciclos de mejoramiento continuo con la finalidad de contribuir a la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil en la red nacional de servicios de salud.

Objetivos específicos:

1. Contar con personal de salud sensibilizado y capacitado en los establecimientos de salud para el mejoramiento continuo de la calidad.
2. Contar con equipos de mejora continua organizados y funcionando en los servicios de salud.
3. Contar con planes de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud.
4. Ejecutar los planes de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud.
5. Controlar la ejecución de los planes de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud.
6. Identificar problemas en la ejecución de los planes de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud e iniciar la planificación de un nuevo ciclo.
7. Construir en el equipo de salud una cultura de mejoramiento continuo de la calidad que permita brindar atención de calidad.
8. Garantizar la aplicación de la norma nacional de atención clínica (NNAC), mediante el monitoreo de estándares de calidad de aten-

ción de la embarazada, el recién nacido y los niños menores de 5 años, en todas las redes de servicios de salud.

9. Establecer mecanismos de aseguramiento de la calidad en los procesos de atención de la embarazada, el recién nacido y los niños menores de 5 años, en todo el territorio nacional.

Metodología

Para implementar los ciclos de mejoramiento continuo de la calidad de atención en las redes de servicios de salud se deben aplicar, en forma secuencial, las 6 etapas descritas a continuación.

Etapas 1. Sensibilizar a las autoridades departamentales, de redes de salud, directores de hospitales de segundo y tercer nivel y delegados del Consejo Social Departamental de Salud, para adoptar los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención.

Se realiza una reunión con las autoridades del Servicio Departamental de Salud (SEDES), los coordinadores de las redes de servicios del departamento, directores de hospitales de tercer y segundo nivel y delegados del Consejo Social Departamental de Salud; en los que se expondrá conceptos prácticos como: marco conceptual de la calidad, el PRONACS, sus normas y la metodología de los ciclos de mejoramiento continuo de la calidad.

El SEDES debe disponer de una declaración/compromiso explícito y público de mejoramiento de la calidad de atención del continuo madre/niño(a) y ponerla en conocimiento de las redes de salud.

Productos esperados de la Etapa 1:

- ◆ Documento Final de la Declaración/compromiso de Mejoramiento de la Calidad de Atención.
- ◆ Resolución Técnico Administrativa del SEDES.
- ◆ Incentivar al equipo de salud para el desarrollo de una cultura de mejoramiento continuo de la calidad que permita brindar servicios de calidad.

Etapa 2. Sensibilizar y capacitar al personal para la implementación de los ciclos de mejoramiento continuo de la calidad.

Se realizarán reuniones y talleres para sensibilizar, capacitar al personal de tercer y segundo nivel, y para fortalecer sus competencias en:

- ◆ Identificación y priorización de los problemas más importantes de la salud materna, neonatal e infantil de su departamento o ámbito de intervención con base en indicadores trazadores relacionándolos con su magnitud, vulnerabilidad y trascendencia en salud pública
- ◆ Análisis causa efecto, cuáles son las causas que producen estos problemas, incluye factores administrativos, por ejemplo desabastecimiento de oxitocina por mala programación
- ◆ Construcción de estándares de calidad y de indicadores para su evaluación
- ◆ Elaboración de la línea de base
- ◆ Elaboración de planes de mejora de la calidad/paquetes de cambio comprometidos
- ◆ Monitoreo del cumplimiento de los estándares
- ◆ Graficación del monitoreo mensual de indicadores
- ◆ Elaboración de cuadros resumen de cambios implementados.
- ◆ Medición de impacto de los ciclos de mejoramiento continuo de la calidad de atención

- ◆ Supervisión del cumplimiento de planes de mejora/paquetes de cambio
- ◆ Evaluación del cumplimiento de los planes de mejora/paquetes de cambio
- ◆ Definición de nuevo ciclo de mejora

Productos esperados de la Etapa 2:

- ◆ Recursos humanos sensibilizados y capacitados en la metodología de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención.
- ◆ SEDES con plan de mejora continua de la calidad.
- ◆ Planes de mejora continua de la calidad en 2do y 3er nivel.
- ◆ Equipo de CMC hospitalario conformado

Etapa 3. Organizar los equipos de mejora continua

El SEDES, a través de la Dirección y Consejo Técnico, conforma el Equipo Técnico Departamental de Calidad del Componente de Salud Materno – Infantil. Este equipo debe estar liderado por el gestor de calidad e integrado por el/la responsable de:

- a. Unidad de Servicios
- b. Salud materna o salud sexual y reproductiva
- c. Salud infantil o del niño/a
- d. Nutrición
- e. AIEPI
- f. SNIS – Vigilancia Epidemiológica

1. PLANIFICACIÓN

Paso 1

Identificación y priorización de los problemas más importantes de la salud materna, neonatal e infantil de su departamento o ámbito de intervención, con base en indicadores trazadores relacionándolos con su magnitud, vulnerabilidad y trascendencia en salud pública.

¿Qué hacer?

1. En Consejo Técnico del SEDES, el Equipo Técnico de Salud Materno – Infantil (salud materna o salud sexual reproductiva, salud infantil, unidad de servicios de salud, SNIS) presentan un análisis de los indicadores de salud materna, neonatal e infantil, por nivel de atención (1º, 2º y 3º nivel) y por nivel de gestión (municipio y red de salud).
2. Con los datos disponibles, determina los problemas más prevalentes que están causando las muertes maternas, neonatales e infantiles.
3. Priorizan los **5** problemas más importantes en cada una de las 3 áreas involucradas (salud materna, neonatal e infantil) por redes municipales SAFCI y redes de salud.
4. Definen un plan de acción que incluya la estrategia de trabajo para la implementación de los ciclos de mejoramiento de la calidad: El plan debe incluir la designación de responsables, expansión a toda la red de salud y por tipo de servicio, con un cronograma anual establecido.

Productos esperados del Paso 1:

- ◆ Plan de Acción para la implementación de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención.

Paso 2

Análisis, causa y efecto, cuáles son las causas que producen estos problemas, incluye factores administrativos, logísticos, por ejemplo desabastecimiento de oxitocina por mala programación.

Estudios de costos han demostrado que 75% de los problemas no tienen costo adicional (reorganización de servicios, cogestión comunitaria, higiene, orientación), 20% tiene bajo costo (soluciones cloradas, guantes estériles, oxitocina) y 5% alto costo (esterilizador y ambulancia), etc.

Este paso debe ser realizado por el equipo de salud materno infantil del SEDES, la red involucrada con el personal de salud del establecimiento y representantes de la comunidad en el que se desarrollará la estrategia de mejoramiento.

¿Qué hacer?

1. Solicitar al director del establecimiento priorizando una reunión con el equipo del establecimiento (Director, Planificador, Estadístico y responsables de los servicios de Pediatría, Gineco-Obstetricia, Neonatología en caso de hospitales de tercer y segundo nivel) para analizar, junto a ellos, los datos de su establecimiento.
2. Solicitar que se convoque a representantes del Comité de Salud.
3. Una vez ratificados o rectificadas los problemas identificados previamente en el SEDES se procede a identificar las causas de cada problema.
4. Elaborar un listado de las causas en un espíritu autocrítico y listar en orden de importancia, agrupándolas en las siguientes categorías:
 - ◆ Estructurales: Accesibilidad, geográfica, social, para detectar demoras en la comunidad, por ejemplo.
 - ◆ De proceso: Comprende los pasos a seguir para convertir insumos en un producto o servicio de salud, por ejemplo causas administrativas.
 - ◆ De la calidad de atención: No aplicación de las normas de atención.

Ejemplo:

1. En la fase demostrativa de la aplicación de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención materno infantil se priorizaron los siguientes problemas:

- ◆ Muertes maternas por hemorragia post parto
- ◆ Muertes neonatales por asfixia
- ◆ Transmisión vertical del VIH
- ◆ Letalidad alta en desnutridos agudos graves
- ◆ Desarticulación entre la comunidad y la red de servicios de salud

En su establecimiento, usted puede encontrar los mismos o diferentes problemas

2. Luego, identifique las causas de cada uno de los problemas:

Estos son algunos ejemplos:

- ◆ No se detectan señales de riesgo en las embarazadas, en las familias, en comunidades y en los servicios de salud.
- ◆ No se utilizan herramientas que apoyan la toma de decisiones, como la historia clínica perinatal básica o el partograma.
- ◆ Inexistencia, mal llenado o incompleto llenado de la historia clínica perinatal básica.
- ◆ Cobertura de la prueba rápida del VIH menor a 5% en el control prenatal, debido a falta de dotación de pruebas.
- ◆ Partograma mal llenado, mal interpretado, nadie capacita al personal nuevo.
- ◆ En los servicios hay más de un modelo de partograma.
- ◆ No se aplican los protocolos de atención al recién nacido y menos al niño con asfixia.
- ◆ Alta solicitada de los niños desnutridos y con alta reincidencia.

La experiencia ha demostrado que muchos de los problemas son relativos a la falta de instrumentos que ayudan a cumplir con los protocolos de

atención: ejemplares de historias clínicas, hojas de partograma, existencia de oxitocina, ingreso de personal nuevo, indefinición de responsabilidad sobre los procedimientos, etc.

Productos esperados del Paso 2:

- ◆ Listado con la priorización de problemas consensuado entre el Equipo de Salud Materno – Infantil, el establecimiento y el Comité Local de Salud.

Paso 3

Construcción de estándares de calidad y de indicadores para su evaluación

Se deben seleccionar los estándares de calidad a monitorear con base en las normas/protocolos nacionales de atención materno infantil.

Este paso debe ser realizado por el equipo de salud materno infantil del SEDES, la red involucrada con el personal de salud del establecimiento en el que se desarrollará la estrategia de mejoramiento.

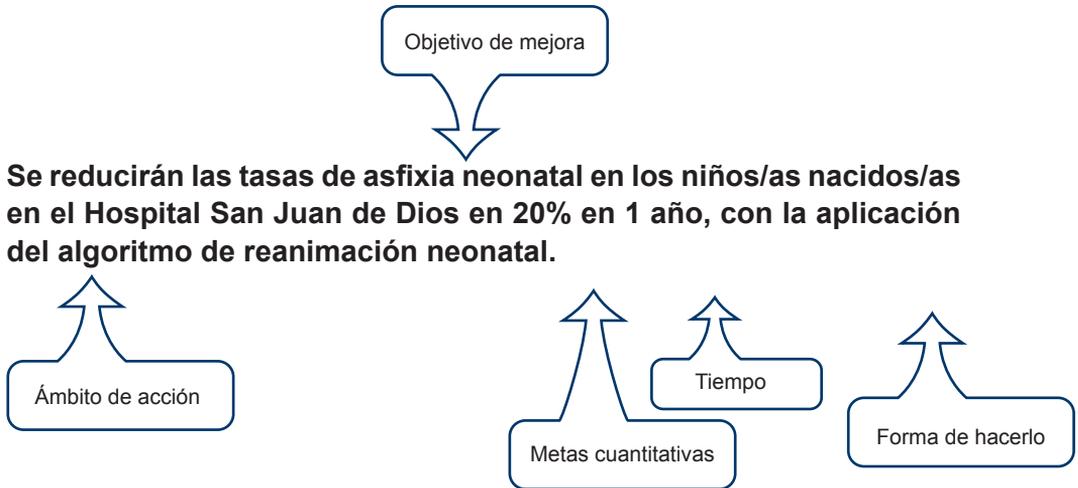
El objetivo general de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención es mejorar la calidad de los servicios de salud, con la finalidad de contribuir a la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil.

