

**SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS  
DIRECCION GENERAL DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE GARANTIA DE CALIDAD**

**SISTEMA DE DOCUMENTACION, ANALISIS E INTERCAMBIO DE INFORMACION**

**PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD**

**DIRIGIDO A LOS EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

**ASESORIA TECNICA DEL PROYECTO MEJORAMIENTO DE LA ATENCION EN SALUD DE USAID  
HCI/USAID  
CONTRATO:**

**SEPTIEMBRE DEL 2009**

## PRESENTACION DEL DOCUMENTO

El presente documento contiene dos herramientas que han sido diseñadas con el propósito de apoyar la documentación, análisis e intercambio de información entre equipos de calidad. Estas herramientas son:

- Diario del Equipo de Mejoramiento
- Síntesis del Aprendizaje del Mejoramiento
- Base de datos de EXCEL

El diario del equipo es una herramienta que les permite a los equipos que trabajan en Mejoramiento Continuo (MC) documentar los siguientes aspectos:

- a) Que es lo que están tratando de lograr
- b) Como se darán cuenta que los cambios eran Mejoras a la calidad
- c) Que cambios se introducirán en los procesos para lograr el objetivo de mejoramiento propuesto.

Su uso puede ser flexible dependiendo de la dinámica que el equipo ha establecido para sus reuniones, por lo tanto puede ser utilizado semanal o mensualmente.

Es indispensable que al hacer uso del Diario el equipo siga los siguientes pasos:

- Identificación de los objetivos de mejoramiento y los indicadores
- Análisis del proceso a mejorar diseñando el flujograma del proceso,
- Identificación de las fallas del proceso
- Identificación de los cambios a realizar
- Prueba de los cambios para evaluar si el cambio introducido provocó una mejora en el indicador.
- Graficar mensualmente el indicador para evaluar si se está mejorando o no.

Para resumir y compartir el aprendizaje del proceso de mejoramiento, se ha diseñado la herramienta Síntesis, tiene el propósito de resumir cual era el objetivo del mejoramiento, que cambios el equipo hizo, cuales funcionaron y cuáles no, barreras vencidas y recomendaciones a otros equipos para mejorar el indicador.

En las siguientes secciones del presente documento, se presentan las matrices de las herramientas, ejemplos elaborados por los equipos y

# 1

# DIARIO DEL EQUIPO

**Formato Estándar para la Documentación de las intervenciones de Calidad**

**Diario de Documentación para Equipos de MCC**

**Introducción:** Este formato ha sido desarrollado para servir de “diario” para que los EMCC puedan documentar regularmente todos los cambios que han probado durante el ciclo rápido de MCC, incluyendo el impacto de estos cambios que están medidos por cada uno de los indicadores seleccionados. Este diario de documentación consta de 3 partes. En la primera parte, Ustedes deben documentar que están tratando de lograr y por qué. En la segunda parte, los cambios específicos implementados deberían ser descritos tal como su efectividad y las fechas en las cuales los cambios comenzaron y terminaron (si es aplicable). En la tercera parte, Ustedes pueden dar seguimiento al impacto de los cambios probados a través del monitoreo de indicadores con el transcurso del tiempo.

Por favor asegúrese de incluir todos los detalles como les sea posible. Al final del ciclo rápido de MCC, este diario puede servir como una base detallada de la cual se pueden compartir lecciones aprendidas y contribuir a la expansión del paquete de cambios otros Equipos. A continuación la “herramienta de síntesis” la cual brinda guía a los equipos de MCC, facilitadores y coordinadores en el análisis y compartimiento de sus experiencias.

**Coordinador del EMCC:** \_\_\_\_\_ **Nombre de la Unidad de Salud:** \_\_\_\_\_

**Fecha de inicio:** \_\_\_\_\_ **Fecha de finalización:** \_\_\_\_\_

**Parte 1.1: Plan – Objetivo de Mejoramiento:** Al inicio de sus esfuerzos de MCC, por favor responda las siguientes preguntas:

