

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



ESTRATEGIA DE LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNA, NEONATAL E INFANTIL EN HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN, DEL SUBSISTEMA PÚBLICO DE BOLIVIA.

**POSTULANTE: Dra. Carla Andrea Parada Barba
TUTOR: Lic. Lexin Arandia**

Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum en Salud Pública mención Gerencia en Salud

La Paz - Bolivia
2015

DEDICATORIA

A mi mamá Gaby, a mi abuelita Pabla, por su incansable apoyo y motivación diaria y a mi viejito del cielo Ciro Barba. A mis dos hijos Rafaella y Leonardo, por la inspiración y la razón de ser de todo el empeño puesto para que se sientan orgullosos de su madre.

AGRADECIMIENTOS

A mis colegas, el equipo de trabajo del Ministerio de Salud, por su apoyo y predisposición para la elaboración del trabajo de investigación, sin ellos la conclusión de esta cometido no hubiese sido posible.

INDICE

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
1. ANTECEDENTES.....	11
2. JUSTIFICACION.....	12
3. MARCO TEORICO.....	15
3.1. Atención en Salud Materna y Neonatal.....	15
3.2. Gestión de Calidad en la atención de salud.....	16
4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	22
4.1. Hechos observables.....	22
4.2. Identificación del problema.....	27
4.3. Análisis Del Problema.....	28
4.3.1 Demora en decidir la búsqueda de la atención.....	28
4.3.2 Demora en identificar y acceder a un servicio de salud.....	28
4.3.3 Demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno;.....	28
5. HIPOTESIS.....	29
6. OBJETIVOS DE LA INGESTIGACION.....	30
6.1 Objetivo General.....	30
6.2 Objetivos Específicos.....	30
7. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	30
7.1. Tipo de Estudio.....	30
7.2 Universo.....	31
7.3. Muestra del Estudio.....	32
7.4. Definición de Variables.....	32

7.5. Técnicas de Recolección de Información	33
7.6. Análisis de la Información.....	33
8. RESULTADOS Y ANALISIS	38
9. CONCLUSIONES	48
10. RECOMENDACIONES.....	49
11. PROPUESTA DE INTERVENCION.....	51
12. BIBLIOGRAFIA	85

INDICE DE CUADROS

CONTENIDO	PÁGINA
CUADRO 1. CLASIFICACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA. COMPARATIVO ENTRE DIFERENTES PAÍSES	16
CUADRO 2. FACTORES SOCIO ECONÓMICOS Y CULTURALES QUE AFECTAN A LAS DEMORAS	22
CUADRO 3. HOSPITALES DONDE SE LLEVÓ A CABO EL ESTUDIO. BOLIVIA 2013	31
CUADRO 4. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES, EN LOS 42 HOSPITALES DONDE SE LLEVÓ A CABO EL ESTUDIO.	32
CUADRO 5. PLAN DE IMPLEMENTACION DE LA PROPUESTA	76

INDICE DE GRAFICOS

CONTENIDO	PÁGINA
GRAFICO 1. RAZON DE MORTALIDAD MATERNA EN BOLIVIA. 1989-2015	17
GRAFICO 2. EVOLUCION DE LA MORTALIDAD NEONATAL INFANTIL Y DE LA NIÑEZ EN BOLIVIA. 1989-2015	18
GRAFICO 3. CAUSAS DE MUERTE MATERNA. BOLIVIA 2002	19
GRAFICO 4. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL, BOLIVIA 2002	19
GRAFICO 5. TIPOS DE PUNTUACION DE LA MATRIZ	30
GRAFICO 6. ESTANDAR DE HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE. Promedio de Enero-Diciembre 2013	33
GRAFICO 7. ESTANDAR DE PARTOGRAMA. BOLIVIA 2015	34
GRAFICO 8. ESTANDAR DE MAMEJO ACTIVO TERCERA ETAPA PARTO. BOLIVIA 2013.	35
GRAFICO 9. ESTANDAR DE PRUEBA RAPIDA DE VIH. BOLIVIA 2013	36
GRAFICO 10. ESTANDAR DE AIRN (ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO). BOLIVIA 2013	37
GRAFICO 11. ESTANDAR DE REANIMACION NEONATAL. BOLIVIA 2013.	37
GRAFICO 12. ESTANDR DE SEPSIS NEONATAL. BOLIVIA 2013	38
GRAFICO 13. ESTANDAR DEL DESNUTRIDO AGUDO GRAVE. BOLIVIA 2013.	39
GRAFICO 14. ESTANDAR DE NEUMONIA. BOLIVIA 2013	40

RESUMEN

Bolivia tiene las tasas de mortalidad aun elevadas, poniéndola en entre las primeras del continente, dejándola en un escenario de la salud pública, que genera intensa preocupación social. Esta situación se intensifica porque las causas de muertes, están condicionadas a factores ligados a las condiciones de vida, determinantes de la salud y fundamentalmente a la capacidad de respuesta que existe en el sistema de salud.

Se habla en el quehacer de la salud, que las elevadas tasas de complicaciones obstétricas y neonatales en los Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención del Subsistema Público se deben fundamentalmente a las tres demoras establecidas para el manejo de la mujer y el recién nacido. Esta situación genera un desafío a la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, demostrando que es todavía insuficiente; siendo que su misión principal es en primer lugar, recolectar la información pertinente para el análisis de la misma y en segundo lugar, posibilitar el desarrollo de programas de salud pública de tal forma que sirva de base para la formulación de recomendaciones y acciones específicas.

El presente trabajo de investigación pretender identificar cuáles serían los factores que influyen en las complicaciones obstétricas y neonatales en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención en salud. Asimismo, se buscará determinar el grado de aplicación de la normativa vigente, mediante la implementación de estándares e indicadores.

INTRODUCCIÓN

La Constitución Política del Estado Plurinacional asume como marco de referencia el Vivir Bien y la concepción social del proceso salud enfermedad, señalando el rol de lo biológico como parte de una relación dialéctica entre fuerzas determinantes más amplias y la posibilidad de que existan fenómenos singulares en los individuos.

Estos son los ejes que orientan conceptualmente las alternativas estratégicas y programáticas que han orientado la fundamentación y el repensar de las relaciones entre los diversos niveles en los que se desarrolla el proceso salud-enfermedad: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación, recuperación, desde la epidemiología, la salud pública y la protección social.

La OMS 1946 define a la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.

Los grandes hitos que debe alcanzar el sector salud boliviano en la hora actual son¹:

- La eliminación de la exclusión social en salud, con igualdad y equidad;
- La mejora de los servicios de salud en el marco del Sistema Único y de la política sanitaria de Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI;
- La transformación de las determinantes de la salud, la recuperación de la soberanía sanitaria;

¹ Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la Salud Universal”. Ministerio de Salud y Deportes. La Paz. 2010

- La atención de salud, que devienen del cambio climático y desastres naturales;
- El incremento y racionalización de la inversión y gasto en salud; la recuperación de los conocimientos ancestrales en salud, de la medicina tradicional e intercultural;
- La revalorización de la salud en las prioridades de la población y el incremento de la eficiencia, efectividad y sostenibilidad en las intervenciones del Sector.

En los últimos años, se ha prestado más atención a la mejoría del desempeño en los servicios de salud en general, por ello se ha buscado soluciones como la reorganización y reestructuración de los sistemas de salud, éstos esfuerzos pese a sus beneficios, no han alcanzado los resultados deseados, por lo que se ha tomado el recurso humano y en particular su desempeño como una de las intervenciones clave para mejorar la calidad de los servicios de salud.

La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna es todavía insuficiente; siendo que su misión principal es en primer lugar, recolectar la información pertinente para el análisis de la misma y en segundo lugar, posibilitar el desarrollo de programas de salud pública de tal forma que sirva de base para la formulación de recomendaciones y acciones específicas.

El trabajo busca establecer: Cuales son los factores fundamentales que influyen en las elevadas tasas de complicaciones obstétricas y neonatales en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención del sistema público de salud Determinar el grado de aplicación de la normativa vigente, mediante la implementación de estándares e indicadores.

En consecuencia; el objetivo general es demostrar que las elevadas tasas de complicaciones obstétricas y neonatales en los Hospitales de Segundo y

Tercer Nivel de Atención del Subsistema Público se deben fundamentalmente a las tres demoras establecidas para el manejo de la mujer y el recién nacido; para lograr formulamos los siguientes objetivos específicos:

- a) Conocer las causas fundamentales de las complicaciones obstétricas y neonatales en hospitales de segundo y tercer nivel de atención del sistema público,
- b) Determinar la situación actual sobre las demoras en el manejo de la mujer y recién nacido en hospitales de segundo y tercer nivel de atención del sistema público y
- c) Proponer una estrategia de mejora de la calidad continua de la atención para reducir las elevadas complicaciones obstétricas y neonatales.

El diseño metodológico es descriptivo, observacional cuya unidades de observación son los expedientes clínicos de pacientes de 42 hospitales.

1. ANTECEDENTES

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM-5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 45%².

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Sin embargo, entre 1990 y 2013 la razón de mortalidad materna mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo ha disminuido en un 2,6% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar el ODM-5³.

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional.

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo es de 230 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países. Pocos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, superiores incluso a 1000 por 100 000 nacidos vivos. También hay grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana.

² Mortalidad Materna. OMS. Nota Descriptiva. Mayo de 2014.

³ Mortalidad Materna. OMS. Nota Descriptiva. Mayo de 2014.

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 3700 en los países desarrollados y de 1 en 160 en los países en desarrollo⁴.

2. JUSTIFICACION

Bolivia es uno de los países con niveles de mortalidad materna, neonatal e infantil más altas en la región de las Américas, según la ENDSA 2008 la tasa global de fecundidad es de 3,5 hijo(a) s por cada mujer (4,2 en 2003), y la tasa general de fecundidad de 121 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad fértil, es el grupo de mujeres de 20 a 29 años de edad las que más contribuyen a este indicador.

Según estimaciones de la ENDSA 2003, la razón de mortalidad materna sería de 229 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. Las principales causas de muerte materna son las hemorragias, infecciones en el embarazo, complicaciones de abortos, hipertensión y el parto prolongado, que

⁴ Mortalidad Materna. OMS. Nota Descriptiva. Mayo de 2014.

representarían el 65% de las defunciones maternas (MSyD, 2002, Encuesta post-censal de mortalidad materna).

Dicha situación está relacionada con factores sociales de riesgo como el embarazo en adolescentes y el intervalo intergenésico corto, y con factores relacionados a la atención del parto en el esquema de las “tres demoras” (1. decisión de buscar ayuda, relacionada a los factores socio-económicos, 2. el acceso y llegada a servicios y 3. calidad de los servicios de salud).

De acuerdo a proyecciones del INE basadas en el censo poblacional de 2001, la población menor de cinco años de edad representa 12,5% de la población boliviana en el año 2010 (1.302.875 niños, respectivamente 664.395 niños y 638.480 niñas). Esta proporción disminuirá con el proceso de transición demográfica, caracterizado por una disminución de la natalidad e incremento de la esperanza de vida, hasta alcanzar 10,5% al 2020.

La tasa de mortalidad en menores de 5 años de edad es según la ENDSA 2008 de 63 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos (n.v.) en el periodo 2004-2008; los niños menores de un año y recién nacidos son los principales afectados, ya que se reporta una tasa de mortalidad infantil de 50 por cada 1.000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad neonatal de 27 x 1.000 n.v. En cuanto a estos indicadores, se observa mejoras en comparación con el periodo 1998-2003, en el cual las tasas de mortalidad en la niñez, infantil y neonatal eran de 75, 54 y 27 por cada 1.000 nacidos vivos respectivamente (MSD INE, ENDSA 2003).

Los principales problemas de salud encontrados en las niñas y niños menores de cinco años de edad que producen esta alta mortalidad están identificados: se estima que en 2008, 18% de las defunciones de menores de 5 años en Bolivia son debidas a neumonía, 16% a prematuridad, 15% a diarrea, 13% a

asfixia perinatal, 8% a sepsis neonatal, 5% a anomalías congénitas, 3% a traumatismos y 22% a otras enfermedades; 50% de las defunciones están relacionadas a un estado nutricional deficiente (OMS, estadísticas sanitarias mundiales 2010).

Esta situación sumada a las grandes diferencias existentes entre departamentos, municipios, áreas urbanas y rurales requiere de la implementación complementaria de varias estrategias simultáneamente.

La estrategia de la mejora continua de la calidad de atención en salud materna, neonatal e infantil, en hospitales del subsistema público de nuestro país, se desarrolló en una primera etapa, entre octubre 2008 a junio del 2010 en 6 hospitales de segundo nivel del país, una vez conocidos los resultados el Ministerio de Salud y Deportes a través de su Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad plantea su expansión a los Hospitales de 2do y 3er nivel.

En la estrategia, se plantea el desarrollado de herramientas gerenciales, técnicas e informáticas para el monitoreo de estándares de calidad que pongan en marcha la mejora continua de la calidad de atención.