Por tanto, los objetivos de mejora y estándares que se definan deberán estar alineados a ese objetivo superior, pues los objetivos específicos de cada estándar contribuyen al objetivo general y se miden a través de indicadores de impacto.

¿Qué hacer?

1. Definir los objetivos de mejora con base en prioridades programáticas del Ministerio de Salud e indicadores analizados contemplando: ámbito de acción, metas cuantitativas, tiempo y forma de hacerlo.

Ejemplo:



2. Delimitar los resultados esperados a corto plazo.
3. Seleccionar los estándares de calidad a monitorear con base en las normas/protocolos nacionales de atención: Para el logro de los objetivos específicos se deben adoptar estándares de calidad.

Un estándar de calidad es la medida de oro, es un prototipo o modelo digno de ser imitado y/o superado aplicando consensos, normas y protocolos nacionales e internacionales que se deben cumplir para obtener los resultados esperados.

Ejemplo:

Por cada objetivo específico de mejoramiento identificar claramente su resultado esperado.

Tabla 1: Objetivos y resultados de mejoramiento

Objetivos específicos de mejoramiento	Resultados esperados a corto plazo
1. Mejoramiento de la calidad en el registro e interpretación correcta de la historia clínica de la embarazada durante el control prenatal.	R1. Se han detectado oportunamente los riesgos en la embarazada y se habrá aplicado oportunamente cuidados obstétricos y neonatales.
2. Incrementar la cobertura de acceso a pruebas rápidas de VIH a embarazadas con consentimiento informado.	R2. Se ha prevenido la transmisión vertical (materno infantil) del VIH en hospitales.
3. Incremento en el correcto llenado e interpretación del partograma.	R3. Se ha contribuido a la reducción de la mortalidad neonatal por asfixia a través del monitoreo efectivo del trabajo de parto.
4. Incremento del cumplimiento del MATEP.	R4. Se ha contribuido a la reducción de mortalidad materna por hemorragia a través del cumplimiento sostenido del MATEP.
5. Incremento del cumplimiento de atención de THE.	R5. Se ha contribuido a la reducción de la mortalidad materna por Transtornos Hipertensivos del Embarazo.
6. Mejorar la atención inmediata del recién nacido.	R6. Se ha contribuido efectivamente al logro de la lactancia materna inmediata dentro de la primera hora y a la reducción de riesgo de anemias.
7. Mejorar la atención del recién nacido con asfixia.	R7. Se ha reducido la tasa de letalidad por asfixia en neonatos.
8. Mejorar la atención del recién nacido prematuro.	R8. Se ha reducido la tasa de letalidad por prematuridad.
9. Mejorar las prácticas de lavado de manos después y antes de cada procedimiento.	R8. Se ha reducido la tasa de morbilidad/letalidad por infecciones.
10. Mejorar el manejo de neonatos con sepsis neonatal.	R11. Se ha reducido la letalidad por sepsis neonatal.
11. Asegurar el manejo correcto del desnutrido agudo grave.	R9. Se ha reducido la letalidad por desnutrición aguda grave en menores de 5 años.
12. Mejorar el manejo de menores de 5 años con neumonía adquirida en la comunidad.	R10. Se ha reducido la tasa de letalidad por neumonía adquirida en la comunidad en menores de 5 años.
13. Atención del parto con enfoque intercultural.	R12. Se ha contribuido en la mejora de la sensibilidad, capacidades y destrezas del personal de salud para la atención intercultural de la salud materna.

Ejemplo de estándar de calidad para el Objetivo N° 1 y el Resultado N° 1 de la fase demostrativa:

Objetivos específicos de mejoramiento	Resultados esperados a corto plazo	Estándar de Calidad
Mejoramiento de la calidad en el registro e interpretación correcta de la historia clínica de la embarazada durante el control prenatal.	Se han detectado oportunamente los riesgos en la embarazada y se habrá aplicado oportunamente cuidados obstétricos y neonatales.	Se deberá llenar la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) de toda embarazada que acuda a su control prenatal y registrar las 12 actividades normadas.

Para la comprensión de cada estándar hay que hacer una **definición del mismo**, de manera que sea entendido universalmente por todo el personal del establecimiento de salud, sin posibilidad de error. Entonces, siguiendo con el anterior ejemplo, la definición del estándar sería:

Estándar de calidad	Definición	¿Cuáles son las 12 actividades?
Se deberá llenar la HCPB de toda embarazada que acuda a su control prenatal y registrar las 12 actividades normadas.	Registro de las 12 actividades normadas en la HCPB.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antecedentes personales y obstétricos 2. Medición de talla 3. Examen de mamas 4. Semanas de amenorrea 5. Medición del peso 6. Determinación de presión arterial 7. Medición de AFU (Altura, Fondo, Uterino) 8. Auscultación de frecuencia cardiaca fetal (a partir de 20s) 9. Movimientos fetales (después de las 18s) 10. Aplicación de vacuna antitetánica 11. Solicitud exámenes (grupo, Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO y Hb, Prueba VIH) 12. Evaluación del estado nutricional con base en el índice de masa corporal

Productos esperados del Paso 3:

- ◆ Listado con los objetivos de mejora, resultados y estándares definidos y consensuados entre el establecimiento de salud y el Equipo de Salud Materno Infantil del SEDES.

Paso 4

Definición de indicadores para cada estándar

Este paso debe ser realizado por el equipo de salud materno infantil del SEDES, la red involucrada con el personal de salud del establecimiento en el que se desarrollará la estrategia de mejoramiento.

Esto es muy importante, porque así se evalúan los progresos alcanzados; es necesario tener cuidado en su construcción e interpretación, se debe capacitar al personal en ambos aspectos.

Se deben tomar en cuenta 3 tipos de indicadores: De entrada, proceso y resultado a corto plazo o también llamados de salida.

Ejemplo:

Tabla 2: Indicadores de estándar de calidad

Estándar de calidad	Indicador de entrada	Indicador de proceso	Indicador de resultado a corto plazo
A toda embarazada que acude a su control prenatal se le deberá llenar la Historia Clínica Perinatal base (HCPB) y registrar en ella las 12 actividades normadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Número de personal de salud capacitado en llenado correcto de HCPB. - Número de ambientes para CPN que cuentan con la HCPB. 	Porcentaje de mujeres embarazadas que acudieron al CPN y se llenó su HCPB con las 12 actividades normadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de mujeres con detección temprana de signos de peligro durante el embarazo. - Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia.

Para construir el indicador es necesario ubicar los siguientes 7 conceptos resumidos en la siguiente tabla:

Ejemplo:

Tabla 3: Aplicación de conceptos para indicadores

Indicador	Numerador	Denominador	Fuente	Periodicidad	Muestra	Área de atención involucrada
Porcentaje de mujeres embarazadas que acudieron al CPN y se llenó su HCPB con las 12 actividades normadas.	Mujeres embarazadas en cuyo control prenatal se le practicaron y registraron en su HCPB las 12 actividades normadas.	Total de mujeres embarazadas con Control Prenatal observadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica Perinatal Base - Dpto. de Estadística del establecimiento. 	Cada mes	30 historias clínicas elegidas al azar.	Servicio de Gineco Obstétrica Área de control prenatal.

¿Qué hacer?

1. Asignar los indicadores de entrada, proceso y resultado a cada estándar definido en el paso 3.
2. Construir la estructura de cada indicador formulado con base en los 7 conceptos.

Productos esperados del Paso 4:

- ◆ **Tabla 2: Indicadores de estándar de calidad:** Tabla resumen con los indicadores de entrada, proceso y resultado definidos y consensuados entre el establecimiento de salud y el Equipo de Salud Materno Infantil del SEDES para cada estándar.
- ◆ **Tabla 3: Aplicación de conceptos para indicadores** Tabla resumen con los 7 conceptos de cada indicador definido y consensuado.

2. EJECUCIÓN

Paso 5

Elaboración de la línea de base

Luego de haber consensuado los objetivos de mejora, resultados, estándares e indicadores se procede a realizar la primera medición que resulta en un diagnóstico de línea de base, pues es el punto de partida. Se sugiere tomar una muestra del total de historias de un año completo antes de la medición.

¿Qué hacer?

1. **Selección de las historias clínicas:** Se eligen 30 historias clínicas de un año completo pasado. Si sólo existen 30 historias o menos se toman en cuenta todas. Sin embargo, si existen más de 30 se deberá seleccionar solamente 30 historias y para hacerlo se recomienda utilizar la selección aleatoria sistemática de las historias clínicas de los servicios involucrados.

Cualquier método de muestreo o selección aleatoria funciona; sin embargo, se recomienda seguir los siguientes pasos:

- a. Ordene cronológicamente las historias del año numerando del 1 al n
- b. Para seleccionar la 1ª historia clínica: se elige la primera historia clínica por el último número de la serie de un billete de cualquier valor.

Ejemplo: Si el número de serie del billete termina en 2, entonces se toma en cuenta la 2ª historia clínica disponible.

- c. Para seleccionar las siguientes historias:
 - i. Se divide el número total de historias disponibles entre 30. En caso que el resultado sea un número con decimal, el valor obtenido se redondea al siguiente número entero si el decimal obtenido es mayor a 5.
 - ii. Este número se convierte en una constante que se utiliza para seleccionar las siguientes historias de la siguiente manera:

Ejemplo: En un establecimiento se atendieron a 95 embarazadas en el período de 1 año, estas 95 historias se dividen entre 30 que da 3,16 que se redondea a **3** (si hacemos línea de base para niños desnutridos, se seleccionarían las historias de los niños desnutridos atendidos en el período de 1 año, de la misma manera para cada estándar, la metodología es la misma).

1ª historia es la número 2 (número aleatorio, en nuestro ejemplo es el último número del billete)

2ª historia es 5 ($2+3 = 5$)

3ª historia es 8 ($5+3 = 8$)

4ª historia 11 ($8+3 = 11$)

Y así sucesivamente, hasta completar las 30 historias necesarias.

2. Ficha de recolección de la información - matriz en Excel:

- a. En la primera columna se colocan los criterios que hacen o componen al estándar de calidad.
- b. En las siguientes columnas se colocan 30 espacios para registrar las 30 historias medidas.

Ejemplo:

En caso de la Historia Clínica Perinatal Base, los criterios a escribir en la primera columna son las 12 actividades normadas y en las siguientes columnas se registrarán los datos de las historias clínicas por orden correlativo del 1 al 30 (ver ficha de recolección de la información Tabla 4).