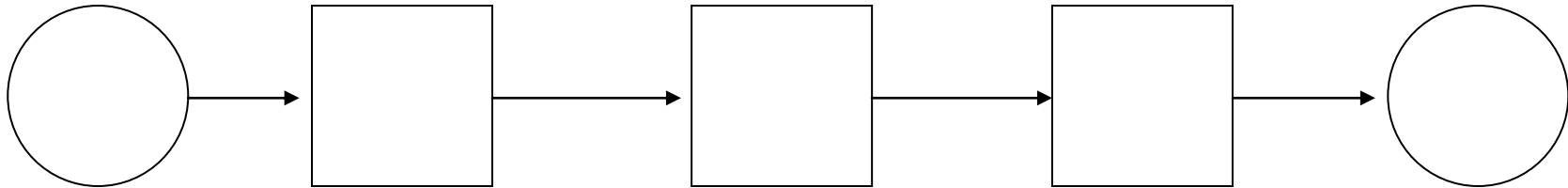
| <b>Objetivo de Mejoramiento:</b> (¿Qué estamos tratando de lograr?) | <b>Nombre de los indicadores(s) que usarán para determinar si hay una mejora por cada objetivo correspondiente:</b> | <b>Construcción del indicador</b> | <b>Fuente Numerador</b> | <b>Fuente denominador</b> |
|---|---|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 1.  | 1.  |                                   |                         |                           |
| 2.  | 2.  |                                   |                         |                           |

**1.2 Análisis del Proceso:**

¿Qué pasos en el proceso de atención son actualmente problemáticos?

Utilice el Flujoograma para hacer análisis del proceso.

**FLUJOGRAMA DEL PROCESO**



Detalle de actividades  
por cada paso

-  
-  
-

Detalle de actividades  
por cada paso

-  
-  
-

Detalle de actividades  
por cada paso

-  
-  
-

|   |                         |
|---|-------------------------|
| <p><b>1.3 Fallas que detecto en el proceso (Descripción del Problema):</b><br/>Corta explicación de los retos que ha observado actualmente. ¿Qué diferencias hay entre el estándar de atención y en las practicas actuales?</p> | <p>Ideas de cambios</p> |
|   |                         |
|   |                         |
|   |                         |
|   |                         |

**Parte 2.1: Cambios Implementados:**

La siguiente tabla enlista varios tipos de cambios que los equipos de MCC a menudo introducen para mejorar la calidad de la atención brindada. Por cada objetivo de mejoramiento, por favor enliste todos los cambios que su equipo ha introducido dentro de cada categoría, independientemente si fue exitoso, eventual o no. Déjenos saber cuando el cambio fue iniciado y cuando terminó (si aplica). Después que Usted haya suficientemente evaluado el cambio, asegúrese de anotar si Usted piensa que fue efectivo. Si Usted tiene múltiples cambios para varios objetivos de mejoramiento, por favor agregue una tabla o pagina más.

**Objetivo de Mejoramiento:** \_\_\_\_\_

| <b>I. Relacionado con los insumos</b>   | <b>Cambios probados:</b> En el espacio abajo, enliste todos los cambios que Ustedes están Implementando para lograr su objetivo de mejoramiento. Escriba 1-2 oraciones para describir brevemente el cambio implementado. | <b>Fecha de inicio:</b><br>mes/día/año | <b>Fecha de finalización:</b><br>mes/día/año | <b>Fue efectivo? (Si/No)</b> Logró el efecto deseado ? | <b>Comentarios:</b> Anote aquí cualquier evidencia que el cambio produjo; o razones ¿Por qué? no fue efectivo. |
|---|--|--|--|--|--|
| <b>A. Cambios para mejorar la disponibilidad y habilidades de los trabajadores de salud</b><br>(ej. capacitación, acompañamiento, supervisión, esfuerzos para mejorar actitudes o motivación) | A1.<br><br>A2.<br><br>A3.  |  |  |  |  |
| <b>B. Cambios para asegurar la disponibilidad de los insumos y materiales</b><br>(ej. medicinas, equipos, laboratorio exámenes, instrumentos médicos, ayudas de trabajo, formatos, etc.)      | B1.<br><br>B2.<br><br>B3.  |  |  |  |  |
| <b>C. Otros cambios</b><br>(Si son diferentes a los cambios de arriba, decisiones gerenciales)  | C1.<br><br>C2.<br><br>C3.<br><br>C4.   |  |  |  |  |