3. MARCO TEORICO

3.1. Atención en Salud Materna y Neonatal

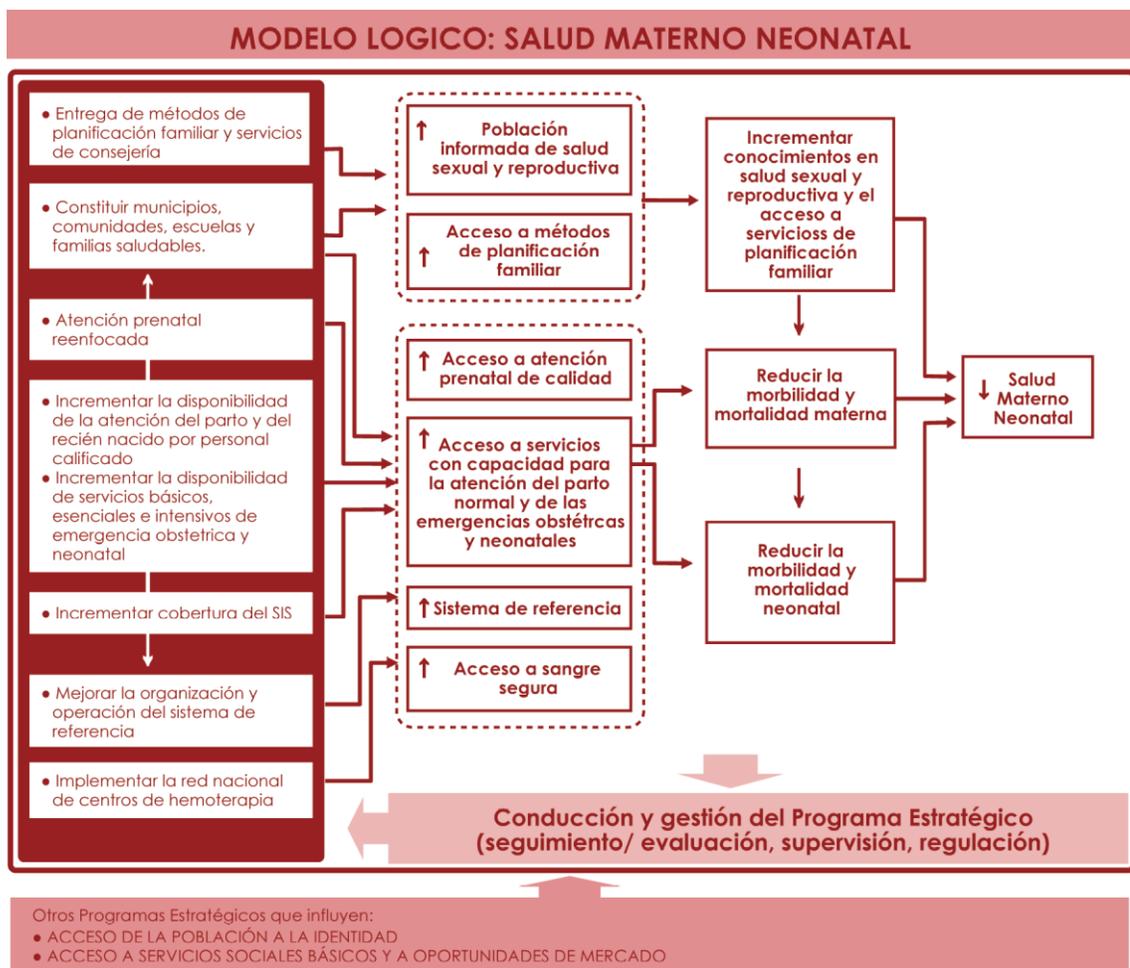
El componente del continuo cuidado propone una serie de paquetes de intervenciones integrados en el continuo de la atención, los cuales podrían ser brindados a lo largo del ciclo de la vida y en diferentes niveles de atención⁵.

La evidencia nos sugiere que con altas coberturas y manteniendo la calidad de atención se podría reducir mucho la mortalidad materna y neonatal, de lo que se trata es de priorizar de acuerdo a factibilidad y efectividad.

En Bolivia las siguientes son las principales causas biológicas de muerte materna directa; hemorragias 33%, infecciones 17%, aborto 9%, hipertensión 5% y parto prolongado del 2%. Mientras que, entre las causas biológicas de muerte neonatales directas se consideran importantes las siguientes: Infecciones 32 %, prematurez 30 %, asfixia 22 %, otras causas 8 %, malformaciones 6 % y mal definidas 2 %.

	1. SALUD REPRODUCTIVA		2. EMBARAZO Y PARTO	3. CUIDADO DEL NACIDO/A
ATENCIÓN EN HOSPITAL	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de ITS - Aborto Seguro (según legislación en casos permitidos por Ley) - Atención Post-Aborto - Anticoncepción 		<ul style="list-style-type: none"> - Atención calificada del parto y nacimiento (higiene, temperatura, lactancia y reanimación) - Prevención de transmisión vertical madre-niño/a de VIH - Atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales (CONE) 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales (CONE) - Manejo de caso para enfermedades neonatales y de la niñez - Cuidados especiales para RN bajo peso y pre-término - Cuidado de niños/as con VIH
	4. SALUD REPRODUCTIVA	5. CUIDADOS PRE-NATALES	6. CUIDADOS POST NATALES	7. CUIDADOS DEL NIÑO/A
EXTENSIÓN DE COBERTURAS	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de ITS - Aborto Seguro (según legislación en casos permitidos por Ley). - Anticoncepción - Acido fólico y hierro 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuatro visitas con paquetes integrados para prevención de malaria, redes con insecticidas, PTVMN durante el embarazo - Vacuna TT - Reducción de cargas de trabajo durante el embarazo - Reconocimiento y referencia de señales de peligro - Preparación para el parto 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción de prácticas saludables para madres y RN - Identificación de complicaciones y búsqueda oportuna de ayuda - Visitas domiciliarias extras para bebés pre- término y de bajo peso - PTVMN después del parto - Alimentación apropiada - Anticoncepción 	<ul style="list-style-type: none"> - Vacunas - Redes tratadas con insecticidas - Nutrición incluyendo Vitamina A - Tratamiento de niños - AIEPI (Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia).

⁵ Continuo de la vida. Programa nacional del Ministerio de Salud. 2013



3.2. Gestión de Calidad en la atención de salud

Partiendo de que la “**calidad** es en esencia la condición o conjunto de condiciones que permiten hacer bien hechas las cosas, sean estas acciones, servicios o productos, causando satisfacción en quienes los realizan y en quienes los reciben” (Área 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 estos son buenos, mediocres o definitivamente malos.

La calidad no solo 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 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 gestionaría 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 garantiza la calidad, sino se acompaña de calidez, es decir el componente afectivo de compromiso concienical 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 MS 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).

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

Como se puede mejorar la calidad?



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.

Los ciclos de Deming resume las etapas de la implementación de los ciclos de mejora continua de la calidad, (Planificar, Hacer, verificar y actuar)



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 se tenga todo claro pueda emprenderse la acción.

Ejecutar: Hacer

En este momento se implementa lo definido en la planeación, para ello toda la organización se alinea de acuerdo a 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 resistencias 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 a 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 complementada o sustituida con otras acciones. Por ello, es importante contar con herramientas que permitan verificar la adecuada implementación de los paquetes de cambio

Actuar

En este momento, en base a 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 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.

De acuerdo a la situación actual de la mortalidad materna neonatal descrita precedentemente y en la perspectiva de contribuir a su disminución, se plantea la implementación de la estrategia de la mejora continua de la calidad de atención en un grupo seleccionado de Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención del Subsistema Público. La estrategia plantea para su operativización seis etapas señaladas a continuación que deben ser aplicadas secuencialmente

- Etapa 1 Sensibilizar a las autoridades departamentales, de redes de salud, directores de hospitales de 2do y 3er nivel y delegados del consejo social departamental de salud, para adoptar la mejora continua de la calidad de atención
- Etapa 2 Sensibilizar y capacitar al personal para la implementación de la mejora continua de la calidad de atención
- Etapa 3 Organizar los equipos de mejora continua de la calidad de atención
- Etapa 4 Implementación
- Etapa 5 control: supervisión, monitoreo y evaluación
- Etapa 6, Retroalimentación correo, web, boletines

Durante toda la aplicación de la estrategia se realizará el monitoreo continuo en los establecimientos de salud seleccionados y una evaluación nacional final.

4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

4.1. Hechos observables

La mortalidad materna, neonatal e infantil en Bolivia es de las más altas en la región de las Américas, según la ENDSA 2008, en Bolivia 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 ENDSA 2008 es de 229 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos y de la encuesta post censal 2001 es de 235 por 100.000 nacidos vivos, ambas coincidentes pese a la diferente metodología y época pero considerada muy alta, en comparación con otros países, como se muestra en el cuadro No. 2, donde se observa las grandes brechas de países desarrollados con muy baja tasa, a los países en vías de desarrollo como Bolivia, considerada muy alta al estar por encima de 150 muertes maternas por cien mil nacidos vivos.

CUADRO N° 1

**CLASIFICACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA
COMPARATIVO ENTRE DIFERENTES PAÍSES**

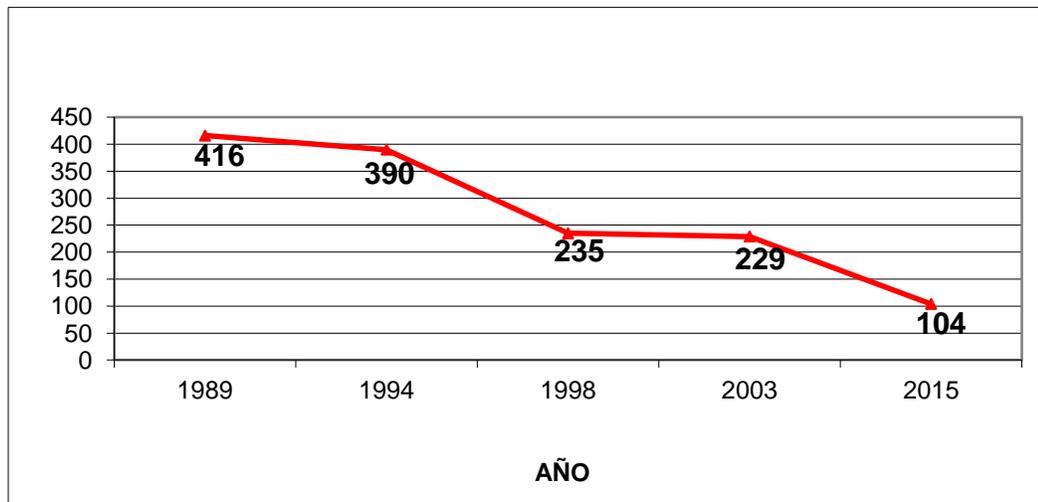
BAJA < de 20	MEDIA 20 – 49	ALTA 50 – 149	MUY ALTA 150 a más
Canadá Estados Unidos	Cuba		
	Argentina Chile Costa Rica México Uruguay	Brasil Colombia Jamaica Panamá Rep. Dominicana Trinidad y Tobago Venezuela	
		Ecuador El Salvador Nicaragua Paraguay	
			Bolivia , Perú, Guatemala Haití, Honduras

Fuente: OPS/OMS

En cuanto a la evolución de las mortalidades en Bolivia, se considera que no es favorable, ya que así se evidencia tanto en la ENDSA 2003 y la 2008 sobre todo en la mortalidad materna con índices de 235 a 330, la neonatal se ha

mantenido en 27 y la infantil ha logrado su objetivo de 96 por mil a 50 por mil, estableciéndose de esta manera, que para llegar a las metas del milenio, todavía existen brechas considerables que se deben superar.

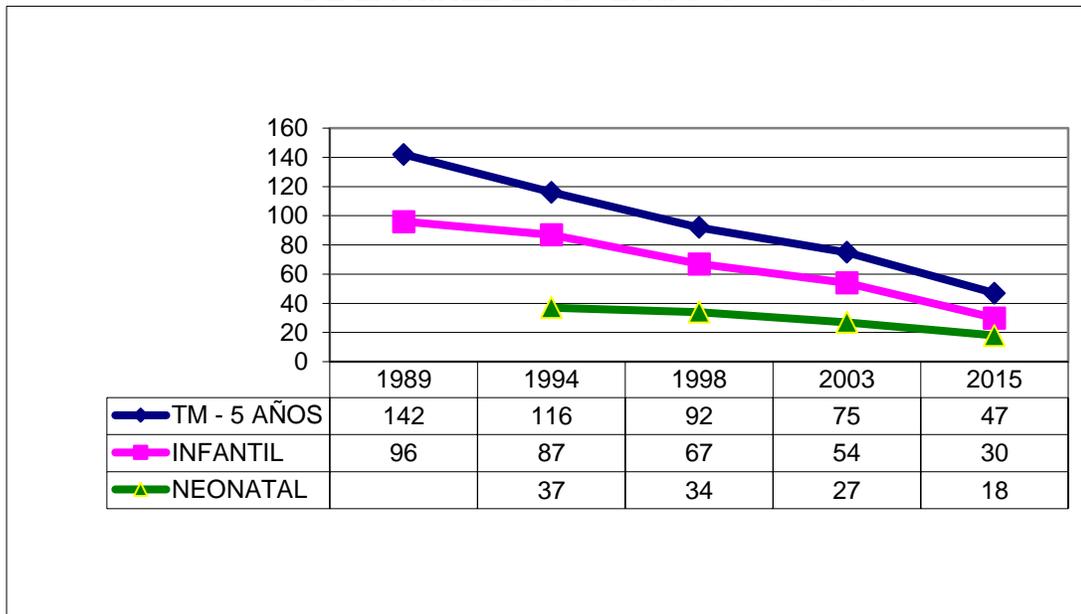
GRAFICO N° 1
RAZON DE MORTALIDAD MATERNA EN BOLIVIA. 1989 - 2015



Fuente: ENDSAs 1989, 1994, 1998 y 2003 y Meta ODM 5 2015

De acuerdo al gráfico se puede observar, según los mismos datos de las diferentes ENDSAs realizadas en nuestro país, la razón de mortalidad materna aunque muestra una leve tendencia descendente, aun se mantiene en cifras muy altas desde 1989 momento en que reportaba 416 muertes maternas por cien mil nacidos vivos, hasta la última del 2003 con 229, con cuya tendencia no se podrá cumplir el ODM 5 de llegar a 104 muertes maternas por cien mil nacidos vivos el año 2015.