3. Llenado de la matriz en Excel:

Se examinan cada una de las 30 historias clínicas para determinar el cumplimiento de cada uno de los criterios de los estándares de calidad, llenando para ello la ficha electrónica –en Excel- de recolección de datos, colocando 1 cuando se cumple, cero cuando no se cumple y un NA cuando no aplica; la existencia de un solo cero en algún criterio del estándar de calidad producía, de manera automática, un cero al cumplimiento en toda la historia clínica.

Tabla 5: Llenado de la matriz en Excel. Siguiendo con el anterior ejemplo de la HCPB

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE (HCPB): A toda embarazada que acuda a su control prenatal se le llenará la HCPB y se registrará en ella las 12 actividades normadas.		HCPB												Porcentaje				
Nº	Criterios del estándar	Anteclér # HOK																
1	Antecedentes personales y obstétricos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
2	Medición de talla	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
3	Examen de mamas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	95
4	Semanas de amenorrea	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
5	Medición del peso	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
6	Determinación de presión arterial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
7	Medición de la altura uterina	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
8	Auscultación de FCF a partir de las 20 S	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
9	Movimientos fetales después de 18 S	NA	NA	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
10	Aplicación de vacuna antitetánica	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	68
11	Exámenes de laboratorio (Grupo y Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO, Hemoglobina y otros en la HCPB)	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	95
12	Evaluación del estado nutricional con base en el índice de masa corporal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	95
Expediente cumple		1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Promedio global (con porcentaje %)																	53	

Instrucciones de llenado:

- 1 Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se cumple**). Si el criterio no es satisfactorio (**No se cumple**), anotar 0. Registrar **NA (No Aplica)**, en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención.
- 2 La casilla de historia clínica *cumple*, automáticamente marcará con 1 si en la historia clínica monitoreada se cumplieron todos los criterios (**exceptuando los NA**) y marcará 0 si en la historia clínica monitoreada no se cumplió alguno de los criterios del estándar.
- 3 El Promedio Global automáticamente asignará el porcentaje mensual de la medición para este estándar (se calcula a partir de la división del **total de historia clínica cumple (1)** entre el **total de historias clínicas monitoreadas X 100**)

Resumen de datos	
Expedientes que Si cumplen	10
Expedientes que NO cumplen	9
Total expedientes revisados	19

Cada número corresponde a un HCPB de Control Pre Natal monitoreado. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos de Mejoramiento Continuo del o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

4. Existen 2 tipos de puntuación en la matriz:

a. Puntuación Vertical:

- i. **Cumplimiento del Expediente:** Con relación a cada historia clínica o HCPB revisada; si tiene uno o más ceros, el expediente obtiene una puntuación de cero (0), si cumple todos los criterios y tiene la puntuación de 1 en cada uno de ellos su cumplimiento es 1. En la puntuación NA (No Aplica), la base de datos no lo toma en cuenta y no afecta la calificación de la columna.
- ii. **Promedio Global** de los cumplimientos de las 30 historias clínicas. El promedio global de cumplimiento del estándar se calcula sumando todos los 1 obtenidos en la fila de cumplimiento del expediente y se los divide entre 30 y se multiplica por 100.

b. Puntuación Horizontal:

- i. Existe un promedio horizontal, que está en relación a cada criterio del estándar medido y se calcula sumando todas las puntuaciones del criterio en las 30 historias clínicas y sacando un promedio sobre las 30 historias. Este promedio sirve para detectar problemas concretos y corregirlos con medidas operativas y oportunas.

Si obtuvo la puntuación de 1 en 29 historias clínicas, se divide 29 entre 30 (pues son 30 historias clínicas revisadas) y se multiplica por 100. Si el número tiene decimal, éste se redondea al anterior o siguiente número entero, dependiendo del decimal obtenido.

Ejemplo: En un establecimiento de salud se atendieron a solamente 19 embarazadas, por lo que se registraron las 19 historias clínicas de la siguiente manera:

Tabla 6: Tipos de puntuación de la matriz

Criterios del estándar		HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE (HCPB): Cada número corresponde a un expediente de Control Pre Natal monitoreado. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).																				Porcentaje												
		Andar # HCK	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Andar # HCK
1	Antecedentes personales y obstétricos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
2	Medición de talla	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
3	Examen de mamas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	95	
4	Semanas de amenorrea	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100	
5	Medición del peso	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100	
6	Determinación de presión arterial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100	
7	Medición de la altura uterina	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100	
8	Auscultación de FCF a partir de las 20 s	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100	
9	Movimientos fetales después de 18 s	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100	
10	Aplicación de vacuna antitetánica	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	68	
11	Exámenes de laboratorio (Grupo y Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO, Hemoglobina y otros en la HCPB)	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	95	
12	Evaluación del estado nutricional con base en el índice de masa corporal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	95	
Expediente cumple		1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	53
Promedio global (con porcentaje)																						53												

El promedio global se calcula sumando todos los 1 de esta fila y dividiéndolos entre las historias clínicas revisadas y luego multiplicando por 100.

La puntuación vertical sale automáticamente en esta fila.

El promedio global se calcula automáticamente.

Resumen de datos	
Expedientes que SI cumplen	10
Expedientes que NO cumplen	9
Total expedientes revisados	19

- Instrucciones de llenado:
- 1 Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se cumple**). Si el criterio no es satisfactorio (**No se cumple**), anotar 0. Registrar NA (**No Aplica**), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención.
 - 2 La casilla de expediente **cumple** automáticamente marcará con 1 si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios (exceptuando los NA) y marcará 0 si en el expediente monitoreado no se cumplió alguno de los criterios del estándar.
 - 3 El **Promedio Global** automáticamente asignará el porcentaje mensual de la medición para este estándar (se calcula a partir de la división del **total de Expediente Cumple (1)** entre el **total de Expedientes Monitoreados X 100**)

Cada número corresponde a un HCPB de Control Pre Natal monitoreado. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos de Mejoramiento Continuo del o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

Productos esperados del Paso 5:

- ◆ Matrices en Excel elaboradas u obtenidas del SEDES, llenadas con todos los datos encontrados en la línea de base.
- ◆ Matrices en Excel, con datos, llenadas, impresas y firmadas por el equipo de los Ciclos de Mejoramiento de la Calidad.

Paso 6

Planes de mejora de la calidad/paquetes de cambio comprometidos

Los paquetes de mejora de la calidad/paquetes de cambio son un conjunto de acciones o soluciones que dan respuesta a los problemas identificados en las mediciones de los estándares definidos.

¿Qué hacer?

1. Se recomienda una sesión de lluvia de ideas para determinar las posibles razones del porcentaje alcanzado en la medición mensual para cada estándar.

Ejemplo: Siguiendo con el caso de las Historias Clínicas Perinatales, algunas de las razones pudieron haber sido:

- ◆ No se disponen de las HCPB
 - ◆ Se llevaron al SEDES y no dejaron copias en el hospital
 - ◆ Rote de personal
 - ◆ Personal no capacitado en el llenado e interpretación adecuada de las HCPB
2. Con base en las razones, se construyen los paquetes de cambio específicos para cada una. Se puede usar una tabla como la que se muestra a continuación para visualizar el problema identificado y su solución (o cambio planteado).

Ejemplo:**Tabla 7: Paquetes de cambio para cada estándar de calidad**

Razones o problemas encontrados	Soluciones o cambios específicos
No se disponen de las HCPB.	× Asegurar HCPB en cada ambiente de atención (para ello se imprimirán o fotocopiarán dobles ejemplares).
Se llevaron al SEDES y no dejaron copias en el hospital.	
Rote de personal.	× Asegurar que el personal sea capaz de llenar y registrar correctamente las 12 actividades del HCPB.(capacitar y supervisar el llenado). × Asegurar que el personal sea capaz de identificar correctamente los factores de riesgo obstétrico (evaluar el desempeño del recurso humano).
Personal no capacitado en el llenado e interpretación adecuada de las HCPB.	
Faltan algunos equipos en los consultorios de Control Prenatal.	× Asegurar instrumentos que permitan tomar signos vitales, antropometría y cálculo del IMC (tensiómetro, fonendoscopio y cintilla).
No existen reuniones para socializar las mediciones ni para decidir las medidas correctivas.	× Asegurar que el indicador sea calculado por la persona designada en los primeros 10 días de cada mes (programar una reunión semanal y mensual del servicio para la revisión de las HCPB elegidas al azar). × Asegurar la presencia de un mural donde se grafique el cumplimiento del indicador.

Este ejercicio se debe hacer para cada uno de los estándares que se hayan definido en el paso tres (3).

Productos esperados del Paso 6:

- ◆ Tabla resumen con las razones y cambios específicos planteados, elaborada y consensuada entre el SEDES y el Equipo de Ciclos de mejora de la calidad del establecimiento de salud.

3. VERIFICACIÓN

Paso 7

Monitoreo mensual del cumplimiento de los estándares e indicadores

El monitoreo o mediciones debe hacerse de forma mensual y debe permitir al equipo tener las mediciones y datos necesarios para realizar el Paso 7 para así implementar las medidas correctivas. Al igual que en la línea de base, se revisan 30 historias clínicas o HCPB (según corresponda) del mes a monitorear. Si coincide este momento con una internación de cualquier emergencia obstétrica o neonatal proceder a la observación directa de la atención.

Muestra:

Se selecciona 30 HCPB en hospitales de segundo y tercer nivel de atención, teniendo en cuenta que el promedio de partos en estos hospitales es aproximadamente 300 por mes. En hospitales de segundo nivel rurales se atienden menos de 30 partos, por lo que se monitorea todos.

¿Qué hacer?

1. A partir de la construcción de la línea de base, el equipo se reúne mensualmente para monitorear el cumplimiento de los estándares de calidad priorizados, siguiendo la metodología de selección al azar de 30 historias clínicas para su valoración donde corresponda, de acuerdo con los criterios establecidos. Se emplean las mismas hojas de Excel que en la línea de base y se mide exactamente igual que en el Paso 5, solamente que la medición se debe hacer en los primeros 5 días del mes siguiente.

Ejemplo:

La línea de base se la hizo en mayo de 2010 (para la línea base tomamos 1 año anterior; es decir, de mayo de 2009 a mayo de 2010). Como mayo ya está incluido en la línea de base, el siguiente mes a medir es junio. La medición de junio debe contemplar todos los días del mes de junio por lo que la haremos en la primera semana de julio para contar con todas las historias clínicas del mes medido.

2. Si en el mes hubo menos de 30 consultas, se revisan todas las historias del mes. En caso que haya habido más de 30 historias para revisar, se realiza un muestreo aleatorio o al azar para seleccionar las 30 (ver Paso 5).
3. En dicha reunión, el equipo debe medir si los cambios han sido efectivos o no y proponer nuevas soluciones si no funcionaron las implementadas, o mantener las ya implementadas en caso que estas hayan sido efectivas (ver Paso 9).

Productos esperados del Paso 7:

- ◆ Matrices en Excel elaboradas u obtenidas del SEDES, llenadas con todos los datos encontrados cada mes.
- ◆ Matrices en Excel, con datos, llenadas, impresas y firmadas por el equipo de los Ciclos de Mejora de la Calidad cada mes.
- ◆ Archivo físico con las hojas de medición o monitoreo de forma mensual.