| <b>II. Aplicado al proceso de atención</b>  | <b>Cambios probados:</b> En el espacio abajo, enliste todos los cambios que Ustedes están Implementando para lograr su objetivo. Use 1-2 oraciones para describir en forma concreta el cambio implementado. | <b>Fecha de inicio:</b><br>mes/día/año | <b>Fecha de finalización</b><br>:<br>mes/día/año | <b>¿Fue efectivo? (Si/No)</b> Logró el cambio el efecto deseado ? | <b>Comentarios:</b> Anote aquí cualquier evidencia que el cambio produjo; o razones ¿Por qué? no fue efectivo. |
|---|---|--|--|---|--|
| <b>D. Cambios a los contenidos clínicos de la atención</b><br>(ej. Normas, políticas, guías para servicios de parto, inclusive el uso de nuevos insumos, etc.)                            | D1.<br><br>D2.<br><br>D3.<br><br>D4.  |  |  |   |  |
| <b>E. Cambios en la organización de la atención o servicios de salud</b><br>(ej. Flujo del trabajo, Flujo de usuarios, organización de los servicios, tiempos, reducción de gastos, etc.) | E1.<br><br>E2.<br><br>E3.   |  |  |   |  |
| <b>C. Otros cambios</b><br>(Si son diferentes a los cambios de arriba, decisiones gerenciales)  | F1.<br><br>F2.  |  |  |   |  |

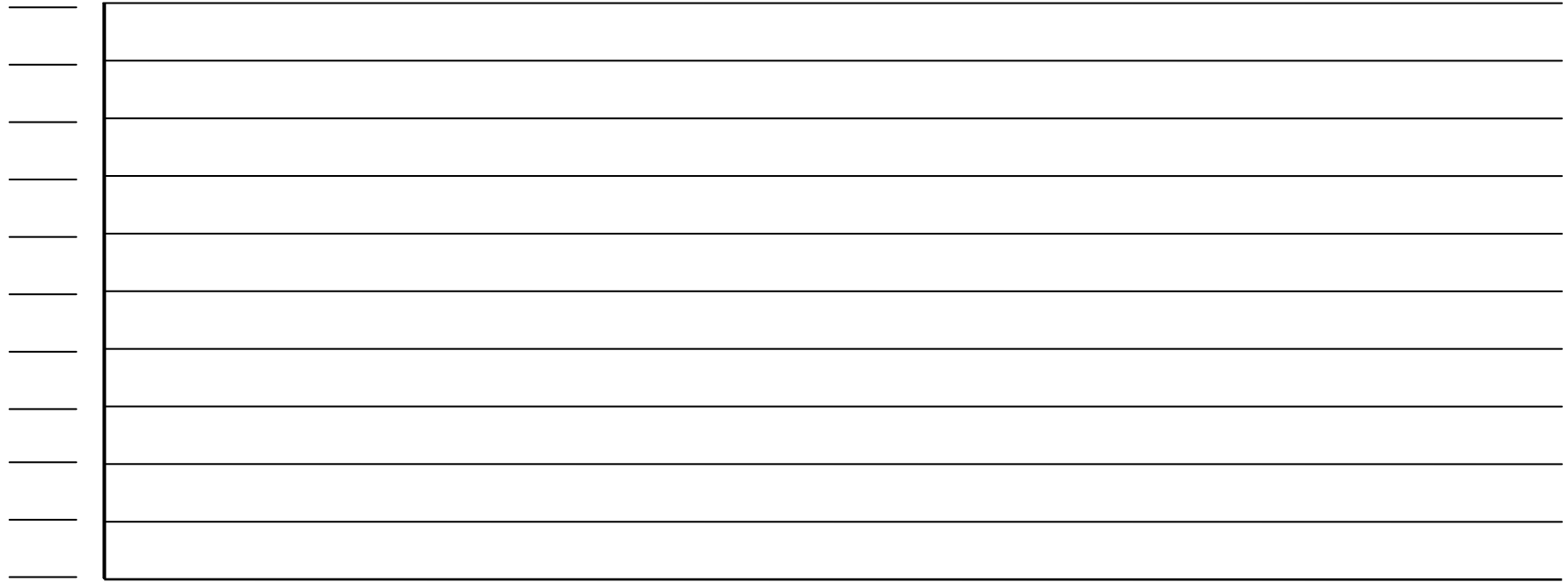


**Parte 3: Estudio – Resultados:** Por cada indicador (u objetivo de mejoramiento), use la grafica siguiente para documentar el impacto de los cambios probados durante el periodo. Asegúrese de describir los indicadores que ha usado, incluyendo el valor del numerador y denominador. También indique en la gráfica el tiempo en el cual se introdujeron los cambios y/o cuando terminaron. Por favor adjunte una grafica separada por cada indicador o grupo de indicadores.