GRAFICO N° 2
EVOLUCION DE LA MORTALIDAD NEONATAL, INFANTIL Y
DE LA NIÑEZ EN BOLIVIA. 1989 - 2015



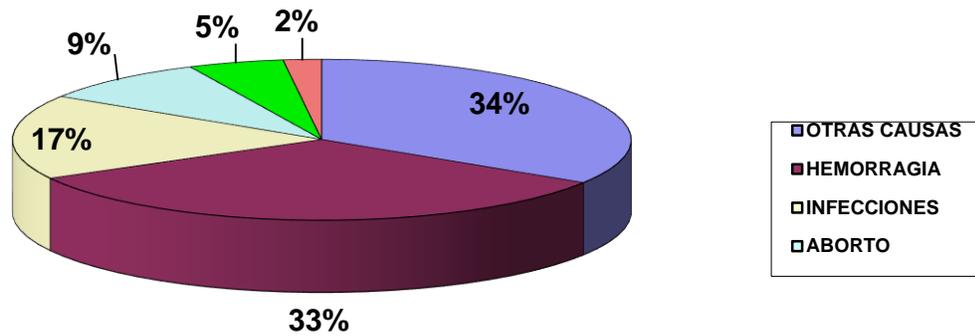
Fuente: ENDSA

Esta gráfica, muestra la tendencia de la tasa de mortalidad en menores de 5 años que disminuyó de 142 por mil nacidos vivos de 1989 a 63 por 1.000 el 2008 que si se mantiene esta tendencia descendente y sostenida se espera alcanzar el ODM 4 con meta proyectada de llegar a 47 por 1.000 el 2015; con el importante aporte de la mortalidad infantil (menor de un año) que de 96 por mil alcanzo a 54, pero preocupa la tendencia de la mortalidad neonatal que desde los 5 años anteriores a la ENDSA 94 hasta los 5 años anteriores a la ENDSA 2008 muestra una tendencia estacionaria de 37 a solo 27 por 1.000 nacidos vivos y esta representa un poco más del 50 % de la mortalidad infantil y el 40 % de la mortalidad de la niñez.

En el análisis al interior de la composición de la mortalidad materna y neonatal, se observa en Bolivia las siguientes causas biológicas de muerte materna directa; hemorragias 33%, infecciones 17%, aborto 9%, hipertensión 5% y

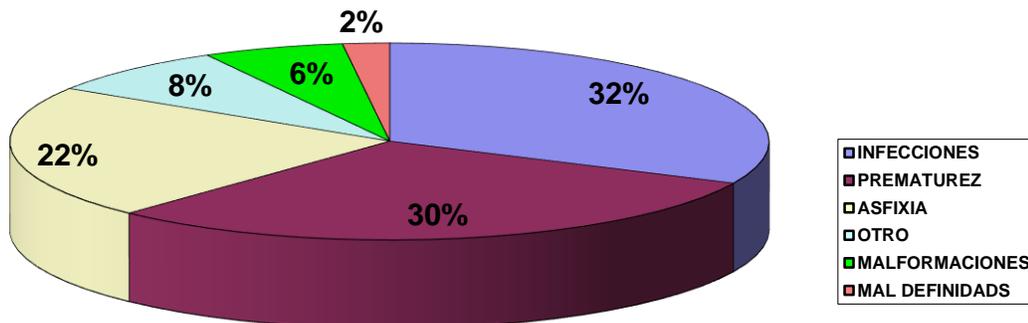
parto prolongado del 2%. Mientras que, entre las causas biológicas de muerte neonatales directas se consideran importantes las siguientes: Infecciones 32 %, prematuridad 30 %, asfixia 22 %, otras causas 8 %, malformaciones 6 % y mal definidas 2 %, como lo muestran las siguientes gráficas:

**GRAFICO N° 3
CAUSAS DE MUERTE MATERNA. BOLIVIA 2002**



Fuente: Encuesta Post-censal de Mortalidad Materna INE. Bolivia 2002

**GRAFICO No.4
CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL, BOLIVIA 2002**



Fuente: Estudio de mortalidad neonatal en Hospitales OPS/OMS. Bolivia 2000

De este panorama se observa que más de un tercio de las muertes suceden en los establecimientos de salud o en camino a ellos, por lo que resultaba imperiosa en Bolivia aplicar una estrategia de intervención al respecto.

4.2. Identificación del problema

Elevadas tasas de complicaciones obstétricas y neonatales en servicios de salud, condicionan el incremento de la morbilidad y mortalidad materna neonatal.

Las defunciones maternas ocurren por complicaciones en el embarazo, el parto y el puerperio, que por demoras o retrasos en su atención llevan a la embarazada a la muerte.

La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna debe cumplir una doble función. En primer lugar recolectar la información pertinente para el análisis de la misma y en segundo lugar, posibilitar el desarrollo de programas de salud pública de tal forma que sirva de base para la formulación de recomendaciones y acciones específicas.

Por consiguiente la investigación busca establecer: *¿Cuáles son los factores fundamentales que influyen en las elevadas tasas de complicaciones obstétricas y neonatales en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención del sistema público de salud?*

Determinar el grado de aplicación de la normativa vigente, mediante la implementación de estándares e indicadores. Las elevadas tasas de complicaciones obstétricas y neonatales se deben fundamentalmente a las tres demoras establecidas para el manejo de la mujer y el recién nacido.

4.3. Análisis Del Problema

4.3.1 Demora en decidir la búsqueda de la atención.

En esta situación, depende mucho de las capacidades y oportunidades de la mujer, familia y la comunidad para reconocer una complicación que amenaza la vida de la mujer y o recién nacido así como la información que dispone acerca de donde pueda acudir.

4.3.2 Demora en identificar y acceder a un servicio de salud.

Dependiendo de la distancia al servicio de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte y el costo de los traslados.

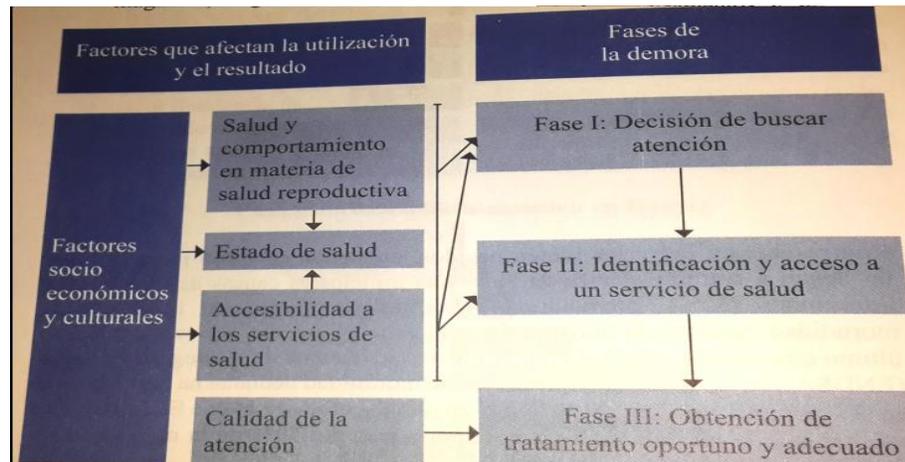
4.3.3 Demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno;

Dependiendo de la disponibilidad del personal capacitado con que cuenta la institución, la disposición de medicamentos e insumos(antibióticos, sulfato de magnesio, sangre segura) y de la infraestructura y equipamiento y del transporte del servicio de salud este último con el fin de que si existiera una complicación se derive inmediatamente a la paciente a un establecimiento de mayor resolutivead.

Los tres acápite mencionados se constituyen en factores importantes para una buena atención del paciente que llega al establecimiento de salud. Por lo cual, el modo en que se aborden cada una de ellas, influye en el grado de complicación que reporte cada caso para su tratamiento conclusivo.

CUADRO Nº 2

FACTORES SOCIO ECONOMICOS Y CULTURALES QUE AFECTAN A LAS DEMORAS



Fuente.- Ministerio de Salud. 2012

En la perspectiva de disminuir las elevadas tasas de complicaciones obstétricas y neonatales en servicios de salud se plantea la estrategia de mejora continua de la calidad de atención.

El propósito de la mejora continua de la calidad de atención es optimizar la calidad de los servicios de salud, con la finalidad de contribuir a la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

5. HIPOTESIS

Por tratarse de un estudio descriptivo, no se formula una hipótesis a ser probada, sino más bien se considera, supuestos de trabajo que resulten de hallazgos de la investigación.

6. OBJETIVOS DE LA INGESTIGACION

6.1 Objetivo General

Demostrar que las elevadas tasas de complicaciones obstétricas y neonatales en los Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención del Subsistema Público se deben fundamentalmente a las tres demoras establecidas para el manejo de la mujer y el recién nacido.

6.2 Objetivos Específicos

1. Conocer las causas fundamentales de las complicaciones obstétricas y neonatales en hospitales de segundo y tercer nivel de atención del sistema público.
2. Determinar la situación actual sobre las demoras en el manejo de la mujer y recién nacido en hospitales de segundo y tercer nivel de atención del sistema público.
3. Proponer una estrategia de mejora de la calidad continua de la atención para reducir las elevadas complicaciones obstétricas y neonatales.

7. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

7.1. Tipo de Estudio

Para alcanzar los objetivos propuestos en el presente estudio, de acuerdo a los diferentes enfoques de investigación, se realizó:

Desde el punto de vista de la naturaleza de la información: es *investigación cuantitativa* por cuanto que persigue describir sucesos complejos en su medio natural, con información preferentemente cuantitativa en base análisis de documentos.

Desde el punto de vista de su aplicación: es *investigación aplicada*, ya que se caracteriza por que a partir de los resultados será posible formular recomendaciones prácticas que pueden ser aplicadas en los establecimientos de salud de 2do y 3er nivel.

Desde el punto de vista del lugar y recursos de donde se obtendrá la información: es *investigación documental*, realizada a través de la consulta de documentos y registros, provenientes del lugar donde ocurrieron los fenómenos.

Desde el punto de vista explicativo; es *investigación descriptiva* por cuanto pretende determinar una realidad en un momento dado en 42 hospitales del país.

Desde el punto de vista de la temporalización: es un *estudio transversal* por cuanto apunta a un momento y tiempo definido, es como tomar una instantánea de un evento.

7.2 Universo

El universo de la siguiente investigación está determinada por los siguientes factores:

1. Cantidad: representan 100 hospitales
2. Calidad: son hospitales de segundo y tercer nivel

3. Pertenencia: estos hospitales forman parte del sistema público de salud
4. Espacio: ámbito de intervención en todo el territorio del estado
5. Tiempo: gestión 2013

7.3. Muestra del Estudio

Dadas las características del estudio que se refiere al sistema nacional de salud en cuanto a la salud materno infantil es que se ha tomado una muestra convencional considerando como factor de selección de la muestra lo siguiente:

- a) El nivel de incidencia de los hospitales
- b) Capacidad de gestión relacionada con infraestructura y equipamiento
- c) El tamaño de la muestra representa 42 hospitales del país que responden a las características mencionadas.

El estudio pretendió determinar la situación de la mortalidad materna y neonatal en 42 hospitales de 2do y 3er nivel de todo el país, por lo que, por el número de unidades de observación se realizó un censo, de la información proporcionada por cada uno de estos establecimientos.

7.4. Definición de Variables

Mortalidad materna y neonatal en hospitales de 2do y 3er nivel

Atención de Calidad Materna: Medida en relación a los siguientes estándares

- Proceso del desarrollo de la Historia Clínica Perinatal de Base
- Registro del Partograma
- MATEP (Manejo activo del alumbramiento)

Realización de la prueba rápida VIH
Eclampsia y Preeclampsia

Atención de Calidad Neonatal: Medida en relación a los siguientes estándares

Atención Inmediata del Recién Nacido
Desarrollo de Maniobras de Reanimación Perinatal
Manejo de la Sepsis Neonatal
Manejo del Prematuro

Atención de Calidad Pediátrica: Medida en relación a los siguientes estándares

Manejo del Desnutrido Agudo Severo
Manejo de la Neumonía

7.5. Técnicas de Recolección de Información

La información proveniente de los 42 hospitales del país, en función de las variables fue recopilada en el Formulario de Supervisión de la Calidad de Atención Materna y Neonatal (Anexo No. 1), enviada a los respectivos SEDES y a nivel nacional, tomándose los documentos institucionales para la recopilación de la información.

7.6. Análisis de la Información

Toda la información recopilada, fue consolidada por departamentos, y presentada en gráficos de barras porcentuales, de cada una de las variables dependientes, relacionándolas con cada una de las regiones con el propósito de establecer comparaciones explicativas. Cada una de las variables

dependientes, es analizada en un rango de 0 a 100, de acuerdo a la siguiente metodología:

Descripción de un estándar en los Ciclos de Mejora de la Continua de la Calidad de atención

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

Ejemplo:

Tabla 1 Aplicación de conceptos para indicadores						
Indicador	Numerador	Denominador	Fuente	Periodicidad	Muestra	Área de atención Involucrada
% 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 Pre Natal observadas.	#Historia Clínica Perinatal Base #Dpto. de Estadística del establecimiento.	Cada mes	30 Historias Clínicas elegidas al azar.	Servicio de Gineco Obstetrica Area de Control pre natal.