Paso 8**Graficación del monitoreo mensual de indicadores**

Se debe llevar un registro gráfico del monitoreo y mediciones mensuales de los estándares e indicadores. Para ello se debe elaborar una gráfica para cada estándar e indicador seleccionado.

Los gráficos deben cumplir con los siguientes criterios de elaboración:

1. Deben contar con un título bien definido y que indique dónde, cuándo y qué medición se está haciendo.
2. Los ejes X y Y tienen la escala adecuada (no más de 100 si es porcentaje).
3. Deben incluir la tabla de datos de donde se obtuvo la gráfica (porcentaje, numerador y denominador).
4. La leyenda no debe ir aparte sino incluida en la tabla de datos.
5. En la tabla de datos se debe incluir los valores del numerador y del denominador por cada mes.
6. Debajo de la gráfica se debe incluir la:
 - a. Definición del numerador y especificar su fuente de datos.
 - b. Definición del denominador y especificar su fuente de datos.
 - c. Técnica de muestreo utilizada.
7. Se deben anotar los cambios específicos realizados y mostrarlos como un cuadro de texto en la gráfica.

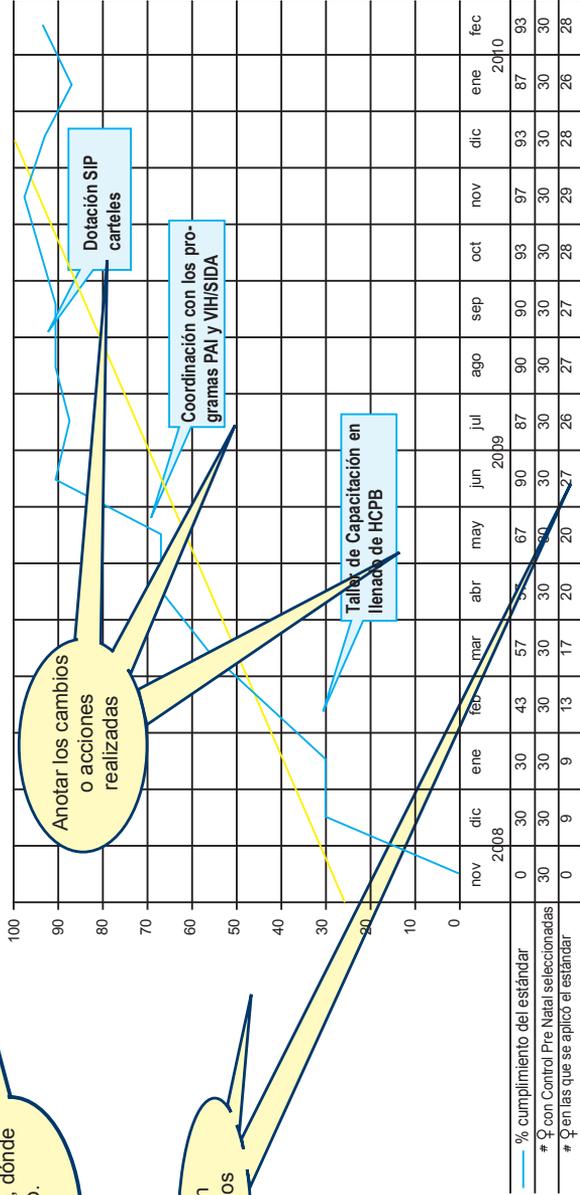
Ejemplo: Siguiendo con el ejemplo de las Historias Clínicas Perinatales Base tenemos el siguiente gráfico que muestra todos los aspectos mencionados anteriormente.

Gráfico 1:

Título claro que expresa el qué, dónde y cuándo.

Ejes bien identificados

Estándar cumplimiento del registro de las 12 actividades normadas en la HCPB de mujeres (♀) con CPN, Hospital San Juan de Dios, Oruro 2008 - 2010



Definición del Numerador: Número de mujeres que acuden a CPN a quienes aplicó el estándar (Fuente: Hojas de monitoreo del estándar)
Definición del Denominador: Número de historias clínicas revisadas en el periodo (Fuente: Expedientes Clínicos del Dpto. de Estadística del Hospital)
Técnica de Muestreo Utilizada: 30 expedientes clínicos de mujeres que realizaron su Control Pre Natal en el hospital elegidos al azar.

Paso 9

Cuadros resumen de cambios implementados

En las reuniones mensuales de medición y evaluación, como se menciona en el Paso 8, se debe evaluar la efectividad o no de las medidas y cambios adoptados. Cuando éstos son efectivos se los mantiene y cuando no son efectivos o son insuficientes se buscan otras medidas más específicas. Se debe tener cuidado en definir si las medidas fueron adecuadamente implementadas o si habiendo sido bien implementadas no dieron los resultados esperados.

Dichas experiencias deben ser sistematizadas en un cuadro resumen, como el que se detalla a continuación, a fin de reflejar los cambios exitosos y los cambios que no funcionaron o no fueron aplicados correctamente.

Tabla 8: Sistematización de cambios

Colocar el objetivo específico de mejoramiento (definido en el Paso 3) como título del cuadro			
Estándar de calidad	¿Qué cambios se hicieron?	¿Funcionó? ¿Sí o No?	¿Por qué?
Colocar el estándar que corresponda a ese objetivo de mejoramiento (ver Paso 4)	Colocar los cambios realizados	Colocar si el cambio funcionó o no	Describir brevemente ¿por qué funcionó o no funcionó el cambio?

Ejemplo: Siguiendo el ejemplo de las Historias Clínicas Perinatales Base de la fase demostrativa.

Tabla 9: Explicación de la sistematización de cambios

Estándar de calidad	¿Qué cambios se hicieron?	¿Cuándo se hicieron los cambios?	Funcionó el cambio, ¿sí o no y por qué?
Se deberá llenar la HCPN de toda embarazada que acuda a su control prenatal y registrar las 12 actividades normadas.	Socialización de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención a todo el personal del Servicio de Maternidad para su aplicación.	Marzo/2009	El personal se mostró más presto a colaborar, luego de conocer el beneficio de los ciclos de mejoramiento continuo de la calidad de atención en su trabajo. Además, se asignaron roles y responsabilidades para lograr el trabajo en equipo.
	Capacitación al personal del servicio de maternidad en el llenado correcto de la HCPB.	Abril/2009	Todo el personal del servicio fue capacitado en el manejo de la HCPB (internos, residentes y médicos) En la medición del mes siguiente ya se evidenció una mejora en la calidad de registro de las 12 actividades normadas.

Paso 10

Elaboración de informes para compartir en sesiones de aprendizaje

Cada 6 meses, el hospital asistirá a una sesión de aprendizaje con otros hospitales, donde debe compartir su monitoreo mensual de los indicadores, los paquetes implementados mes a mes, lecciones aprendidas y recomendaciones.

El informe debe contener los siguientes insumos:

1. Hojas de monitoreo mensual por cada estándar, impresas y firmadas por el equipo responsable de su elaboración.
2. Hojas de monitoreo mensual, en formato digital de Excel.
3. Cuadro de monitoreo actualizado.
4. Gráficos del Paso 8 elaborados para cada estándar y presentados en formato Power Point.
5. Cuadro resumen del Paso 10, elaborado para cada estándar y presentado en formato Power Point.

4. ACTUAR

Paso 11

Medición de impacto de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención

En el Paso 3, momento en el que se están diseñando los objetivos de mejora ya se programan los resultados esperados, los que se deben monitorear mensualmente, al igual que los indicadores.

Al igual que en el Paso 8, los gráficos deben cumplir los siguientes criterios de elaboración:

1. Deben contar con un título bien definido y que indique dónde, cuándo y que medición se está haciendo.
2. Debe ser una gráfica con doble eje Y (1 eje para cada variable)
3. Los ejes X y Y tienen la escala adecuada (no más de 100 si es porcentaje).
4. Deben incluir la tabla de datos de donde se obtuvo la gráfica (porcentaje, numerador y denominador)
5. La leyenda no debe ir aparte, sino incluida en la tabla de datos.
6. En la tabla de datos se debe incluir los valores del numerador y del

denominador por cada mes.

7. Se debe mostrar la fuente de datos en la parte inferior del gráfico.
8. Se debe elaborar un gráfico para cada estándar y resultado que se quiera reflejar.

Ejemplo:

Para la aplicación del Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) se hace el cruce con la variable de N° de unidades de sangre utilizadas y N° de casos de hemorragia, pues el resultado esperado con el MATEP es disminuir las hemorragias post parto.

Gráfico 2: Porcentaje de cumplimiento del MATEP y N° de casos de hemorragia post parto, hospital San Juan de Dios, Oruro 2011 - 2012

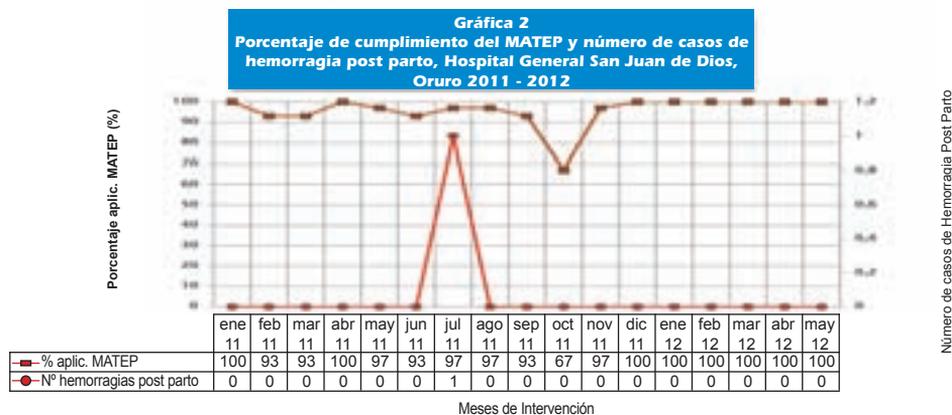
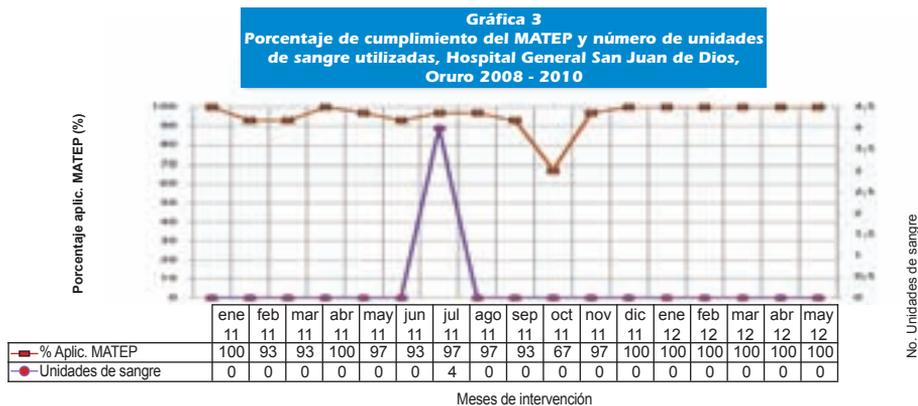


Gráfico 3: Porcentaje de cumplimiento del MATEP y N° de unidades de sangre utilizadas, Hospital San Juan de Dios, Oruro 2008 - 2010



Etapa 5 control: Supervisión, monitoreo y evaluación

La supervisión es el proceso por el cual se apoya al desempeño del personal de salud en la aplicación de los ciclos de mejoramiento de la calidad, es clave acompañar al equipo en la implementación de los paquetes de cambio. Este mecanismo permanente de seguimiento permite identificar problemas y aplicar medidas correctivas oportunas, constituyéndose en una herramienta que contribuye eficazmente al logro de las metas y a la calidad de atención.