**Nombre del indicador:** \_\_\_\_\_

**Definición del numerador:** \_\_\_\_\_ **Definición del denominador:** \_\_\_\_\_

Indicador  
Valor



Meses

**Indicator #1:**

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Numerador   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Denominador |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| %           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Indicator #2 :**

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Numerador   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Denominador |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| %           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## EJEMPLO DE DIARIO

### Formato E estándar para la Documentación de las intervenciones de Calidad

#### Diario de Documentación para Equipos de MCC

**Introducción:** Este formato ha sido desarrollado para servir de "diario" para que los EMCC puedan documentar regularmente todos los cambios que han probado durante el ciclo rápido de MCC, incluyendo el impacto de estos cambios que están medidos por cada uno de los indicadores seleccionados. Esta diario de documentación consta de 3 partes. En la primera parte, Ustedes deben documentar que están tratando de lograr y por qué. En la segunda parte, los cambios específicos implementados deberían ser descritos tal como su efectividad y las fechas en las cuales los cambios comenzaron y terminaron (si es aplicable). En la tercera parte, Ustedes pueden dar seguimiento al impacto de los cambios probados a través del monitoreo de indicadores con el transcurso del tiempo.

Por favor asegúrese de incluir todos los detalles como les sea posible. Al final del ciclo rápido de MCC, este diario puede servir como una base detallada de la cual se pueden compartir lecciones aprendidas y contribuir a la expansión del paquete de cambios otros Equipos. A continuación la "herramienta de síntesis" la cual brinda guía a los equipos de MCC, facilitadores y coordinadores en el análisis y compartimiento de sus experiencias.

Coordinador del EMCC: Consolidado red de Taulabé                      Nombre de la Unidad de Salud: Red de Taulabé

Fecha de inicio: Enero 2009    Fecha de finalización: 31 Diciembre 2009

Parte 1.1: *Plan* – Objetivo de Mejoramiento: Al inicio de sus esfuerzos de MCC, por favor responda las siguientes preguntas:

| Objetivo de Mejoramiento: (¿Qué estamos tratando de lograr?)   | Nombre de los indicadores(s) que usarán para determinar si hay una mejora por cada objetivo correspondiente:             | Construcción del indicador  | Fuente Numerador                 | Fuente denominador |
|--|--|---|----------------------------------|--------------------|
| 1. Al 30 de cada mes lograr la captación del 90% de embarazadas < 20 semanas en las áreas de influencia de la Red de Taulabé | 1. Porcentaje de embarazadas < 20 semanas captadas en el área de influencia de cada unidad de salud de la red de Taulabé | Numero de embarazadas captadas antes de las 20 semanas en el área Influencia de la red de Taulabé<br><hr/> Numero de meta mensual de embarazadas a captar antes de las 20 semanas en el área de influencia de la red de Taulabé | ATA<br>AT2R<br>LISEM<br>INFORMES | P.O.A.             |
| Objetivo de Mejoramiento: (¿Qué estamos tratando de lograr?)<br><br>2.   | Nombre de los indicadores(s) que usarán para determinar si hay una mejora por cada objetivo correspondiente              |   |                                  |                    |