Fuente: Ciclos de mejora de la calidad

1. 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

monitoreo mensual. 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.

Ejemplo: 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 este se redondea al anterior o siguiente número entero dependiendo del decimal obtenido.

Ejemplo: La manera de aplicación sería la siguiente:

GRAFICO N°5
Tipos de puntuación de la matriz

No	Criterios	HISTORIA CLINICA 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			
		50025	69851	33071	30606	81912	65640	88433	50124	88794	90677	75417	69692	88983	88906	90633	90936	72828	88811	88936	#HCl		#HCl	#HCl											
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	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	1	100	
5	Medición del Peso																																	100	
6	Determinación de Presión Arterial																																		100
7	Medición de la Altura Uterina																																		100
8	Auscultación de FCF a partir de las 20 SG.																																		100
9	Movimientos Fetales después de 18 SG	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	1	1	100	
10	Aplicación de Vacuna Antitetánica	1	1	1	0	1	1	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	68	
11	Exámenes de Laboratorio (Grupo y Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO, Hemoglobina...)	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	1	1	95	
12	Evaluación del Estado Nutricional en base a 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	1	95	
Expediente cumple		1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	53																						

El promedio horizontal sale automáticamente

La puntuación vertical sale automáticamente en esta fila

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

Promedio global sale

Instructivo 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**, se marcará con **1** solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA.
 3 El **Promedio Global**, se obtiene de dividir el **Total de Expediente Cumple (1)** entre el **Total de Expedientes Monitoreados X 100**

Resumen Datos	
Expedientes que cumplen	10
Expedientes que no cumplen	9
Total Expedientes Revisados	19

Fuente: Ciclos de mejora de la calidad

8. RESULTADOS Y ANALISIS

El estudio se llevó a cabo, durante los meses de enero a diciembre de 2013, recopilándose la información en el instrumento descrito para su posterior análisis. Los 42 hospitales seleccionados para la aplicación de la estrategia son los siguientes:

Cuadro N° 3
Hospitales donde se llevó a cabo el estudio.
Bolivia 2013

N°	HOSPITALES	DEPARTAMENTO
1	H.SAN JUAN DE DIOS TARIJA	TARIJA
2	HOSPITAL RUBEN ZELAYA YACUIBA	TARIJA
3	HOSPITAL DE VILLAMONTES	TARIJA
4	HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA BERMEJO	TARIJA
5	HOSPITAL GINECO OBSTETRICO	CHUQUISACA
6	HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER	CHUQUISACA
7	HOSPITAL MATERNO POCONAS	CHUQUISACA
8	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CAMARGO	CHUQUISACA
9	MONTEAGUDO	CHUQUISACA
10	HOSP. SAN LUCAS	CHUQUISACA
11	HOSP. UNIVERSITARIO	CHUQUISACA
12	GERMAN URQUIDI + MANUEL ASENCIO VILLARROEL	COCHABAMBA
13	HOSPITAL MATERNO INFANTIL CBBA	COCHABAMBA
14	HOSP. SAN FRANCISCO DE ASIS VILLA TUNARI	COCHABAMBA
15	HOSP. MEXICO SACABA	COCHABAMBA
16	HOSP. QUILLACOLLO	COCHABAMBA
17	HOSP. IVIRGARZAMA	COCHABAMBA
18	HOSP. PUNATA	COCHABAMBA
19	HOSP. VINTO	COCHABAMBA
20	HOSP. COLCAPIRUA	COCHABAMBA
21	HOSP. CLIZA	COCHABAMBA
22	PERCY BOLAND	SANTA CRUZ
23	HOSP. DEL NIÑO	SANTA CRUZ
24	HOSP. JAPONES	SANTA CRUZ
25	H. FRANCES	SANTA CRUZ

26	JH. JULIO MANUEL ARAMAYO (SAN IGNACIO VELAZCO)	SANTA CRUZ
27	HMI TRINIDAD	BENI
28	H. RURRENABAQUE	BENI
29	H. SAN BORJA	BENI
30	RIBERALTA, MATERNO INFANTIL REIDUM ROINE	BENI
31	GUAYARAMERIN	BENI
32	ROBERTO GALINDO	PANDO
33	H.SJDDD	ORURO
34	WALTER KHON	ORURO
35	BARRIOS MINEROS	ORURO
36	HUANUNI, HOSPITAL SSAN MARTIN DE PORRES	ORURO
37	CHALLAPATA	ORURO
38	H. BRACAMONTE.	POTOSI
39	H. LA PAZ	LA PAZ
40	H. HOLANDES	LA PAZ
41	H. LOS ANDES	LA PAZ
42	H. COROICO	LA PAZ

Fuente: Elaboración propia

A continuación se presentan el cumplimiento promedio de los estándares de calidad seleccionadas de los 42 Hospitales seleccionados para la gestión 2013, el consolidado de todas las variables se la presenta en el Anexo No. 2:

Cuadro Nº 4

Porcentaje de cumplimiento de los estándares, en los 42 Hospitales donde se llevó a cabo el estudio Bolivia 2013

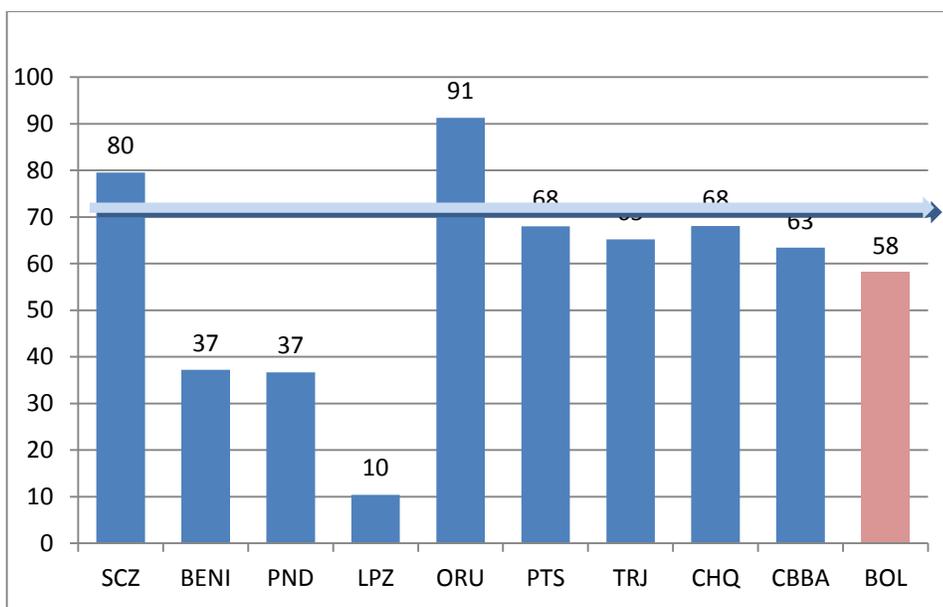
ESTANDAR	%
HCPB	58
PRUEBA RAPIDA DE VIH	79
ENTREGA RESULTADOS PR VIH EN 24 Hrs.	74
MATEP	79
PARTOGRAMA	69
PRE ECLAMPSIA	51
ECLAMPSIA	68
ATENCION INMEDIATA RECIEN NACIDO	75
REANIMACION NEONATAL	74
SEPSIS NEONATAL	64

PREMATURIDAD	51
NEUMONIAS	61
ATENCION DEL DESNUTRIDO AGUDO SEVERO	58
IHAMN SERVICIO	66
IHAMN EXPEDIENTE	66

Fuente: Elaboración propia

a) Análisis Estándares de Ciclos de Mejoramiento de la Calidad en Atención Materna.

GRÁFICO Nº 6
ESTANDAR DE HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE
Promedio Enero - Diciembre 2013



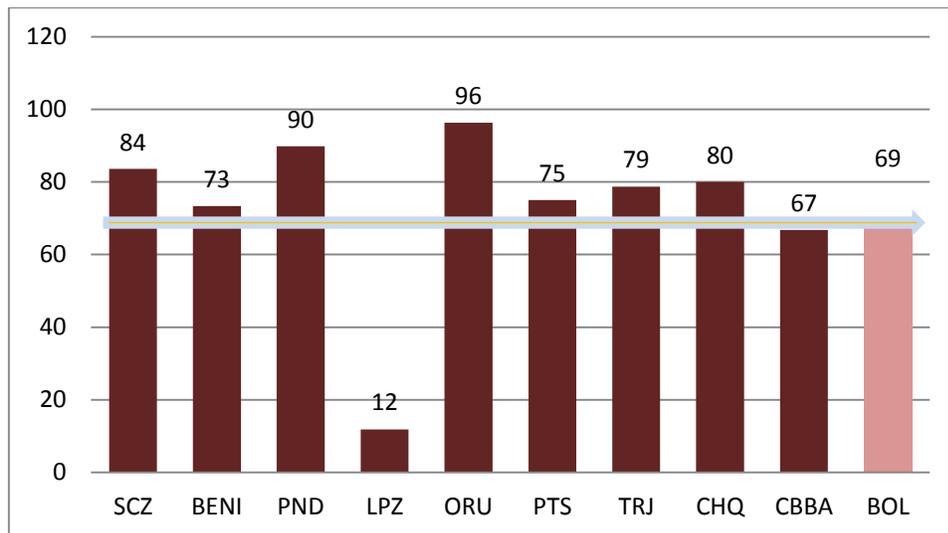
Fuente: Elaboración propia

Este estándar que promueve el llenado correcto de las actividades normadas en la HCPB (Historia Clínica Perinatal Base), es el de más difícil cumplimiento especialmente en hospitales de III nivel, el personal de salud de estos hospitales atribuye esto a que son hospitales de referencia y reciben pacientes de niveles inferiores en periodos expulsivos con historias clínicas

mal llenadas. Sin embargo algunos hospitales de III nivel resolvieron esto coordinando capacitaciones con los centros de salud de su área de influencia, como son el caso del departamento de Oruro, Tarija y Cochabamba. Los departamentos que aún deben realizar acciones para mejorar son: La Paz, Beni y Pando.

En los departamentos de La Paz, Pando y Beni tienen bajas coberturas debido a diversos problemas como ser; falta de responsabilidad por parte de las autoridades del establecimiento, falta de actitud del personal, continuo cambio del RRHH ya capacitado, esto hace que los informes no se presenten en las fechas indicadas y que la supervisión no sea óptima.

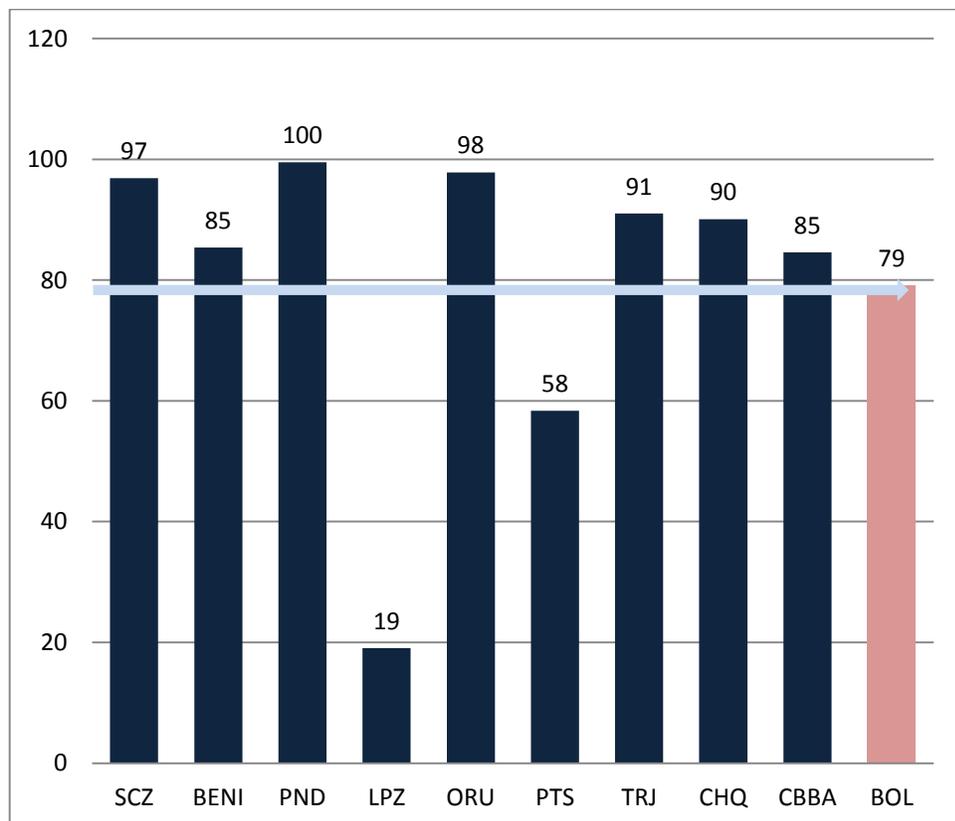
GRAFICO No. 7
ESTANDAR DE PARTOGRAMA.
BOLIVIA 2013



Fuente: Elaboración propia

Este estándar destinado a mejorar el monitoreo del trabajo de parto y con la consecuente disminución de casos de asfixia neonatal, se posesiona progresivamente en los hospitales con una mejora sustancial con el transcurso de los meses, logrando un promedio nacional de 69%. Y nuevamente los hospitales con mayores problemas están ubicados en el departamento de La Paz y son: Hospital Boliviano Holandés (El Alto), Hospital La Paz, Los Andes, Copacabana, Coroico.