El enfoque de la supervisión utilizado en los ciclos es de enseñanza aprendizaje como medio de motivación, tanto del supervisado como del supervisor; el supervisor comparte con los equipos de calidad de otros hospitales paquetes de cambio efectivos, lecciones aprendidas y recomendaciones

Bases para una buena supervisión

Calidad

Los supervisores deben contar con las capacidades para resolver y absolver las interrogantes del personal supervisado, realizar la actividad con eficacia, eficiencia, y obtener resultados a corto y mediano plazo.

La supervisión debe desarrollarse en un ambiente de cordialidad, de confianza y de mutuo respeto que permita un mejor intercambio de ideas.

Sistemática

La supervisión debe ser por niveles: la nacional a los sedes en forma semestral, los sedes a los hospitales en forma trimestral, con la aplicación del formulario de supervisión.

Integral

Debe ser global; es decir, se debe supervisar todos los componentes del

área, en cada uno de los niveles, verificando aplicación de normas.

Participativa

Siendo un proceso continuo de interacción entre el supervisor y los supervisados, se debe buscar involucrar a todos los miembros del equipo de salud, promoviendo e incentivando la participación de todos, escuchar sus experiencias, sus preocupaciones, para generar planes de acción con niveles de responsabilidad.

Objetivo:

Fortalecer las capacidades, destrezas y conocimientos del personal de salud, para lograr un cambio de actitud y mejorar la calidad de atención en la red de servicios de sistema de salud.

Objetivos específicos:

1. Fortalecer la capacidad técnica del recurso humano para un servicio de calidad.
2. Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica para detectar problemas oportunamente y tomar medidas inmediatas.
3. Consolidar la implementación de los paquetes de cambio los ciclos de mejora de la calidad.
4. Fortalecer el monitoreo de los estándares de los ciclos de mejoramiento de la calidad.
5. Seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de las supervisiones.

Instrumentos a utilizar

1. En la supervisión gerencial se aplicará el formulario de supervisión de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención.

Técnicas y procedimientos generales de la supervisión

1. Se combinan las técnicas de observación, revisión de registros y verificación de los datos en las fuentes de información.

2. Los supervisores deben estar provistos del formulario correspondiente.
3. Conocer el instructivo del formulario de supervisión antes de la actividad.
4. En cada lugar de supervisión (establecimiento o nivel de gestión) se llenará dos originales.
5. En el proceso de la supervisión se irán corrigiendo los problemas detectados, dentro del método de enseñanza aprendizaje, de acuerdo con las normas establecidas en la unidad.
6. Al inicio de la actividad, se debe verificar el cumplimiento de las recomendaciones de la última supervisión, registradas en la copia del formulario.
7. Al finalizar la supervisión, el equipo supervisor hará una síntesis de los hallazgos más importantes y con base en ellos se elaborará el plan de implementación de recomendaciones.
8. Se firman los instrumentos por todos los participantes, dejando una copia.
9. Los resultados de la supervisión se consolidarán en una base de datos Excel, se debe procesar y analizar cada una de las variables por niveles, comparando con anteriores supervisiones.
10. Retroalimentación de los resultados a los diferentes niveles a través de informes o boletines.
11. Se debe recomendar que los resultados tengan el análisis oportuno del equipo (establecimiento de salud, municipio y gerencia).

Modalidad I

Corresponde a la supervisión sistemática de los puntos focales de los SEDES a los hospitales de segundo y tercer nivel de atención, que cumplen con los estándares de calidad de los Ciclos de Mejoramiento Continuo.

Esta supervisión es técnico administrativa, se hará una revisión del cumplimiento de lo planificado en las actividades del año, las funciones de los equipos, cronogramas, además de la supervisión de cada uno de los estándares de calidad.

Se utilizará el formulario de supervisión en cada uno de los estableci-

mientos visitados.

Modalidad II

Corresponde a la supervisión cruzada entre SEDES, hospitales y otros establecimientos de salud, es una supervisión entre pares, es una oportunidad para hacer intercambio de experiencias, de iniciativas novedosas que pueden ser aplicadas en sus propios lugares. Es aconsejable realizarla a mitad de año o de acuerdo a necesidad, para definir estrategias complementarias de acuerdo con necesidades, posibilidades y cumplir las metas trazadas.

Los resultados de las supervisiones deberán ser analizados con una base de datos, para hacer comparaciones con anteriores supervisiones, ver tendencias y verificar implementación de recomendaciones.

Se presentará en reunión de evaluación nacional y departamental.

En el proceso de análisis se deberá:

- ◆ Determinar el impacto de las supervisiones en la calidad de los servicios.
- ◆ Comparar con anteriores supervisiones y determinar cambios.
- ◆ Elaborar informes a autoridades correspondientes.
- ◆ Proceder a la entrega de incentivos al personal.
- ◆ Reconducir procesos.
- ◆ Planificar la siguiente supervisión.

Evaluación

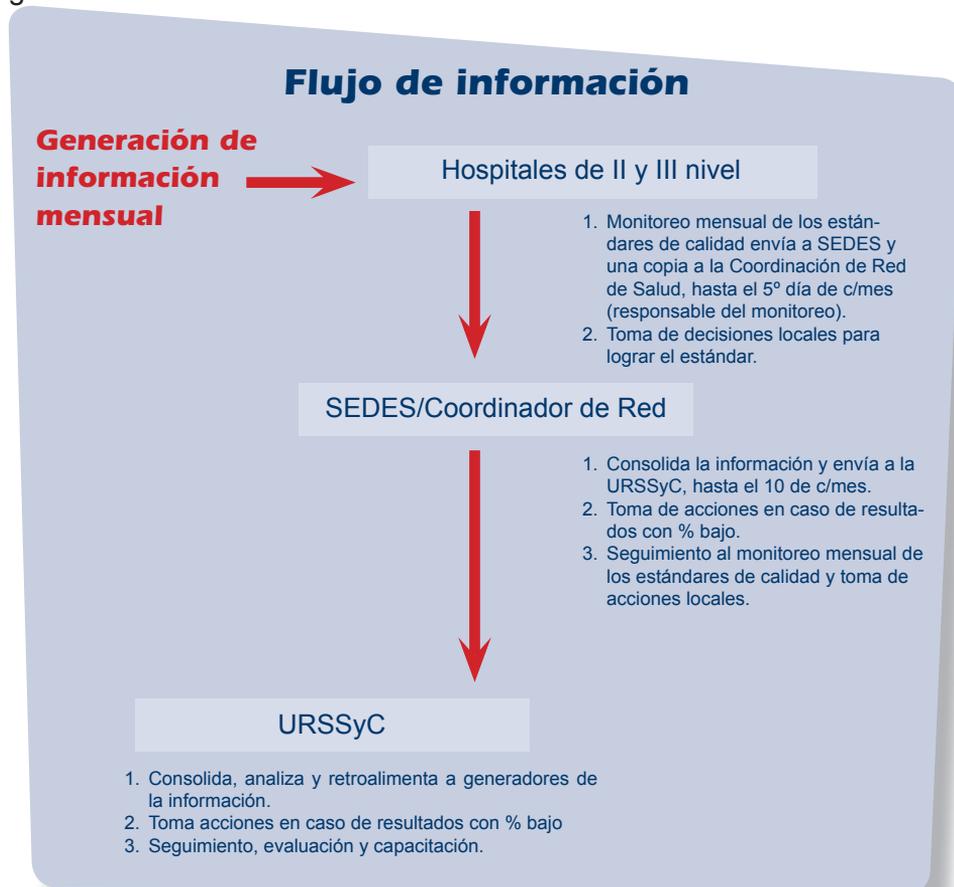
Para conocer los avances y logros de la aplicación de los ciclos de mejoramiento continuo de la calidad se realiza, de manera sistemática, procesos de evaluación. La evaluación es la comparación de los objetivos con los resultados logrados y la descripción de cómo dichos objetivos fueron alcanzados.

También sirve para reforzar paquetes de cambio o desactivarlos, detec-

tar problemas y obstáculos, hacer modificaciones y evitar errores que incrementen los resultados positivos. La evaluación nos indica qué está funcionando y qué no, qué debemos mantener y qué debemos cambiar. Las evaluaciones se constituyen en una herramienta para tomar decisiones.

Etapa 6. Retroalimentación correo, web y boletines

Se establece un flujo de información que permite la retroalimentación al generador de la información en forma mensual.





ANEXOS

ANEXOS

Anexo I

Paquete de cambio por objetivo de mejora

Objetivo general:

Contribuir a mejorar la morbilidad y mortalidad materna, mediante el cumplimiento de protocolos.

1. Objetivos específicos de mejoramiento:

Mejoramiento de la calidad en el llenado de la historia clínica de la embarazada durante el control prenatal.

Estándar:

Se deberá llenar la HCPB de toda embarazada que acuda a su control prenatal y registrar en ella las 12 actividades normadas.

Paquete de cambio sugeridos, se debe complementar con otros de acuerdo con la realidad y necesidad del establecimiento de salud:

- ◆ Asegurar la HCPB en cada ambiente de atención.
- ◆ Asegurar afiches o material impresos de las 12 actividades de la HCPB.
- ◆ Asegurar instrumentos que permitan tomar signos vitales, antropometría y cálculo del IMC.
- ◆ Asegurar que el personal sea capaz de llenar y registrar correctamente las 12 actividades de la HCPB.
- ◆ Asegurar que el personal sea capaz de identificar correctamente los factores de riesgo obstétrico.
- ◆ Asegurar que el indicador sea calculado por las personas designadas en los primeros 5 días de cada mes.
- ◆ Asegurar la exhibición de un mural donde se grafique el cumplimiento del indicador.

2. Objetivos específicos de mejoramiento:

Incrementar la oferta de la prueba rápida de VIH en el control prenatal.

Estándar:

A todas las embarazadas que acuden a su control prenatal se le brinda orientación pre y post prueba rápida del VIH, y se promueve la oferta de la prueba rápida voluntaria.