\*\*\*Idea original EMCC U.S. Taulabé\*\*

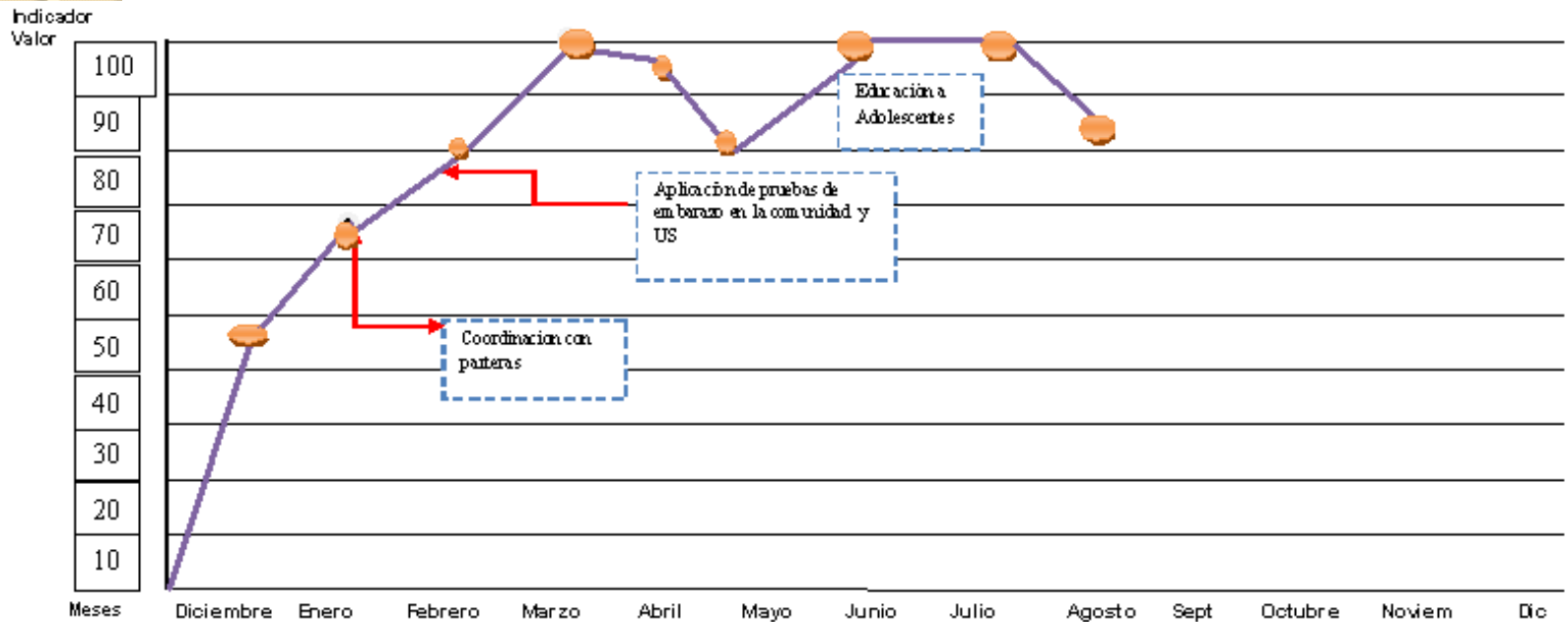
**Parte 2.1: Cambios Implementados:**

La siguiente tabla enlista varios tipos de cambios que los equipos de MCC a menudo introducen para mejorar la calidad de la atención brindada. Por cada objetivo de mejoramiento, por favor enliste todos los cambios que su equipo ha introducido dentro de cada categoría, independientemente si fue exitoso, eventual o no. Déjenos saber cuando el cambio fue iniciado y cuando terminó (si aplica). Después que Usted haya suficientemente evaluado el cambio, asegúrese de anotar si Usted piensa que fue efectivo. Si Usted tiene múltiples cambios para varios objetivos de mejoramiento, por favor agregue una tabla o pagina más.

| Objetivo de Mejoramiento:   | <b>Lograr captación del 90 % de embarazadas &lt; 20 semanas</b>   |                                      |                                       |   |  |
|---|---|--------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <i>I. Relacionado con los insumos</i>   | Cambios probados: En el espacio abajo, enliste todos los cambios que Ustedes están Implementando para lograr su objetivo de mejoramiento. Escriba 1-2 oraciones para describir brevemente el cambio implementado.   | Fecha de inicio:<br>mes/día/año<br>o | Fecha de finalización:<br>mes/día/año | Fue efectivo?<br>( Si/No) Logró el efecto deseado?  | Comentarios: Anote aquí cualquier evidencia que el cambio produjo; o razones ¿Por qué? no fue efectivo.            |
| <b>A. Cambios para mejorar la disponibilidad y habilidades de los trabajadores de salud</b><br>(ej. capacitación, acompañamiento, supervisión, esfuerzos para mejorar actitudes o motivación) | A1. Capacitación continua de las parteras y fortalecimiento sistema de referencia para mejorar la captación de embarazo menor de 20 semanas .<br><br>A2. Capacitación al personal de salud institucional en el diagnostico correcto de la prueba de embarazo y en forma oportuna. | Febrero                              | PERMANENTE                            | Si, hemos recibido mas referencias de las parteras y reportes verbales de las mujeres embarazadas sin control.                      | El que el promotor tenga a disponibilidad la prueba de embarazo en la comunidad es un beneficio para ambas partes. |
| <b>B. Cambios para asegurar la disponibilidad de los insumos y materiales</b><br>(ej. medicinas, equipos, laboratorio exámenes, instrumentos médicos, ayudas de trabajo, formatos, etc.)      | B1. Realización de pruebas rapidas a mujeres en Paquete Basico y en las visitas domiciliarias en las comunidades del area de influencia de la Red de Taulabe.<br><br>B2.<br><br>B3.   | Febrero<br><br>Marzo                 | Permanente                            | Si, se han captado embarazadas nuevas en las visitas domiciliarias y en los paquetes basicos y en las diferentes unidades de salud. |  |
| <b>C. Otros cambios</b><br>(Si son diferentes a los cambios de arriba, decisiones gerenciales)  | C1. Adolescentes educando a otros adolescentes<br><br>C2 Encuentros deportivos femeninos  | Junio<br><br>Agosto                  | Julio<br><br>Octubre                  | A corto plazo no se observa modificacion positiva en la grafica   | Se coordino con estudiantes del instituto Liberacion,  |