GRAFICO No. 8
ESTANDAR DE MANEJO ACTIVO TERCERA ETAPA PARTO
BOLIVIA 2013



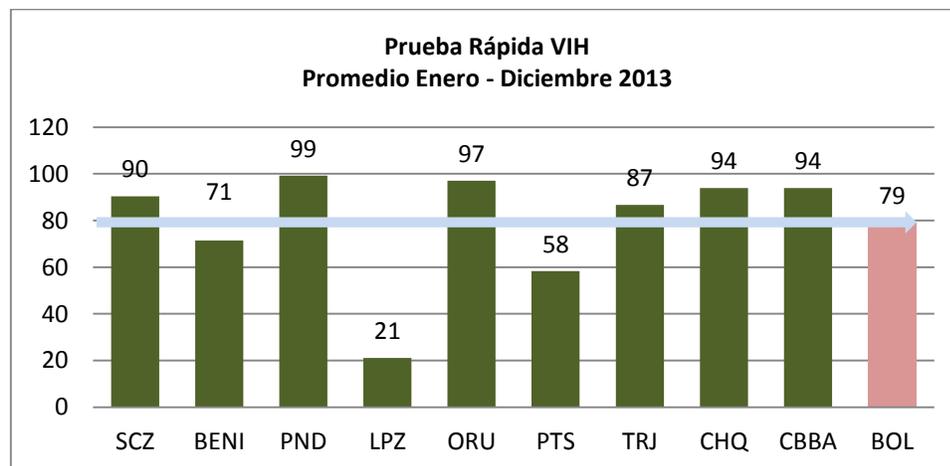
Fuente: Elaboración propia

El MATEP (Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto) es el estándar con mejor cumplimiento nacional dentro de los estándares maternos, tiene un promedio de 79% decir que la mayoría de los hospitales están dentro del promedio a excepción de:

1) Altiplano:

Hospitales de La Paz, Hospital Boliviano Holandés (El Alto), Hospital La Paz, Hospital Los Andes, Copacabana, Coroico y en Potosí el Hospital Bracamonte, que tienen un promedio de 58%

GRAFICO Nº 9
ESTANDAR DE PRUEBA RAPIDA DE VIH.
BOLIVIA 2013

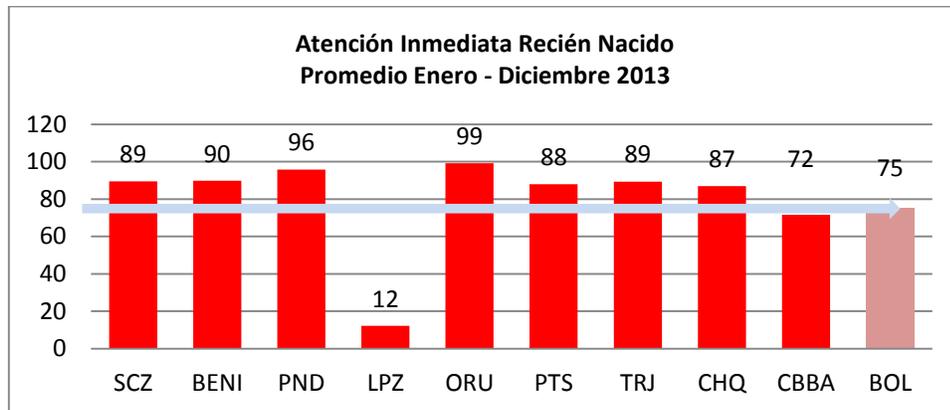


Fuente: Elaboración propia

Este estándar tiene cumplimiento que va aumentando paulatinamente llegando a un promedio en esta gestión de 79% a nivel nacional. Los hospitales de La Paz y Potosí obtuvieron los promedios más bajos.

a) Análisis Estándares de Ciclos de Mejoramiento de la Calidad en Atención Neonatal.

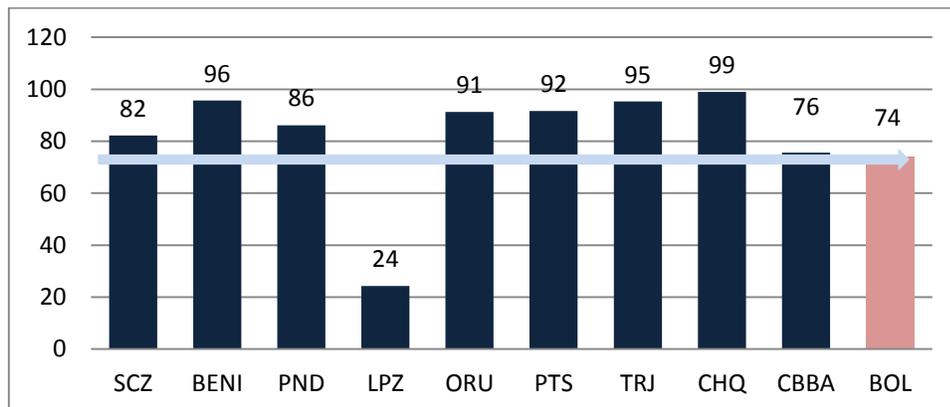
GRAFICO No. 10
ESTANDAR DE AIRN (Atención Inmediata del Recién Nacido)
BOLIVIA 2013



Fuente: Elaboración propia

Este estándar que implica ligadura tardía de cordón umbilical, apego precoz y lactancia materna inmediata tiene un promedio de 75% lo que quiere decir que los reportes de los hospitales son bastante parejos, sin embargo destacan Oruro (99%), Pando (96%), Beni (90%) y Tarija (89%) por cumplimientos más altos; nuevamente La Paz tiene el porcentaje de cumplimiento más bajo (12%).

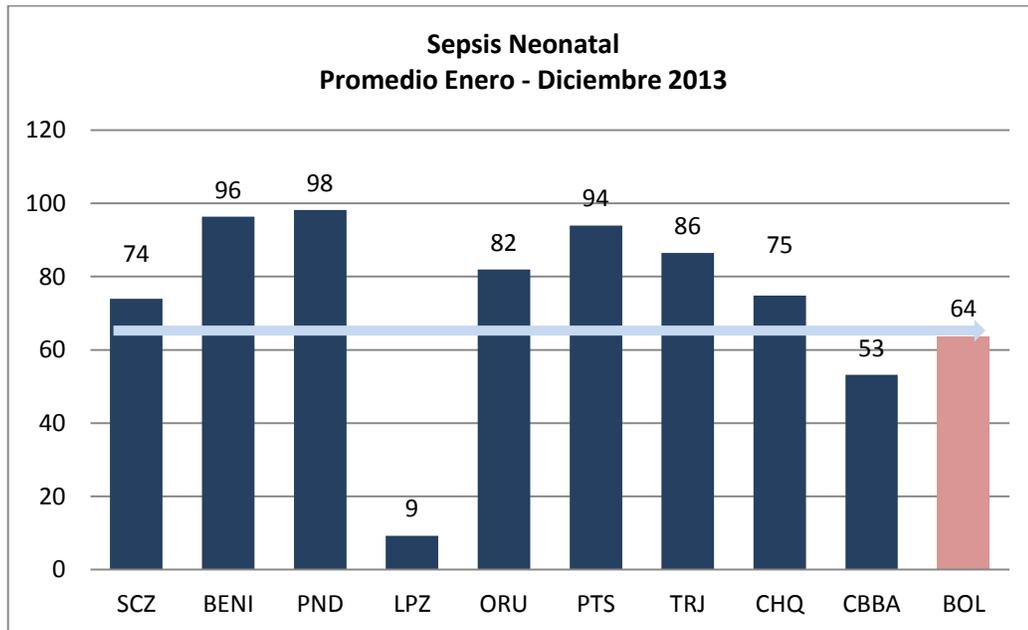
GRAFICO Nº 11
ESTANDAR DE REANIMACION NEONATAL.
BOLIVIA 2013



Fuente: Elaboración propia

Este estándar califica el registro de las maniobras del algoritmo de reanimación neonatal realizadas en neonatos que no respiran al nacimiento, tiene un mejor cumplimiento desde la creación de Comités departamentales de reanimación neonatal en cada departamento, en general tiene un promedio de 74%. El promedio es comprometido por bajo porcentaje de cumplimiento de La Paz 24%. Se debe destacar que existe mejor cumplimiento en Chuquisaca (99%), Beni (96%), Tarija 95% y Potosí (92%).

**GRAFICO N° 12
ESTANDAR DE SEPSIS NEONATAL.
BOLIVIA 2013**

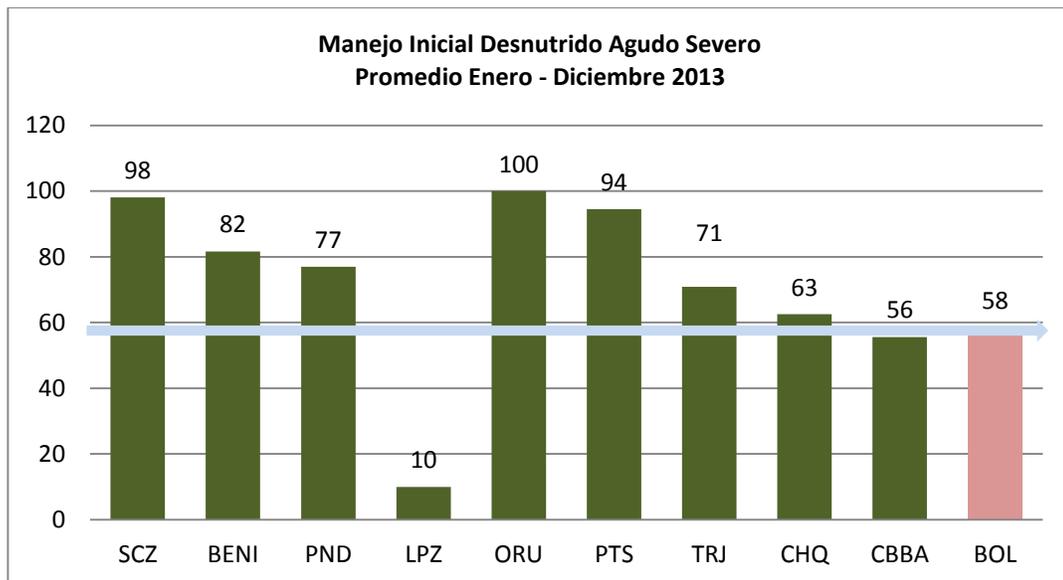


Fuente: Elaboración propia

Este estándar es de cumplimiento homogéneo, logrando un promedio del 64% a nivel nacional, este promedio es relativamente bajo a expensas de los departamentos de La Paz con un 9%.

b) Análisis Estándares de Ciclos de Mejoramiento de la Calidad en Atención Infantil.

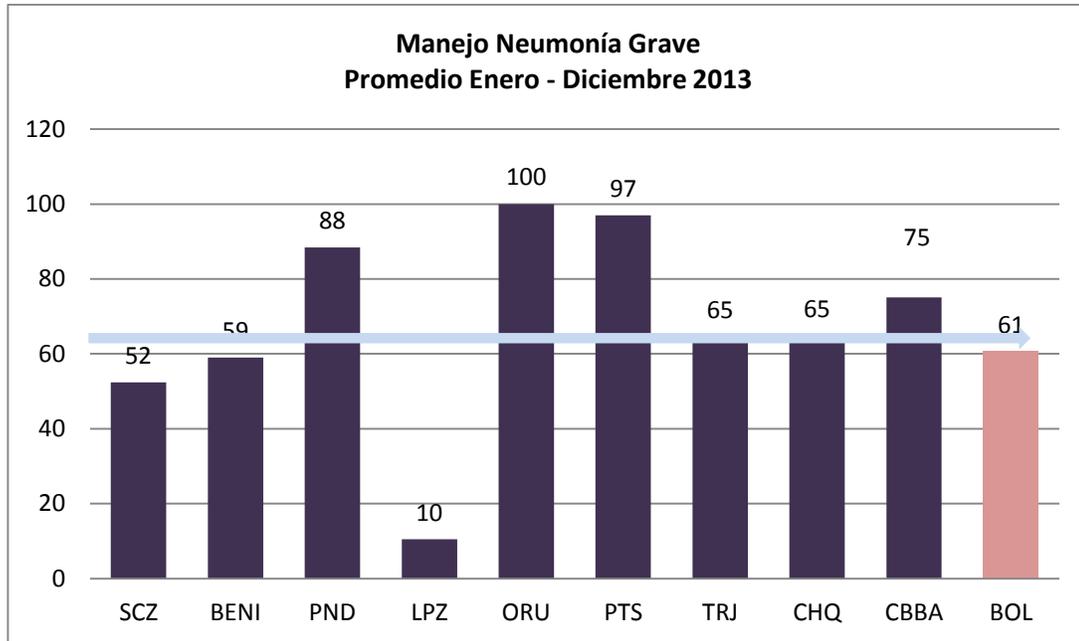
**GRAFICO N° 13
ESTANDAR DEL DESNUTRIDO AGUDO GRAVE
BOLIVIA 2013**



Fuente: Elaboración propia

Este estándar refuerza el cumplimiento del protocolo de atención del desnutrido grave, tiene un cumplimiento de 58% a nivel nacional, a excepción del bajo porcentaje de los hospitales de La Paz (10%), los demás departamentos mejoran progresivamente su cumplimiento.