Paquete de cambio:

- ◆ Asegurar la disponibilidad permanente de pruebas rápidas para VIH.
- ◆ Garantizar el manejo adecuado y la conservación de las pruebas rápidas.
- ◆ Asegurar la disponibilidad de las fichas de consentimiento informado en cada ambiente donde se realiza el control prenatal.
- ◆ Asegurar que el establecimiento de salud cuente con los materiales educativos y de capacitación sobre consejería y realización de pruebas rápidas.
- ◆ El personal de laboratorio debe conocer y aplicar el flujograma de realización de la prueba rápida de VIH.
- ◆ Garantizar que el personal de salud conozca el flujograma de la realización de pruebas rápidas y tenga destreza y habilidades para dar consejería.
- ◆ El establecimiento de salud entrega los resultados de pruebas rápidas antes de 24 horas.
- ◆ En cada ambiente de atención se disponen de flujogramas visibles de realización de pruebas rápidas.
- ◆ Asegura en las salas de espera de atención prenatal la existencia de afiches de promoción de la prueba de VIH y PTVMI.
- ◆ Asegurar que existan los documentos para la recolección del dato de embarazadas que se realizaron las pruebas.
- ◆ Asegurar que el indicador sea calculado por las personas en los primeros 5 días de cada mes.
- ◆ Asegurar la presencia de un mural donde se grafique el cumplimiento del indicador.

3. Objetivos específicos de mejoramiento:

Incremento en el cumplimiento de la atención de calidad a embarazadas que cursan con trastornos hipertensivos del embarazo.

Estándar 1:

Toda embarazada que acude al hospital con pre eclampsia severa recibirá tratamiento de acuerdo con las normas.

Estándar 2:

Toda embarazada que acude al hospital con eclampsia recibirá tratamiento de acuerdo con las normas.

Paquete de cambio:

- ◆ Asegurar la disponibilidad de normas, protocolos y procedimientos.
- ◆ Asegurar la existencia de instrumentos para la toma de signos vitales.
- ◆ Asegurar la existencia de medios de diagnóstico.
- ◆ Asegurar el abastecimiento sin interrupción de los insumos necesarios en salas de emergencias, parto y parto, de acuerdo con la lista de verificación.
- ◆ Asegurar la existencia de antihipertensivos y anticonvulsivos, de acuerdo con la norma y lista de verificación.
- ◆ Asegurar que el personal sea capaz de identificar correctamente los factores de riesgo obstétrico.
- ◆ Asegurar que el personal que trabaja en emergencias, salas de ARO y salas de parto cuenten con normas y protocolos de atención.
- ◆ Asegurar que el personal que atiende los partos, conozca y aplica los procedimientos establecidos para la atención de embarazadas con trastornos hipertensivos del embarazo.
- ◆ Asegurar la supervisión periódica de la correcta atención por el Jefe de Servicio.
- ◆ Asegurar que el equipo de calidad discuta mensualmente los resultados de la medición del indicador, correlacionando con los datos de morbilidad y mortalidad (letalidad).
- ◆ Asegurar ayuda visual con afiches de algoritmos o material impreso de atención en salas de emergencia y de parto.
- ◆ Asegurar que el personal sea capaz de llenar y registrar correctamente las indicaciones de tratamiento.
- ◆ Asegurar que el indicador sea calculado por las personas en los primeros 5 días de cada mes.

- ◆ Asegurar la presencia de un mural donde se grafique el cumplimiento del indicador.

4. Objetivo específico de mejoramiento:

Incremento en el llenado e interpretación adecuada del partograma.

Estándar:

A toda embarazada en trabajo de parto se le deberá llenar e interpretar correctamente el partograma modificado de la OMS.

- ◆ Asegurar que existan partogramas en las salas de parto.
- ◆ Asegurar que el personal médico sea capaz de llenar correctamente.
- ◆ Asegurar que el personal sea capaz de reconocer la línea de acción del partograma modificado de la OMS y tomar decisiones.
- ◆ Asegurar la supervisión periódica del correcto llenado del partograma, por el Jefe de Sala.
- ◆ Asegurar que el equipo de calidad discuta mensualmente los resultados de la medición del indicador, correlacionando con los casos de asfixia.
- ◆ Asegurar la presencia de un mural donde se grafique el cumplimiento del indicador.

5. Objetivo específico de mejoramiento:

Incremento del cumplimiento del MATEP.

Estándar:

Toda mujer en el tercer periodo del parto debe recibir MATEP: Oxitocina 10UI IM, tracción controlada del cordón y masaje uterino.

Paquete de cambio:

- ◆ Asegurar que la sala de parto cuente permanentemente con oxitocina sin ninguna interrupción del abastecimiento.
- ◆ Asegurar la conservación de la oxitocina en la temperatura recomendada por el fabricante.
- ◆ Asegurar que el personal que atiende partos conoce y aplica los 3 procedimientos establecidos en el MATEP.
- ◆ Asegurar que el personal que trabaja en sala de partos cuente con normas y protocolos.

- ◆ Asegurar la observación del cumplimiento del MATEP.
- ◆ Asegurar ayuda visual con afiches de algoritmos del MATEP en salas de parto.
- ◆ Asegurar que el equipo de calidad discuta mensualmente los resultados de la medición del indicador.
- ◆ Asegurar la exhibición de un mural donde se grafique el cumplimiento del indicador.
- ◆ Asegurar que el equipo local de mejoramiento de la calidad obtenga y registre las tasas de letalidad por hemorragias post parto, mensualmente.
- ◆ Organizar y asegurar que en las primeras 2 horas del puerperio se realice la toma de signos vitales cada 30 minutos, loquios, contracción uterina y sangramiento.

6. Objetivos específicos de mejoramiento:

Mejorar la calidad de la AIRN con el cumplimiento del pinzamiento tardío de cordón, manejo de normotermia y apego precoz.

Estándar:

A todo recién nacido se le aplica correctamente el pinzamiento tardío de cordón, el manejo adecuado de normo terapia y apego precoz.

Paquete de cambio:

- ◆ Asegurar insumos e instrumentos que permitan la atención adecuada del RN (equipo de reanimación y fuente de calor).
- ◆ Asegurar calefacción en el ambiente de atención de parto.
- ◆ Asegurar que el personal conozca la importancia del ligado tardío de cordón y apego precoz.
- ◆ Asegurar personal calificado en atención inmediata de RN.
- ◆ Asegurar presencia de algoritmos de atención inmediata y reanimación neonatal.
- ◆ Asegurar que el equipo de calidad discuta mensualmente los resultados de la medición del indicador.
- ◆ Asegurar la exhibición de un mural donde se grafique el cumplimiento del indicador.
- ◆ Asegurar que en la historia clínica se registre la realización de pinzamiento tardío de cordón, el apego precoz y la temperatura, además

de los otros parámetros ya normados (peso, talla, PC, apgar, P. torácico. EG).

7. Objetivos específicos de mejoramiento:

Asegurar el manejo correcto del recién nacido con asfixia.

Estándar:

Personal que atiende RN aplica correctamente los pasos del algoritmo de reanimación de neonatal para el manejo de asfixia.

Paquete de cambio:

- ◆ Asegurar el equipamiento necesario para reanimación neonatal.
- ◆ Asegurar el cumplimiento del partograma para la detección temprana de la asfixia.
- ◆ Asegurar que el personal tenga habilidades en el manejo de la asfixia neonatal.
- ◆ Asegurar disponibilidad y utilización de algoritmos y afiches de reanimación neonatal en salas de parto.
- ◆ Establecer mecanismos de coordinación efectivas entre gineco-obstetras y pediatras para la atención en equipo de manera oportuna, con énfasis en ARO.
- ◆ Discusión técnica de casos de asfixia por equipo de Gineco - Obstetras y pediatras.
- ◆ Construcción y análisis de tasas de letalidad por asfixia.
- ◆ Asegurar que el equipo de calidad discuta mensualmente los resultados de la medición del indicador, correlacionando con los casos de asfixia.
- ◆ Asegurar la exhibición de un mural donde se grafique el cumplimiento del indicador.

8. Objetivo específico de mejoramiento:

Asegurar el manejo correcto del recién nacido con sepsis.

Estándar:

A todo recién nacido con diagnóstico con sepsis se le aplica el estándar de atención establecido de acuerdo con el protocolo.

Paquete de cambio:

- ◆ Asegurar que el hospital cuente con pruebas de laboratorio básicas para el diagnóstico de sepsis neonatal (hemograma, PCR, cultivos, RPR, bilirrubinas séricas, etc.) las 24 horas, con personal capacitado. Capacitación al personal en toma de muestra (equipo para micrométodo).
- ◆ Asegurar la dotación de medicamentos para sepsis neonatal.
- ◆ Asegurar que el personal conozca los estándares de calidad, protocolos nacionales de sepsis.
- ◆ Asegurar que las definiciones del estándar de calidad de sepsis neonatal sean registradas en el expediente clínico.
- ◆ Asegurar la presencia de algoritmos de manejo de sepsis neonatal.
- ◆ Asegurar que el equipo de calidad discuta mensualmente los resultados de la medición del indicador.
- ◆ Asegurar la exhibición de un mural donde se grafique el cumplimiento del indicador de sepsis.
- ◆ Contar con una historia Clínica Neonatal Única.

9. Objetivo específico de mejoramiento:

Asegurar el manejo correcto del recién nacido prematuro.

Estándar:

A todo recién nacido prematuro se le aplica el estándar de atención establecido, de acuerdo con el protocolo.

Paquete de cambio:

- ◆ Asegurar que el hospital cuente con salas de parto y/o quirófano con el siguiente equipamiento: Calefacción, cuna radiante, oxímetro de pulso, reanimador con pieza en T, bolsa de reanimación neonatal, colchón térmico, CPAP, mezclador de oxígeno, bolsas plásticas.
- ◆ Asegurar la presencia del personal capacitado las 24 horas.
- ◆ Asegurar la dotación de incubadora de transporte.
- ◆ Asegurar la dotación permanente de medicamentos e insumos (surfactante, catéteres, drogas vasoactivas, etc.)

- ◆ Asegurar que el personal de salud conozca el protocolo de manejo del prematuro.
- ◆ Asegurar que las definiciones del estándar de calidad de manejo del prematuro sean registradas en la historia clínica.
- ◆ Asegurar la presencia de algoritmos del manejo del prematuro.
- ◆ Asegurar que el equipo de calidad discuta mensualmente los resultados de la medición del indicador.
- ◆ Asegurar la presencia de un mural donde se grafique el cumplimiento del estándar.

10. Objetivo específico de mejoramiento:

Asegurar el manejo correcto del desnutrido agudo grave.

Estándar:

El personal de salud aplica correctamente los 10 pasos de manejo del desnutrido grave, de acuerdo al protocolo.

Paquete de cambio:

- ◆ Garantizar la disponibilidad de equipos para la toma de signos vitales y medición de peso y talla en la sala de emergencia, consulta externa y salas de internación.
- ◆ Asegurar en las salas de emergencia y de internación un stock mínimo de soluciones, glucosa y medicamentos para la atención del desnutrido severo.
- ◆ Asegurar en cada ambiente de atención la disponibilidad de afiches con algoritmos de la atención.
- ◆ Asegurar fuente de calor en el desnutrido agudo grave para la prevención de hipotermia.
- ◆ Eliminar barreras en la emergencia que impidan la captación temprana y oportuna del desnutrido.
- ◆ Asegurar que cada personal de salud disponga de las normas y protocolos de atención y aplique las normas de atención del desnutrido severo.
- ◆ Asegurar que el laboratorio clínico priorice los resultados del desnutrido.