**Parte 3: Estudio – Resultados:** Por cada indicador (u objetivo de mejoramiento), use la grafica siguiente para documentar el impacto de los cambios probados durante el periodo. Asegúrese de describir los indicadores que ha usado, incluyendo el valor del numerador y denominador. También indique en la gráfica el tiempo en el cual se introdujeron los cambios y/o cuando terminaron. Por favor adjunte una grafica separada por cada indicador o grupo de indicadores.

**Nombre del indicador:** Porcentaje de embarazadas < 20 semanas captadas de la red de Taulabé **Definición del numerador:** Numero embarazadas captadas **Definición del denominador:** Meta mensual antes de las 20 semanas en el área de influencia de la red de Taulabé



Indicador #1:

|             |     |     |     |      |     |     |      |      |     |  |  |  |  |
|-------------|-----|-----|-----|------|-----|-----|------|------|-----|--|--|--|--|
| Numerador   | 33  | 51  | 53  | 70   | 63  | 53  | 70   | 66   | 58  |  |  |  |  |
| Denominador | 61  | 66  | 66  | 66   | 66  | 66  | 66   | 66   | 66  |  |  |  |  |
| %           | 54% | 77% | 80% | 100% | 95% | 80% | 100% | 100% | 87% |  |  |  |  |

Indicador #2:

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Numerador   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Denominador |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| %           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2**

***SINTESIS DEL APRENDIZAJE  
EN MCC***

**SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS  
DEPARTAMENTO DE GARANTIA DE CALIDAD**

A continuación se le brinda una guía para resumir el aprendizaje que el equipo de mejoramiento obtuvo en el proceso de mejoramiento de la calidad. Este es un paso importante para que los equipos aprendan unos de otros y así hacer que el mejoramiento sea más acelerado. Sea lo más descriptivo que pueda.

**Coordinador del Equipo** \_\_\_\_\_ **Unidad de Salud:** \_\_\_\_\_  
**Preparado por** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Colaborativo:** \_\_\_\_\_ **Periodo documentado (meses):** \_\_\_\_\_

**Miembros del equipo de MCC:**

| No. | Nombre | Profesión | Función dentro del equipo |
|-----|--------|-----------|---------------------------|
|     |        |           |                           |
|     |        |           |                           |
|     |        |           |                           |
|     |        |           |                           |
|     |        |           |                           |
|     |        |           |                           |
|     |        |           |                           |
|     |        |           |                           |
|     |        |           |                           |
|     |        |           |                           |

**1. TITULO**

Describa el objetivo de su mejoramiento y el indicador que diseño para dar seguimiento al objetivo.

**2. CONTEXTO**

Describa quien está liderando el proceso de mejoramiento, a cuantas personas beneficia en el área de influencia, que tipo de personas son las beneficiarias, edades, localización)

**3. EL PROBLEMA**

Describa el problema y a que proceso pertenece, como fue identificado, porque fue seleccionado.

**4. EVALUACION DEL PROBLEMA Y ANALISIS DE SUS CAUSAS.**

Describa cual fueron las fallas del proceso que el equipo identificó y las que seleccionó para mejorar. Explique porque consideró el equipo que era importante abordar estas fallas del proceso.

**5. CAMBIOS INTRODUCIDOS**

Describa los cambios que el equipo introdujo en el proceso a mejorar. Descríbalos en orden cronológico tal como sucedieron en el tiempo y tal como los tiene graficados en el Diario.