GRAFICO N° 14
ESTANDAR DE NEUMONIA
BOLIVIA 2013



Fuente: Elaboración propia

Este estándar que califica el manejo adecuado de casos de neumonía grave y muy grave hospitalarios es cumplido por todos los departamentos, excepto La Paz, Santa Cruz y Beni. Tiene un promedio de 61%, es decir la mayoría de los hospitales tienen mediciones homogéneas, sin embargo este promedio es afectado por La Paz (10%).

9. CONCLUSIONES

1. Los establecimientos de salud del Subsistema Público aplican estrategias destinadas a brindar tratamiento oportuno y adecuado a los pacientes, de esta manera buscan evitar las complicaciones obstétricas y neonatales relacionadas con la tercera demora.
2. Los Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención objeto del presente estudio reúnen condiciones apropiadas para brindar una buena atención al paciente que llega al establecimiento, entre las que podemos señalar: personal capacitado, disponibilidad de medicamentos e insumos, infraestructura y equipamiento adecuados.
3. En la perspectiva de disminuir las complicaciones obstétricas y neonatales en los Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención, se han construido participativamente, quince estándares de calidad en base a la normativa vigente, logrando la aceptación y compromiso de todos, destinados a contribuir a la mejora continua de la calidad de atención y posterior aplicación en los 42 hospitales. (se incluyen en anexo 3).
4. La estrategia de la mejora de la continua de la calidad de atención propuesta implementada en 42 hospitales del país, conlleva la aplicación de los estándares de calidad, que son declaraciones explícitas de calidad y sirven como parámetro de medición.

Ha permitido a los establecimientos de salud involucrados implementar acciones de manera progresiva para el logro de los objetivos y fortalecer las áreas críticas.

Sin embargo existen departamentos en los cuales no existe una adecuada aplicación de la estrategia, como es el caso del departamento de La Paz, una de las causas es la falta de compromiso del recurso humano.

En el cuadro N° 3 se puede apreciar el porcentaje de cumplimiento de los estándares a nivel Nacional y en las graficas 6 a 14 el porcentaje alcanzado por cada uno de los departamentos en cada uno de los estándares. Los comentarios en relación a cada estándar se incluyen a continuación de cada gráfico.

Asimismo, permite clasificar a los departamentos de acuerdo a los resultados obtenidos y establecer acciones para fortalecer la aplicación de la estrategia.

5. Se instauraron mecanismos de calidad para los procesos de atención y se cuentan con los insumos para desarrollar las alternativas de intervención.

10. RECOMENDACIONES

- Implementar la estrategia de mejora continua de la calidad de atención en salud materna y neonatal en todos los hospitales de 2do y 3er nivel el país, para coadyuvar a la disminución de las complicaciones obstétricas y neonatales y de esta manera a disminuir la morbilidad y mortalidad materna neonatal en el País.
- Evaluar periódicamente la intervención.

- Implementar supervisiones cruzadas entre pares, permitirá enriquecer las acciones que se realizan en los hospitales supervisados para su aplicación en el propio.
- Lograr el involucramiento de todo el personal de salud de los establecimientos de salud.
- Las acciones en salud deben ser integrales en las Redes Funcionales de Servicios de Salud.

11. PROPUESTA DE INTERVENCION

a) Titulo

Estrategia de la mejora continua de la calidad de atención en salud materna, neonatal e infantil.

b) Objetivo Global

Establecer un conjunto de etapas y RRHH con el propósito de mejorar la calidad en salud materno, neonatal e infantil de forma sostenible en Hospitales de Segundo y Tercer nivel del subsistema público de Bolivia.

c) Diseño de la Propuesta:

POBLACION	ESTRATEGIA	BENEFICIARIOS
Personal de Salud que trabajan en la atención materna y neonatal de 42 hospitales de 2do y 3er nivel de Bolivia.	Desarrollo de Ciclos de Mejora Continua de Atención Materna y Neonatal.	Mujeres embarazadas que buscan la atención materna en los hospitales de 2do y 3er nivel

d) Descripción de la Propuesta

Para implementar la mejora continua de la calidad de atención en las redes de servicios de salud se deberán aplicar en forma secuencial las 6 etapas descritas a continuación.

Etapa 1 Sensibilizar a las autoridades departamentales, de redes de salud, directores de hospitales de 2do y 3er nivel y delegados del consejo social departamental de salud, para adoptar la mejora continua de la calidad de atención.

Se plantea realizar reuniones con las autoridades de SEDES, los Coordinadores de las Redes de Servicios de Salud, 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 la metodología de la mejora continua de la calidad.

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

Producto esperado de la Etapa 1:

- Documento Final de la declaración/compromiso de Mejora Continua de la Calidad de Atención.
- Resolución Técnico Administrativa del SEDES.
- Incentivar en el equipo de salud el desarrollo de una cultura de mejora continua de la calidad de atención que permita brindar servicios de calidad.

Etapa 2 Sensibilizar y capacitar al personal para la implementación de la mejora continua de la calidad de atención

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

- Identificación y priorización de los problemas más importantes de la salud materna, neonatal e infantil de su departamento/ó ámbito de intervención en base a indicadores trazadores relacionándolos con la 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
- Planes de mejora de la calidad/ paquetes de cambio comprometidos
- Monitoreo del cumplimiento de los estándares
- Sistematización del monitoreo mensual de indicadores
- Cuadros resumen de cambios implementados
- Medición de impacto de la mejora continua 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

Producto esperado de la etapa 2:

- Recursos humanos sensibilizados y capacitados en la metodología de la Mejora Continua 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

Etapa 3 Organizar los equipos de mejora continua de la calidad de atención

EL SEDES, a través de la Dirección y Consejo Técnico, conforman el Equipo Técnico Departamental de Calidad del componente de Salud Materno – Infantil. Este equipo debe estar 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

Etapa 4 Implementación

1. PLANIFICACION

Paso 1

Identificación y priorización de los problemas más importantes de la salud materna y neonatal de su departamento/ó ámbito de intervención en base a indicadores trazadores relacionándolos con la 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, 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 de Salud.
4. Definen un plan de acción que incluya la estrategia de trabajo para la implementación de la mejora continua de la calidad de atención: El plan debe incluir designación de responsables con un cronograma establecido.

Producto esperado del paso 1:

Plan de Acción para la implementación de la mejora continúa de la calidad de atención.

Paso 2

Análisis causa efecto, cuáles son las causas que produce estos problemas, incluye factores administrativos, logísticos. Por ejemplo desabastecimiento de oxicitocina por mala programación.

Estudios de costos han demostrado que el 75% de los problemas no tienen costo adicional.

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 mejora continua de la calidad de la atención.

¿Qué hacer?

1. Solicitar al director del establecimiento priorizado una reunión con el equipo del establecimiento (Hospitales de 2º y 3º nivel) para analizar junto a ellos los datos de su establecimiento.
2. Solicitar 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 ver demoras en la comunidad por ejemplo
 - De proceso: Comprende los pasos a seguir para convertir insumos en un producto o servicio de salud. P. Ej. Causas administrativas
 - De la calidad de atención- no aplicación de las normas de atención

Ejemplo:

1. En la fase demostrativa de la aplicación de la mejora continua de la calidad de atención materno neonatal , se priorizaron los siguientes problemas:
 - Muertes maternas por hemorragia post parto.
 - Muertes neonatales por asfixia.

- Transmisión vertical del VIH.
- Letalidad alta en desnutridos severos.
- Desarticulación entre la comunidad y la red de servicios de salud.

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, las 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 parto grama
- Inexistencia, mal llenado o incompleto llenado de la historia clínica perinatal básica
- Cobertura de la prueba rápida del VIH menor al 5% en el control prenatal, debido a falta de dotación de pruebas
- Parto grama mal llenado, mal interpretado, nadie capacita al personal nuevo.
- En los servicios hay más de un modelo de parto grama.
- No se aplican los protocolos de atención al recién nacido y menos al niño con asfixia
- Alta solicitada de los niños desnutridos, reincidencia alta.
- 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 parto grama, existencia de oxcitocina, 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.

<p style="text-align: center;">Paso 3 Construcción de estándares de calidad y de indicadores para su evaluación.</p>
--

Se deben seleccionar los estándares de calidad a monitorear en base a 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 mejora continua de la calidad de atención.

El objetivo general de la mejora continua de la calidad de atención, es el de optimizar la calidad de los servicios de salud, mediante la implementación de la mejora continua, con la finalidad de contribuir a la reducción de la mortalidad materna y neonatal mediante la mejora de las prácticas de atención a las embarazadas y recién nacidos.

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

¿Qué hacer?

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

1. Delimitar los resultados esperados a corto plazo.
2. Seleccionar los estándares de calidad a monitorear en base a 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 la mejora continua identificar claramente su resultado esperado.

Tabla 1: Objetivos y resultados de la mejora

Objetivos específicos de mejoramiento y resultados esperados (estos podrían ser los estándares monitoreados)

Objetivos específicos de mejoramiento	Resultados esperados
1. 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 habrán aplicado oportunamente los Cuidados obstétricos y neonatales
2. Incrementar la cobertura de acceso a pruebas rápidas de VIH a embarazadas con consentimiento informado	Se habrá prevenido la transmisión materno infantil del VIH en hospitales
3. Incremento en el correcto llenado e interpretación del partograma	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	Se ha contribuido a la reducción de mortalidad materna por hemorragia a través del cumplimiento del MATEP
5. Incremento del cumplimiento de atención de THE	Se ha contribuido a la reducción de mortalidad materna por Trastornos Hipertensivos del Embarazo
6. Mejorar la atención inmediata del recién nacido	Se ha contribuido efectivamente al logro de la lactancia materna inmediata dentro de la primera hora y a la reducción de riesgo de anemia
7. Mejorar la atención del recién nacido con asfixia	Se ha reducido la tasa de letalidad por asfixia en neonatos
8. Mejorar la atención del recién nacido prematuro	Se ha reducido la tasa de letalidad por <u>prematurez</u>
9. Mejorar el manejo del recién nacido con sepsis neonatal	Se ha reducido la tasa de letalidad por sepsis neonatal
10. Asegurar el manejo correcto del desnutrido grave	Se ha reducido la letalidad por desnutrición aguda grave en niños/as menores de 5 años
11. Mejorar el manejo de neumonías adquiridas en la comunidad en niños menores de 5 años	Se ha reducido la tasa de letalidad por neumonías adquiridas en comunidad en niños menores de 5 años
12. Mejorar las prácticas de higiene de manos después y antes de cada procedimiento	Se ha reducido la morbilidad por IAAS

Fuente: Ciclos de Mejora de la Calidad

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 la mejora continua de la calidad de atención, así se evalúan los progresos alcanzados, es importante 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 5: 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	# Personal de salud capacitado en llenado correcto de HCPB # Ambientes para CPN que cuentan con la HCPB.	% de mujeres embarazadas que acudieron al CPN y se llenó su HCPB con las 12 actividades normadas	% mujeres con detección temprana de signos de peligro durante el embarazo. % mujeres embarazadas que reciben Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia.

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

Ejemplo:

Aplicación de conceptos para indicadores						
Indicador	Numerador	Denominador	Fuente	Periodicidad	Muestra	Área de atención Involucrada
% 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 Pre Natal observadas.	#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.

Fuente: Ciclos de mejora de la calidad

¿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 en base a 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. EJECUCION

<p style="text-align: center;">Paso 5 Elaboración de la línea de base</p>

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?

3. Selección de las Historias Clínicas: Se eligen 30 historias clínicas de un año completo pasado. Si solo existen 30 historias se toma en cuenta toda. 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. 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: El número de serie el billete termina en 2, entonces se toma en cuenta la 2ª historia clínica disponible.

- b. 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. Luego el número se suma al número obtenido del billete para así seleccionar la siguiente historia y sucesivamente hasta obtener las 30 historias.

Ejemplo: Si hay 95 Historias Clínicas disponibles, se divide 95 entre 30, eso nos da 3.16. El número obtenido se redondea a 3, luego este valor se suma al valor obtenido del billete y eso nos da 5 ($3+2=5$) ese 5 será nuestro número para seleccionar las historias, es decir a partir de la primera historia se cuentan 5 historias y se toma en cuenta la 5ª historia, luego la 10ª, 15ª y así sucesivamente.

4. 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.

Ficha de recolección de la información:

HISTORIA CLINICA 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).																																				
No	Criterios	# HClx																														Porcentaje				
		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					
1	Antecedentes Personales y Obstétricos																																	#DIV/0!		
2	Medición de Talla																																		#DIV/0!	
3	Examen de Mamas																																		#DIV/0!	
4	Semanas de Amenorrea																																		#DIV/0!	
5	Medición del Peso																																		#DIV/0!	
6	Determinación de Presión Arterial																																		#DIV/0!	
7	Medición de la Altura Uterina																																			#DIV/0!
8	Auscultación de FCF a partir de las 20 SG.																																			#DIV/0!
9	Movimientos Fetales después de 18 SG																																			#DIV/0!
10	Aplicación de Vacuna Antitetánica																																			#DIV/0!
11	Exámenes de Laboratorio (Grupo y Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO, Hemoglobina..)																																			#DIV/0!
12	Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal.																																			#DIV/0!
Expediente cumple																																				
		Promedio Global (en porcentaje %):																														#DIV/0!				

Instructivo 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**, se marcará con **1** solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA.
- 3 El **Promedio Global**, se obtiene de dividir el **Total de Expediente Cumple (1)** entre el **Total de Expedientes Monitoreados X 100**

Resumen Datos	
Expedientes que cumplen	0
Expedientes que no cumplen	0
Total Expedientes Revisados	0

5. 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 cuándo 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.