- ◆ Asegurar que el personal de salud a cargo de la atención de desnutridos sea capaz de aplicar la norma.
- ◆ Vigilar la correcta aplicación de los estándares de crecimiento de la OMS y su registro en la historia clínica.
- ◆ Vigilar la disponibilidad y llenado de los instrumentos de seguimiento del desnutrido agudo grave.
- ◆ Asegurar que el equipo de calidad analice mensualmente el resultado de la medición del indicador.
- ◆ Asegurar la exhibición de un mural donde se grafique el cumplimiento del indicador.

11. Objetivo específico de mejoramiento:

Mejorar el manejo de niños menores de 5 años con neumonía adquirida en la comunidad.

Estándar:

El personal de salud maneja correctamente los casos de neumonía grave y muy grave, de acuerdo con el protocolo.

Paquete de cambio:

- ◆ Garantizar la disponibilidad de equipos para la toma de signos vitales, medición de peso y talla en la sala de emergencia, consulta externa y sala de internación.
- ◆ Asegurar en las salas de emergencia y de internación un stock mínimo de medicamentos y equipos para el manejo de insuficiencia respiratoria.
- ◆ Asegurar en cada ambiente de atención la disponibilidad de afiches con algoritmos de la atención.
- ◆ Asegurar que cada personal de salud disponga y aplique las normas y protocolos de atención de los niños y niñas con neumonía grave.
- ◆ Asegurar la captación oportuna de los niños con neumonía en las salas de emergencia y de consulta externa.
- ◆ Concentrar a los niños con neumonía grave en un espacio común con recursos humanos para su vigilancia clínica.

- ◆ Vigilar la disponibilidad y llenado de los instrumentos de seguimiento.
- ◆ Asegurar que el equipo de calidad analice mensualmente el resultado de la medición del indicador.
- ◆ Relacionar cumplimiento de protocolos con tasa de letalidad por neumonías.
- ◆ Asegurar la exhibición de un mural donde se grafique el cumplimiento del indicador.
- ◆ Asegurar el uso de oxímetro de pulso para el diagnóstico y seguimiento de hipoxemia.

ANEXO II

Fichas de recolección de datos para el monitoreo

ANEXOS

N°		Criterios	Porcentaje																														
			Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX												
1		Embarazadas que se realizan la prueba rápida de VIH con consentimiento informado, orientación pre y post prueba, registrada en historia clínica.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
		Expediente cumple																															
			Promedio global (con porcentaje %)																														

Instrucciones de llenado:

- 1 Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se cumple**). Si el criterio no es satisfactorio (**No se cumple**), anotar 0. Registrar **NA (No Aplica)**, en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención.
- 2 La casilla de historia clínica *cumple* marcará automáticamente con 1 si en la historia clínica monitoreada se cumplieron todos los criterios (**exceptuando los NA**) y marcará 0 si en la historia clínica monitoreada no se cumplió alguno de los criterios del estándar.
- 3 El Promedio Global asignará automáticamente el porcentaje mensual de la medición para este estándar (se calcula a partir de la división del **total de historia clínica cumple (1)** entre el **total de historias clínicas monitoreadas X 100**)

Resumen de datos	
Expedientes que Sí cumplen	0
Expedientes que NO cumplen	0
Total expedientes revisados	0

Cada número corresponde a un HCPB de Control Pre Natal monitoreado. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos de Mejoramiento Continuo del o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

ENTREGA DE RESULTADOS EN 24 HORAS: Cada número corresponde a un registro de embarazada en el cuaderno de laboratorio, el incumplimiento de la norma de entrega de resultados de la PR de VIH es una falla de la Calidad de Atención		Porcentaje																														
		Anotar # HCIX																														
Nº	Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Promedio global (con porcentaje %)
2	Embarazadas que conocen el resultado de su prueba rápida de VIH dentro de las 24 horas siguientes.																															
	Expediente cumple																															

Instrucciones de llenado:

- 1 Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se cumple**). Si el criterio no es satisfactorio (**No se cumple**), anotar **0**. Registrar **NA (No Aplica)**, en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención.
- 2 La casilla de historia clínica *cumple* marcará automáticamente con 1 si en la historia clínica monitoreada se cumplieron todos los criterios (**exceptuando los NA**) y marcará 0 si en la historia clínica monitoreada no se cumplió alguno de los criterios del estándar.
- 3 El Promedio Global asignará automáticamente el porcentaje mensual de la medición para este estándar (se calcula a partir de la división del **total de historia clínica cumple (1)** entre el **total de historias clínicas monitoreadas X 100**)

Resumen de datos	
Expedientes que Sí cumplen	0
Expedientes que NO cumplen	0
Total expedientes revisados	0

Cada número corresponde a un HCPB de Control Pre Natal monitoreado. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos de Mejoramiento Continuo del o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallas de la Calidad de Atención).

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE (HCPB): Toda mujer en el tercer periodo del parto debe recibir MATEP: Oxitocina 10UI IM, tracción controlada del cordón y masaje uterino.		Promedio global (con porcentaje %)																														
N°	Criterios del estándar	Porcentaje																														
		Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX	Anotar # HCIX											
1	Antecedentes personales y obstétricos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
2	Medición de talla																															
3	Examen de mamas																															
4	Semanas de amenorrea																															
5	Medición del peso																															
6	Determinación de presión arterial																															
7	Medición de la altura uterina																															
8	Auscultación de FCF a partir de las 20 S																															
9	Movimientos fetales después de 18 S																															
10	Aplicación de vacuna antitetánica																															
11	Exámenes de laboratorio (Grupo y Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO, hemoglobina y otros en la HCPB)																															
12	Evaluación del estado nutricional con base en el índice de masa corporal																															
Expediente cumple																																

Instrucciones de llenado:

- 1 Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se cumple**). Si el criterio no es satisfactorio (**No se cumple**), anotar 0. Registrar **NA (No Aplica)**, en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención.
- 2 La casilla de historia clínica *cumple* marcará automáticamente con 1 si en la historia clínica monitoreada se cumplieron todos los criterios (**exceptuando los NA**) y marcará 0 si en la historia clínica monitoreada no se cumplió alguno de los criterios del estándar.
- 3 El Promedio Global asignará automáticamente el porcentaje mensual de la medición para este estándar (se calcula a partir de la división del **total de historia clínica cumple (1)** entre el **total de historias clínicas monitoreadas X 100**)

Cada número corresponde a un HCPB de Control Pre Natal monitoreado. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos de Mejoramiento Continuo del o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallas de la Calidad de Atención).

MONITOREO DE LA INICIATIVA HOSPITALES AMIGOS DE LA MADRE Y NIÑEZ (HAMIN): Cada número corresponde a un servicio monitoreado en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención)									
N°	Criterios	Maternidad	Neonatología	Pediatría	Consulta Externa	Servicio xxxx	Servicio xxxx	Servicio xxxx	Porcentaje
1	El establecimiento de salud cuenta con una norma sobre LM que incluye la ley y el DS, y los 11 pasos de la iniciativa, y que está disponible (verificar).								
2	El establecimiento de salud cuenta con un plan de capacitación para todo el personal en ejecución (verificar con el Comité de Lactancia).								
3	Observar en salas de puerperio que no se dan biberones ni chupones de distracción a bebés que están amamantando.								
4	Verificar que no hay material de promoción de suscdáneos de la LM en consultorios, en salas y pasillos de maternidad, pediatría y neonatología.								
5	Registro de la sesión práctica de cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, aún si tienen que separarse de sus bebés. Observar.								
Servicio cumple									Promedio global (con porcentaje %)

Instrucciones de llenado:

- 1 Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No se cumple), anotar 0. Registrar NA (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención.
- 2 La casilla de historia clínica *cumple* marcará automáticamente con 1 si en la historia clínica monitoreada se cumplieron todos los criterios (exceptuando los NA), y marcará 0 si en la historia clínica monitoreada no se cumplió alguno de los criterios del estándar.
- 3 El Promedio Global asignará automáticamente el porcentaje mensual de la medición para este estándar (se calcula a partir de la división del total de historia clínica cumple (1) entre el total de historias clínicas monitoreadas X 100)

Cada número corresponde a un HCPB de Control Pre Natal monitoreado. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos de Mejoramiento Continuo del o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

Resumen de datos	
Expedientes que SI cumplen	
Expedientes que NO cumplen	
Total expedientes revisados	

Anexo III

Metodología de la elaboración de la línea de base

Metodología de la línea de base:

Selección aleatoria sistemática de historias clínicas de los servicios de control prenatal, de maternidad, neonatología y pediatría.

En cada servicio se eligen 30 historias de un año. La primera historia clínica se elige por el último número de la serie de un billete, para las siguientes historias se van sumando una constante obtenida de la división del número total de historias clínicas entre 30, cuando la historia no se encuentra disponible se toma la siguiente.

Una vez seleccionadas las historias clínicas, se procede a examinarlas para determinar el cumplimiento de los criterios de cada uno de los estándares de calidad, llenando para ello la ficha electrónica en Excel de recolección de datos, colocando el N° 1 cuando se cumple, cero (0) cuando no se cumple y un NA cuando no aplica; la existencia de un solo cero en algún criterio del estándar de calidad produce, de manera automática, un cero al cumplimiento en toda la historia clínica (Anexo II).

En cada ficha de recolección de datos se calcula, de manera automática, el promedio de las 30 historias, horizontalmente un promedio de cada criterio y verticalmente el promedio global de cumplimiento del estándar, el que es graficado en el monitoreo mensual.

El promedio horizontal sirve para detectar problemas concretos y corregirlos con medidas operativas y oportunas.

Anexo IV

Instrucciones para el monitoreo del partograma de la OMS modificado

INFORMACIÓN SOBRE LA PARTURIENTA: Nombre completo, gravidez, paridad, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso, y la hora de rotura o el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas (si ocurrió antes de comenzar el registro gráfico en el partograma).

FRECUENCIA CARDIACA FETAL: Registre cada media hora. Escuche el corazón fetal, inmediatamente después del momento más fuerte de la contracción. La mujer debe estar recostada boca arriba.

LÍQUIDO AMNIÓTICO: Registre el aspecto del líquido amniótico, luego de cada examen vaginal:

- **I:** membranas intactas;
- **R:** momento de la rotura de membranas;
- **C:** membranas rotas, líquido claro;
- **M:** líquido con manchas de meconio;
- **S:** líquido con manchas de sangre.

MOLDEAMIENTO DE LA CABEZA FETAL:

- 1. Suturas lado a lado.
- 2. Suturas superpuestas, pero no reductibles.
- 3. Suturas superpuestas y no reductibles.

DILATACIÓN DEL CUELLO UTERINO:

Después de cada tacto, registre con una (X), en el espacio pertinente, la dilatación del cuello uterino. No inicie el registro gráfico si la dilatación es menor a 4 cm (una de las "X" con una línea continua). Si el trabajo del parto progresa bien, el registro de la gráfica permanece a la izquierda o sobre la línea de alerta. Si la gráfica atraviesa la línea de alerta, es posible que el trabajo de parto se esté prolongando; por lo tanto, intensifique la vigilancia de la madre y el feto, y haga planes para una intervención

apropiada o referencia, si fuera necesario. Si la gráfica llega hasta la línea de acción o la atraviesa, indica que la respuesta del servicio está retrasada.

Línea de alerta: se inicia la línea a partir de los 4 cm de la dilatación del cuello uterino hasta el punto de dilatación total esperada, a razón de 1 cm por hora.

Línea de acción: es paralela a la línea de alerta y 4 horas a la derecha de la misma.

EVALUACIÓN DEL DESCENSO DE LA CABEZA FETAL MEDIANTE PALPACIÓN ABDOMINAL:

Se refiere a la parte de la cabeza (dividida en cinco partes) palpable por encima de la sínfisis del pubis; se registra como un círculo (O) en cada examen abdominal. A 0/5, el sincipicio (S) está a nivel de la sínfisis del pubis.

N° DE HORAS: Se refiere al tiempo transcurrido desde que inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado).

HORA REAL: Registre la hora en la cual está realizando la atención del trabajo de parto.

Si la parturienta ingresa con menos de 4 cm de dilatación los controles de PA, contracciones descenso de la cabeza fetal, dilatación cervical regístrelos en la sección de parto de la historia clínica. Si ingresa con más de 4 cm, marque el punto correspondiente al primer control sobre la línea de alerta a la altura de los centímetros de dilatación; y en el espacio correspondiente a la hora, marque 0 a la altura de los cm de dilatación del primer control.

CONTRACCIONES UTERINAS EN 10 MINUTOS: Registre gráficamente cada media hora, cuente el número de contracciones durante un período de 10 minutos y la duración de las mismas en segundos.

- Menos de 20 segundos: 
- Entre 20 y 40 segundos: 
- Mas de 40 segundos: 

OXITOCINA: Cuando se utiliza, registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquidos IV en gotas por minuto, cada 30 minutos.

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS Y LÍQUIDOS IV: Registre cualquier medicamento adicional que se administre.

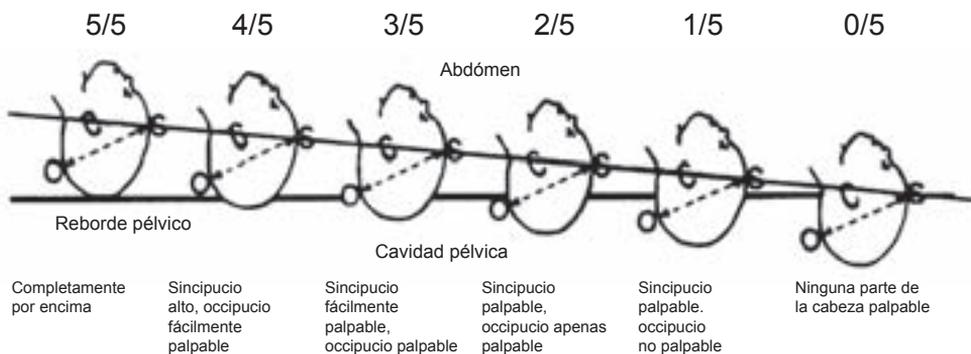
PULSO: Registre cada 30 minutos y marque con un punto (.).

PRESIÓN ARTERIAL: Registre cada 3 horas o más seguido, si está elevado. Marque con flechas.

TEMPERATURA: Registre cada 2 horas.

PROTEÍNAS, CETONAS Y VOLUMEN: Registre cada vez que se produce orina.

OTROS DATOS: Registre la temperatura de la mujer cada dos horas, o con más frecuencia si está elevada. Registre los detalles de parto (terminación, fecha y hora, peso, talla y APGAR al nacer), en el espacio, a la derecha de la línea de acción.



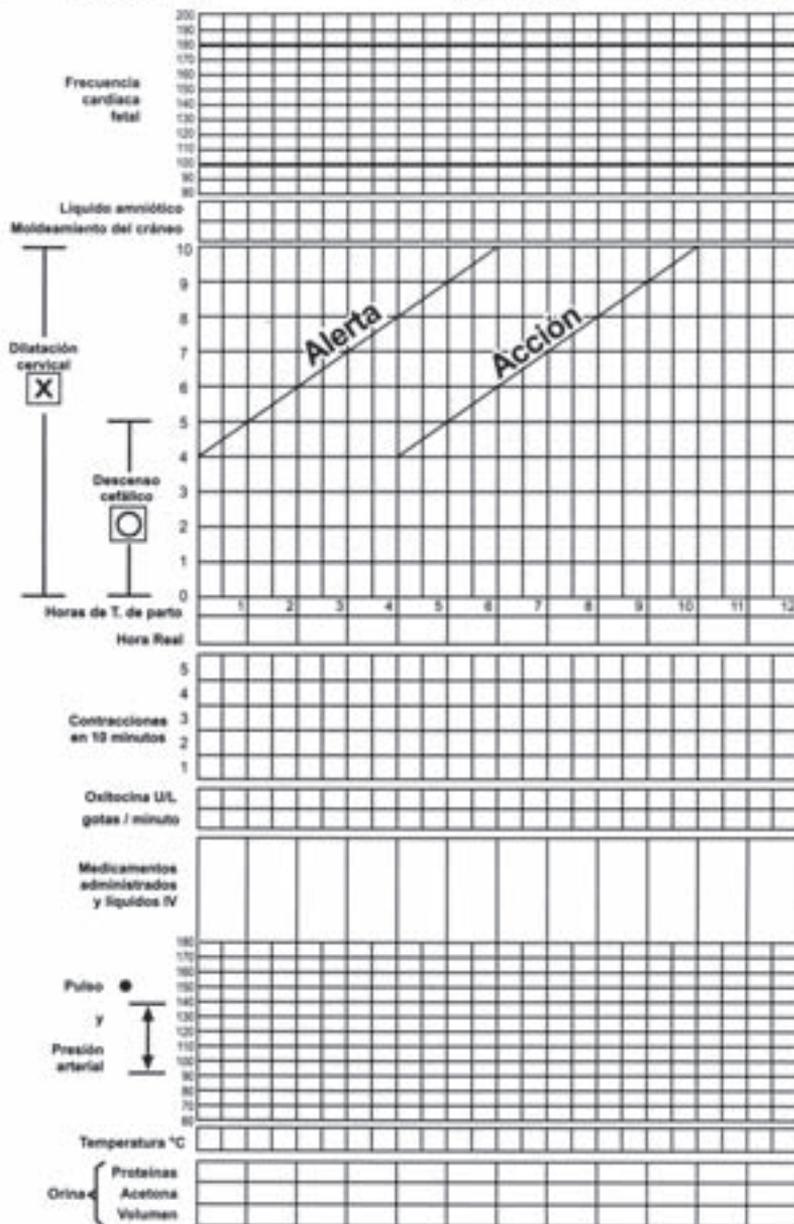


MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

Nombre _____ Gesta _____ Para _____ N° H. Clínica _____

Fecha de ingreso _____ Hora de ingreso _____ Membranas rotas _____ hora(s) _____



Anexo V

Cuadro de Monitoreo Ciclos Mejoramiento de Calidad de Atención Materno Infantil

SEDES: _____ Red de Salud: _____ Municipio: _____

Nombre Establecimiento: _____ Gestión _____

I. Información Anual

Nivel de Atención		1 ^{er}	2 ^{do}	3 ^{er}	Fecha de Acreditación según nivel:		
Servicios Ofertados		Si	No	N° Camas			
1.	Cuidados Intensivos Neonatales						
2.	Cuidados Intensivos Pediátricos						
3.	Cuidados Intensivos del Adulto						
Cuenta con:		Si	No	En proceso			
4.	Banco de Sangre						
5.	Unidad Transfusional						
6.	Laboratorio						
7.	Ecografía						
8.	Rayos X						
9.	Farmacia						
10.	Lactario						
11.	Consultorio Lactancia Materna						

Datos Hospital	N°	Estado
Total Médicos		
Total Lic. Enfermería		
Total Aux. Enfermería		
Total otro personal salud (laboratorio, trabajo social)		
Total personal apoyo administrativo		
Total Camas		
Camas Maternidad		
Camas Pediatría		
Incubadoras		
Incubadoras Transp.		
Cunas Radianes		
Kits Reanim. Neon.		

II. Información Mensual

Datos del Hospital													
Datos Estadísticos	Fuente	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
# Consultas Externas Pediatría													
# Consultas Pre Natales													
# Partos atendidos													
# Nacimientos atendidos													
# Internaciones Pediatría													
# Internaciones Maternidad													
# Prematuros internados													
# Trastornos Hipert. Emb. Atendidos													
# Neumonías Graves atendidas													
# Neumonías muy Graves Atendidas													
# Desnutridos Agudos Grave Atendidos													
Datos Mortalidad y Letalidad	Fuente	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
# Muertes Maternas													
# Muertes maternas por hemorragia													
# Muertes maternas por THE													
# Muertes maternas por sepsis puerperal													
# Muertes Neonatales													
# Muertes Neonatales por asfixia													
# Muertes Neonatales por Sepsis													
# Muertes Neonatales por prematuridad													
# Muertes Neonatales por Malformaciones congénitas													
# Muertes por Neumonía													
# Muertes por Desnutrición aguda grave													

III. Consolidado Mensual de Estándares de Calidad

Datos Monitoreo Mensual													
% Medición Indicador	Sigla	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Historia Clínica Perinatal Básica	HCPB												
Partograma	PRTGRM												
Manejo Activo Tercera Etapa Parto	MATEP												
Prueba Rápida VIH	PR-VIH												
Entrega Resultados PR VIH en 24 horas	ER-PRVIH												
Pre eclampsia	THEmb												
Eclampsia	THEmb												
Atención Inmediata del Recién Nacido	AIRN												
Reanimación Neonatal	Rean-Neo												
Manejo Sepsis neonatal	SepN												
Manejo del Recién Nacido Prematuro	Premat												
Manejo del Desnutrido Agudo Grave	DNT-Gr												
Manejo Neumonía Grave y muy Grave	Neumo-Gr												
IHAMN, servicio	IHAMN												
IHAMN, expediente	IHAMN												

Firma SEDES

Firma Director Hospital

SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AIRN	Atención Inmediata al Recién Nacido
APGAR	Apariencia, Pulso, Gesticulación, y Respiración
ARO	Alto Riesgo Obstétrico
CAI	Comité de Análisis de la Información
COE	Cuidados Obstétricos de Emergencia
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia
CP	Control Prenatal
DGSS	Dirección General de Servicios de Salud
EESS	Establecimientos de Salud
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
HPME	Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo
HCPB	Historia Clínica Perinatal Básica
IHAMN	Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y la Niñez
IMC	Índice de Masa Corporal
MATEP	Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto
MMyN	Mortalidad Materna y Neonatal
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
NA	No Aplica
NNAC	Normas Nacionales de Atención Clínica
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
POA	Plan Operativo Anual
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SIP	Sistema Informático Perinatal
SMPyN	Salud Materno Perinatal y Neonatal
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (por sus siglas en inglés)
URSSyC	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
VE	Vigilancia Epidemiológica
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

La salud... un derecho para vivir bien