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

HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE (HCPB): Cada numero corresponde a un expediente de Control Pre Natal monitoreado El promedio por criterio nos servirá para focalizamos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).																																	
No	Criterios	50305	69651	33071	90606	81912	63640	88433	90124	89794	90577	75417	69662	89963	89006	90538	90396	73828	88811	89088	# H0x	# H0x	# H0x	# H0x	# H0x	# H0x	# H0x	# H0x	# H0x	# H0x	# H0x	# H0x	Porcentaje
		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		
1	Antecedentes Personales y Obstétricos	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													100
3	Examen de Mamas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	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													100
5	Medición del Peso	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													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													100
8	Auscultación de FCF a partir de las 20 SG.	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													100
9	Movimientos Fetales después de 18 SG	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	NA	1	1	NA	NA													100
10	Aplicación de Vacuna Antitetánica	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1													68
11	Exámenes de Laboratorio (Grupo y Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO, Hemoglobina.)	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													95
12	Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	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	1	0	1													
																					Promedio Global (en porcentaje %):						53						

Instructivo de llenado:

- 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.
- La casilla de **Expediente Cumple**, se marcará con **1** solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA.
- El **Promedio Global**, se obtiene de dividir el **Total de Expediente Cumple (1)** entre el **Total de Expedientes Monitoreados X 100**

Resumen Datos

Expedientes que cumplen	10
Expedientes que no cumplen	9
Total Expedientes Revisados	19

6. Existen 2 tipos de puntuación en la matriz:

a. Puntuación Vertical:

i. Cumplimiento del Expediente: En relación a cada expediente 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. La puntuación NA (No Aplica) la base de datos no lo toma en cuenta.

ii. Promedio Global de los cumplimientos de las 30 Historias Clínicas. El promedio global de cumplimiento del estándar, el que es graficado en el monitoreo mensual. 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.

Ejemplo: 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 este se redondea al anterior o siguiente número entero dependiendo del decimal obtenido.

Ejemplo: Esta sería la manera de llenar la tabla elaborada.

Tipos de puntuación de la matriz

HISTORIA CLINICA 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).																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
No	Criterios	00305	00501	00701	00906	01102	01303	01504	01704	01907	02107	02302	02503	02708	02908	03108	03308	03508	03706	03908	04108	04308	04508	04708	04908	05108	05308	05508	05708	05908	06108	06308	06508	06708	06908	07108	07308	07508	07708	07908	08108	08308	08508	08708	08908	09108	09308	09508	09708	09908	10108	10308	10508	10708	10908	11108	11308	11508	11708	11908	12108	12308	12508	12708	12908	13108	13308	13508	13708	13908	14108	14308	14508	14708	14908	15108	15308	15508	15708	15908	16108	16308	16508	16708	16908	17108	17308	17508	17708	17908	18108	18308	18508	18708	18908	19108	19308	19508	19708	19908	20108	20308	20508	20708	20908	21108	21308	21508	21708	21908	22108	22308	22508	22708	22908	23108	23308	23508	23708	23908	24108	24308	24508	24708	24908	25108	25308	25508	25708	25908	26108	26308	26508	26708	26908	27108	27308	27508	27708	27908	28108	28308	28508	28708	28908	29108	29308	29508	29708	29908	30108	30308	30508	30708	30908	31108	31308	31508	31708	31908	32108	32308	32508	32708	32908	33108	33308	33508	33708	33908	34108	34308	34508	34708	34908	35108	35308	35508	35708	35908	36108	36308	36508	36708	36908	37108	37308	37508	37708	37908	38108	38308	38508	38708	38908	39108	39308	39508	39708	39908	40108	40308	40508	40708	40908	41108	41308	41508	41708	41908	42108	42308	42508	42708	42908	43108	43308	43508	43708	43908	44108	44308	44508	44708	44908	45108	45308	45508	45708	45908	46108	46308	46508	46708	46908	47108	47308	47508	47708	47908	48108	48308	48508	48708	48908	49108	49308	49508	49708	49908	50108	50308	50508	50708	50908	51108	51308	51508	51708	51908	52108	52308	52508	52708	52908	53108	53308	53508	53708	53908	54108	54308	54508	54708	54908	55108	55308	55508	55708	55908	56108	56308	56508	56708	56908	57108	57308	57508	57708	57908	58108	58308	58508	58708	58908	59108	59308	59508	59708	59908	60108	60308	60508	60708	60908	61108	61308	61508	61708	61908	62108	62308	62508	62708	62908	63108	63308	63508	63708	63908	64108	64308	64508	64708	64908	65108	65308	65508	65708	65908	66108	66308	66508	66708	66908	67108	67308	67508	67708	67908	68108	68308	68508	68708	68908	69108	69308	69508	69708	69908	70108	70308	70508	70708	70908	71108	71308	71508	71708	71908	72108	72308	72508	72708	72908	73108	73308	73508	73708	73908	74108	74308	74508	74708	74908	75108	75308	75508	75708	75908	76108	76308	76508	76708	76908	77108	77308	77508	77708	77908	78108	78308	78508	78708	78908	79108	79308	79508	79708	79908	80108	80308	80508	80708	80908	81108	81308	81508	81708	81908	82108	82308	82508	82708	82908	83108	83308	83508	83708	83908	84108	84308	84508	84708	84908	85108	85308	85508	85708	85908	86108	86308	86508	86708	86908	87108	87308	87508	87708	87908	88108	88308	88508	88708	88908	89108	89308	89508	89708	89908	90108	90308	90508	90708	90908	91108	91308	91508	91708	91908	92108	92308	92508	92708	92908	93108	93308	93508	93708	93908	94108	94308	94508	94708	94908	95108	95308	95508	95708	95908	96108	96308	96508	96708	96908	97108	97308	97508	97708	97908	98108	98308	98508	98708	98908	99108	99308	99508	99708	99908	100108	100308	100508	100708	100908	101108	101308	101508	101708	101908	102108	102308	102508	102708	102908	103108	103308	103508	103708	103908	104108	104308	104508	104708	104908	105108	105308	105508	105708	105908	106108	106308	106508	106708	106908	107108	107308	107508	107708	107908	108108	108308	108508	108708	108908	109108	109308	109508	109708	109908	110108	110308	110508	110708	110908	111108	111308	111508	111708	111908	112108	112308	112508	112708	112908	113108	113308	113508	113708	113908	114108	114308	114508	114708	114908	115108	115308	115508	115708	115908	116108	116308	116508	116708	116908	117108	117308	117508	117708	117908	118108	118308	118508	118708	118908	119108	119308	119508	119708	119908	120108	120308	120508	120708	120908	121108	121308	121508	121708	121908	122108	122308	122508	122708	122908	123108	123308	123508	123708	123908	124108	124308	124508	124708	124908	125108	125308	125508	125708	125908	126108	126308	126508	126708	126908	127108	127308	127508	127708	127908	128108	128308	128508	128708	128908	129108	129308	129508	129708	129908	130108	130308	130508	130708	130908	131108	131308	131508	131708	131908	132108	132308	132508	132708	132908	133108	133308	133508	133708	133908	134108	134308	134508	134708	134908	135108	135308	135508	135708	135908	136108	136308	136508	136708	136908	137108	137308	137508	137708	137908	138108	138308	138508	138708	138908	139108	139308	139508	139708	139908	140108	140308	140508	140708	140908	141108	141308	141508	141708	141908	142108	142308	142508	142708	142908	143108	143308	143508	143708	143908	144108	144308	144508	144708	144908	145108	145308	145508	145708	145908	146108	146308	146508	146708	146908	147108	147308	147508	147708	147908	148108	148308	148508	148708	148908	149108	149308	149508	149708	149908	150108	150308	150508	150708	150908	151108	151308	151508	151708	151908	152108	152308	152508	152708	152908	153108	153308	153508	153708	153908	154108	154308	154508	154708	154908	155108	155308	155508	155708	155908	156108	156308	156508	156708	156908	157108	157308	157508	157708	157908	158108	158308	158508	158708	158908	159108	159308	159508	159708	159908	160108	160308	160508	160708	160908	161108	161308	161508	161708	161908	162108	162308	162508	162708	162908	163108	163308	163508	163708	163908	164108	164308	164508	164708	164908	165108	165308	165508	165708	165908	166108	166308	166508	166708	166908	167108	167308	167508	167708	167908	168108	168308	168508	168708	168908	169108	169308	169508	169708	169908	170108	170308	170508	170708	170908	171108	171308	171508	171708	171908	172108	172308	172508	172708	172908	173108	173308	173508	173708	173908	174108	174308	174508	174708	174908	175108	175308	175508	175708	175908	176108	176308	176508	176708	176908	177108	177308	177508	177708	177908	178108	178308	178508	178708	178908	179108	179308	179508	179708	179908	180108	180308	180508	180708	180908	181108	181308	181508	181708	181908	182108	182308	182508	182708	182908	183108	183308	183508	183708	183908	184108	184308	184508	184708	184908	185108	185308	185508	185708	185908	186108	186308	186508	186708	186908	187108	187308	187508	187708	187908	188108	188308	188508	188708	188908	189108	189308	189508	189708	189908	190108	190308	190508	190708	190908	191108	191308	191508	191708	191908	192108	192308	192508	192708	192908	193108	193308	193508	193708	193908	194108	194308	194508	194708	194908	195108	195308	195508	195708	195908	196108	196308	196508	196708	196908	197108	197308	197508	197708	197908	198108	198308	198508	198708	198908	199108	199308	199508	199708	199908	200108	200308	200508	200708	200908	201108	201308	201508	201708	201908	202108	202308	202508	202708	202908	203108	203308	203508	203708	203908	204108	204308	204508	204708	204908	205108	205308	205508	205708	205908	206108	206308	206508	206708	206908	207108	207308	207508	207708	207908	208108	208308	208508	208708	208908	209108	209308	209508	209708	209908	210108	210308	210508	210708	210908	211108	211308	211508	211708	211908	212108	212308	212508	212708	212908	213108	213308	213508	213708	213908	214108	214308	214508	214708	214908	215108	215308	215508	215708	215908	216108	216308	216508	216708	216908	217108	217308	217508	217708	217908	218108	218308	218508	218708	218908	219108	219308	219508	219708	219908	220108	220308	220508	220708	220908	221108	221308	221508	221708	221908	222108	222308	222508	222708	222908	223108	223308	22350

Matrices en Excel elaboradas u obtenidas del SEDES, llenadas con todos los datos encontrados en la línea de base.

Paso 6
Planes de mejora continua 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. En base a las razones se construyen los paquetes de cambio específicos para cada una. Se puede usar una tabla para visualizar el problema identificado y su solución (o cambio planteado)

Ejemplo:

Tabla 6: 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 fotocopiaran 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 Pre Natal	× Asegurar instrumentos que permitan tomar signos vitales, antropometría y cálculo del IMC(tensiómetro, fonendoscopio, 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 mensual – semanal-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 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 mejora de la calidad del Establecimiento de Salud.

3. VERIFICACION

<p style="text-align: center;">Paso 7 Monitoreo mensual del cumplimiento de los estándares e indicadores</p>
--

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 Expedientes Clínicos o HCPB 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. Para el efecto se cuenta con la base de datos del monitoreo mensual (anexo base de datos y monitoreo mensual)

¿Qué hacer?

1. A partir de la construcción de la línea de base, mensualmente el equipo se reúne para monitorear el cumplimiento de los estándares de calidad seleccionados siguiendo la metodología de selección al azar de 30 expedientes clínicos para su valoración de acuerdo a 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:

Digamos que la línea de base la hicimos en mayo del 2013 (para la línea base tomamos un año anterior, es decir de mayo del 2012 a mayo del 2013). Como mayo ya está contemplado 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 todos los expedientes del mes medido.

2. Si en el mes hubieron 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 los datos llenadas, impresas y firmadas por el equipo de la mejora continua de la calidad cada mes.*

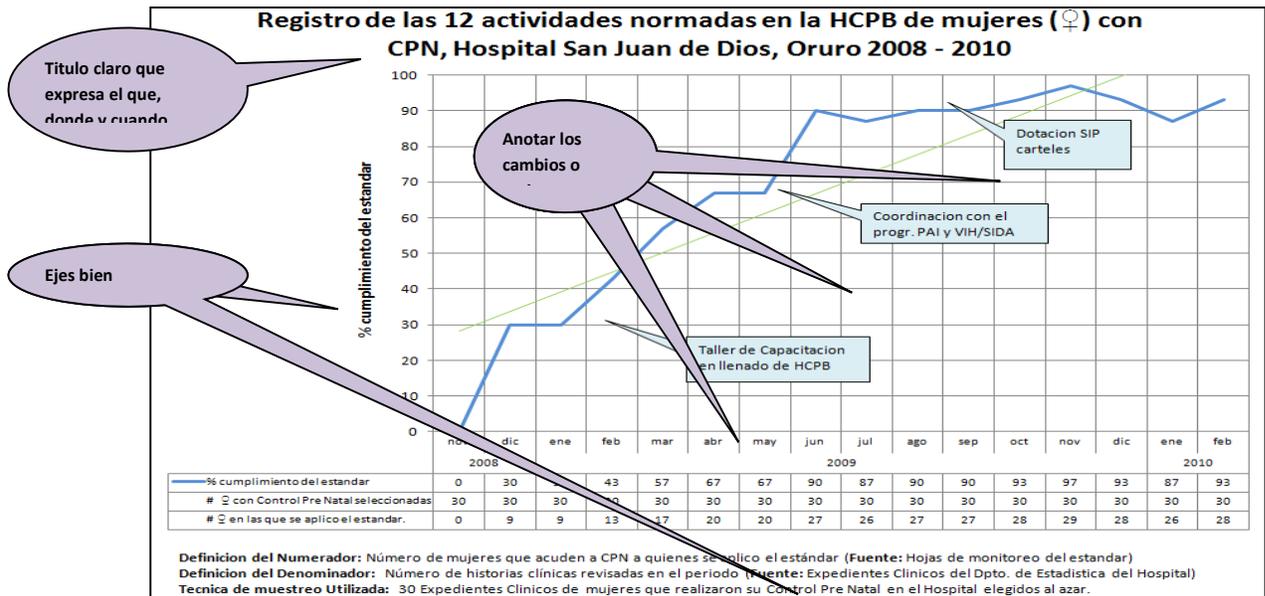
Paso 8
Graficación del monitoreo mensual de indicadores

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 los siguientes criterios de elaboración:

1. Deben contar con un título bien definido y que indique donde, cuando y que 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 grafico que muestra todos los aspectos mencionados anteriormente.



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 estos son efectivos se los mantiene y cuándo 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 siguiente a fin de reflejar los cambios exitosos y los cambios que no funcionaron o no fueron aplicados correctamente.

Tabla 7: Sistematización de cambios			
Colocar el Objetivo Específico de Mejoramiento (definido en el paso 3) como título del cuadro.			
Estándar de Calidad	Que cambios se hicieron	¿Funciono? ¿Si o No?	¿Porque?
Colocar el estándar que corresponde a ese objetivo de Mejoramiento (ver paso 4)	Colocar los cambios realizados	Colocar si el cambio funciona o no	Describir brevemente porque funciona o no funciona el cambio?

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

Tabla 8: Explicación de la sistematización de cambios			
Estándar de Calidad	Que cambios se hicieron	Cuando se hicieron los cambios?	Funciono el cambio ¿Si o No y Porque?
Toda embarazada que acude a su control prenatal se le deberá llenar la HCPN y registrar en ella las 12 actividades normadas	Socialización de la mejora continua de la calidad de atención a todo el personal del Servicio de maternidad para su aplicación.	Marzo/2009	El personal se mostro mas presto a colaborar luego de conocer el beneficio de la mejora continua de la calidad de atención a 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, médicos) En la medición del mes siguiente ya se evidencio 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 del indicador, 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. Gráficos del paso 8 elaborados para cada estándar y presentados en formato Power Point.
4. Cuadro Resumen del paso 10 elaborado para cada estándar y presentado en formato Power Point.

5. ACTUAR

Paso 11
Medición de impacto de la mejora continua 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 grafica (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 grafico.
8. Se debe elaborar un grafico 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° Unidades de Sangre utilizadas y N° Casos de hemorragia, pues el Resultado esperado con el MATEP es disminuir las hemorragias post parto.

Grafico 2: Porcentaje de cumplimiento del MATEP y N° de casos de hemorragia post parto, Hospital San Juan de Dios, Oruro 2008 - 2010

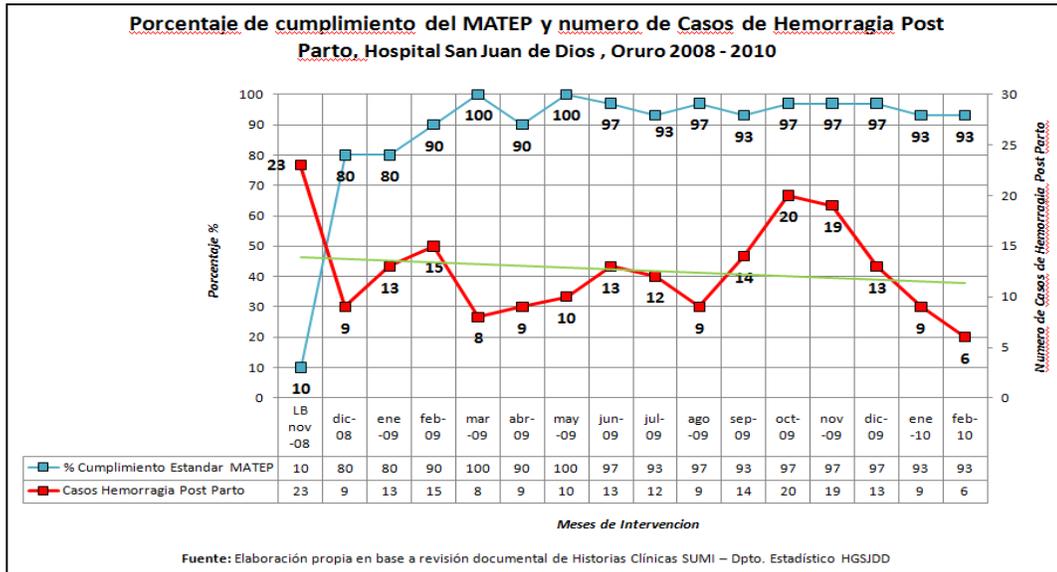
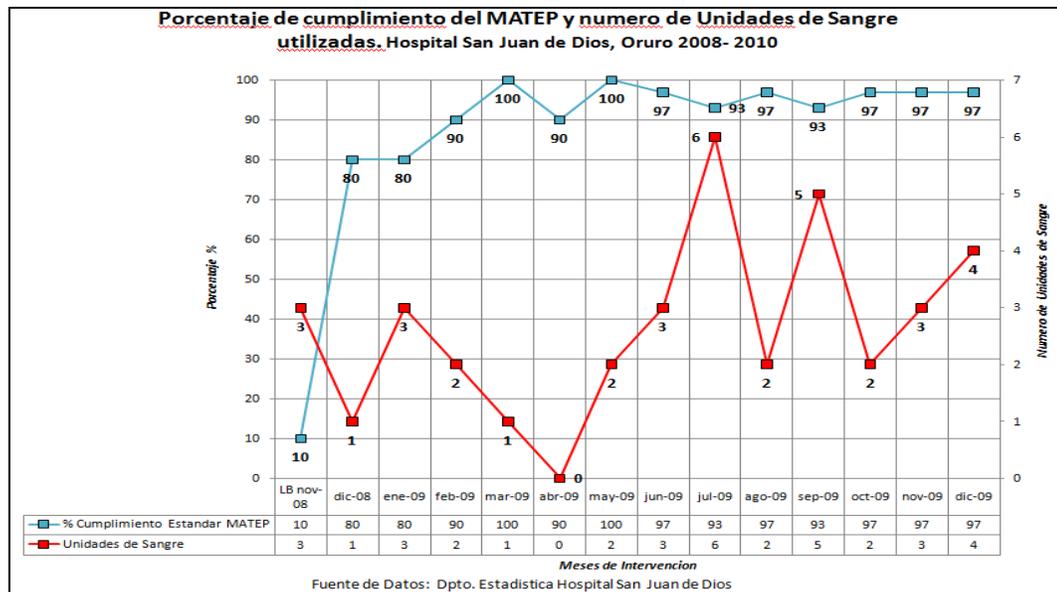


Grafico 2: Porcentaje de cumplimiento del MATEP y N° de unidades de sangre utilizadas, Hospital San Juan de Dios, Oruro 2008 - 2010



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 la mejora continua 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 la mejora continua de la calidad 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 Por niveles, nacional a SEDES semestral, de SEDES a hospitales trimestrales 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, 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 al 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 de mejora continua de la calidad.
4. Fortalecer el monitoreo de los estándares de la mejora continua de la calidad de atención.
5. Seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de las supervisiones

Instrumentos a utilizar

En la supervisión gerencial se aplicará el formulario de supervisión de la mejora continua de la calidad de atención. (anexo)

Técnicas y procedimientos generales de la supervisión

1. Se combina 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 llenara dos originales.
5. En el proceso de la supervisión se irán corrigiendo los problemas detectados, dentro del método de enseñanza aprendizaje de acuerdo a 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 en base a 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 consolidaran 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, gerencia)

Modalidad I

Corresponde a la supervisión sistemática de los puntos focales de los SEDES a los Hospitales de II y III nivel de atención que cumplen con los estándares de calidad de la mejora continua de la calidad de atención.

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 establecimientos 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 a 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 presentara 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 la mejora continua de la calidad de atención 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, detectar problemas y obstáculos, hacer modificaciones y evitar errores que incrementen los resultados positivos. La evaluación nos indica que está funcionando y que no, que debemos mantener y que debemos cambiar.

Las evaluaciones una constituyen en herramienta para tomar decisiones.

Etapa 6. Retroalimentación correo, web, boletines

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

Plan de implementación de la propuesta.

Plan de trabajo ciclos de mejora de la calidad de atención

No	Actividad	Objetivo	Responsable	fecha	Cumplimiento	Observaciones
1	Monitoreo y consolidación del CMC de los 9 departamentos, información de enero 2014.	Contar con información actualizada, mensual de todos los hospitales del país	Dra. Carla Parada,	del 10 al 25 de cada mes (Enero a diciembre)		No requiere presupuesto
2	Supervisión cruzada y monitoreo del cumplimiento de los Ciclos de Mejora Continua de la Calidad en los hospitales en los 9 departamentos	Apoyar a los equipos de calidad de los hospitales en la aplicación de los paquetes de cambio	Dra. Carla Parada, Eq. Técnico URSSyC	3er y 4to trimestre		gestionar presupuesto
3	Supervisión cruzada entre hospitales	Compartir experiencias exitosas entre pares (hospitales)	Dra. Carla Parada, Eq. Tec. Departamentales	4to trimestre		gestionar presupuesto
4	Sesión de evaluación de los CMCC e introducción de nuevos estándares de calidad Santa Cruz, Beni y Pando	Capacitar en el manejo de la metodología, herramientas de monitoreo, de supervisión y elaborar planes de trabajo de seguimiento a los ciclos en hospitales y su aplicación en las redes de salud	Dra. Carla Parada, Eq. Técnico URSSyC	3er. trimestre		gestionar presupuesto
5	Sesión de evaluación de los CMCC e introducción de nuevos estándares de calidad Cochabamba, Chuquisaca y Tarija	Capacitar en el manejo de la metodología, herramientas de monitoreo, de supervisión y elaborar planes de trabajo de seguimiento a los ciclos en hospitales y su aplicación en las redes de salud	Dra. Carla Parada, Eq. Técnico URSSyC	3er trimestre		gestionar presupuesto
6	Sesiones de evaluación de los CMCC e introducción de nuevos estándares de calidad La Paz, Oruro y Potosí	Capacitar en el manejo de la metodología, herramientas de monitoreo, de supervisión y elaborar planes de trabajo de seguimiento a los ciclos en hospitales y su aplicación en las redes de salud	Dra. Carla Parada, Eq. Técnico URSSyC	3er trimestre		gestionar presupuesto
7	Incorporar a la página WEB del SNIS las gráficas de monitoreo	Informar permanentemente	Dra. Carla Parada SNIS	cada trimestre		gestionar presupuesto
8	Impresión y diseño de boletines para la socialización de resultados de la vigilancia de la calidad de la atención	Difundir resultados	Dra. Carla Parada SNIS	trimestral		gestionar presupuesto
9	Incorporar a nuevos hospitales de segundo y tercer nivel	Extender la cobertura del monitoreo de la calidad	Dra. Carla Parada,	Permanente		gestionar presupuesto

Presupuesto

ACTIVIDAD	MONTO EN Bs.
Diagnóstico de situación actual de la salud materna y neonatal, para la aplicación de la estrategia de mejora continua de la calidad de atención	10.000
Taller de capacitación a los responsables departamentales de la estrategia de mejora de la calidad mejora continua de la calidad de atención	26.950
Monitorear y consolidar la información de los hospitales (mensual) de la aplicación de estrategia de la mejora continua de la calidad de atención	2.000
Supervisión de hospitales seleccionados	33.150
Evaluación Nacional de la estrategia de la mejora continua de la calidad de atención	185.800
Boletín trimestral de divulgación masiva	32.000
MONTO TOTAL Bs.	289.900

12. BIBLIOGRAFIA

1. **Ministerio de Salud y Deportes:** Manual de Normas, Reglas, protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las Hemorragias de la primera mitad del embarazo, La Paz-Bolivia, 2009, publicación 143
2. **Ministerio de Salud y Deportes:** Reglamento General de Hospitales. Enero 2005.
3. **Ministerio de Salud y Deportes:** Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico, La Paz-Bolivia 2008, Publicación 64.
4. **Ministerio de Salud y Deportes:** Vigilancia de la Mortalidad Materna, La Paz - Bolivia 2008 Publicación 105
5. **Ministerio de Salud y Deportes:** Manual de Auditoria y Norma Técnica, La Paz – Bolivia 2008
6. **Ministerio de Salud y Deportes:** Bases para la Organización y Funcionamiento del Proyecto nacional de Calidad en Salud (PRONACS), La Paz-Bolivia 2008.
7. **Ministerio de Salud y Deportes:** Obtención del Consentimiento Informado, La Paz-Bolivia 2008.
8. **Ministerio de Salud y Deportes:** manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de 2° y 3° nivel de atención, la Paz-Bolivia 2008
9. **Ministerio de Salud y Deportes:** Norma Nacional de Atención Clínica, La Paz – Bolivia. 2012
10. **Reanimación Neonatal**, American Heart Association, 6°edición.
11. **OPS/OMS**, Federación Latinoamericana de Hospitales: La Garantía de Calidad, Acreditación de hospitales para América latina y el Caribe. Enero 1992.
12. **Costa Carballo**, CM. El Control d Calidad: Una Herramienta para la gestión sanitaria. Ciencias de la información 1994; 3(4):142-55.
13. **Manual de Estándares de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**, Colombia 1999.