- Explique primero que cambios funcionaron. Describa las actividades que se hicieron para la implementación del cambio que funcionó

- Luego describa los cambios que no funcionaron y explique porque el equipo cree que no funcionaron. Explique las actividades que se hicieron para la implementación del cambio que no funcionó.
- Explique ¿por qué? Cree que no funcionó.
- Que hizo el equipo antes los cambios que no funcionaron.
- Indique las barreras que enfrentó el equipo para lograr su objetivo de mejoramiento y como lograron vencerlas. Describa que evidencias tiene el equipo para probar que su cambio si fue un mejoramiento.

**6. MONITOREO DEL INDICADOR DE MEJORAMIENTO**

Presente la grafica en donde muestre los logros en el cumplimiento del indicador. Incluya cuadros en la grafica para que indique cuando se introdujo el cambio y se vea en forma visual si el indicador se incrementó ó no.

**7. EFECTOS DE LOS CAMBIOS**

Describa otros efectos positivos o negativos en las personas, usuarios, proveedores, etc., que produjeron los cambios implementados. También puede dar explicaciones de lo que Usted cree que contribuyó con el mejoramiento o con la falta de mejoramiento además de los cambios introducidos.

Describa que consejos les daría a otros equipos para acelerar el mejoramiento en sus objetivos. Comparta las lecciones que el equipo aprendió en el proceso de mejoramiento del objetivo mejorado. También indíqueles a otros equipos que cosas no deberían hacer para evitar pérdidas de tiempo, recursos, etc.

**8. LECCIONES APRENDIDAS**

Describa que fue lo más importante de todo el proceso de mejoramiento, que aprendió y que cosas quiere el equipo resaltar para que otros equipos lo hagan.

Instrucciones para el llenado de la Síntesis del Aprendizaje

## Elemplo de Sintesis

### **SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS RED DE SERVICIOS DE SALUD DESCENTRALIZADA MADRE FELIZ (MAFE)**

**TITULO:** *Mejoramiento de captación temprana de la embarazada antes de las 20 semanas de gestación en el área de influencia del proveedor descentralizado de servicios de salud “Madre Feliz” (MAFE), integrada por 1 CESAMO, 3 CESAR y una Clínica Materno Infantil en la Región de Salud No. 3 con sede en Comayagua.*

#### **9. CONTEXTO**

MAFE es un gestor descentralizado de la red de servicios de salud de Taulabé integrada por 5 unidades de salud, que beneficia a una población de 8,752 mujeres en edad fértil, de las cuales se esperan que se embaracen un estimado de 792 mujeres en el año 2009. Según las normas de atención establecidas por la Secretaría de Salud toda embarazada debe iniciar su control prenatal antes de las 20 semanas de gestación.

#### **10. EL PROBLEMA**

A pesar de sus esfuerzos por lograr la captación temprana de la embarazada antes de las 20 semanas de gestación en su área de influencia, la red de servicios ha logrado a Diciembre del 2008 el 54% que representa una brecha de 26% de la meta que MAFE se comprometió con la Secretaría de Salud. Por esta razón los equipos de mejoramiento de la calidad diseñaron un ciclo rápido de mejoramiento que involucra a toda la red de servicios y que se inició en Enero del 2009 por los resultados obtenidos en diciembre del año anterior.

#### **11. EVALUACION DEL PROBLEMA Y ANALISIS DE SUS CAUSAS.**

Al analizar el proceso de la captación de la embarazada antes de las 20 semanas, los equipos de las unidades de salud reconocieron que tres estrategias permitían a MAFE cumplir su objetivo: 1) la demanda espontanea a la unidad de salud, 2) la captación de embarazadas durante la entrega del paquete básico en la comunidad, 3) la referencia realizada por el promotor de salud cuando visita la comunidad y 4) la referencia de la partera. A pesar de los esfuerzos realizados, el promotor solo podía captar la embarazada que mostraba su abdomen evidentemente agrandado, la partera había entrado en distanciamiento de los servicios de salud, la embarazada tarda en reconocer y aceptar su embarazo y visita tardíamente el centro de salud. Además de lo anterior, cuando la embarazada es captada y referida a la unidad de salud, un problema importante para ella es la falta de dinero para el transporte y en otras ocasiones el tiempo que hay que emplear en el traslado. La unidad más cercana al único centro de salud con laboratorio de MAFE queda a 1 hora y las más lejanas 3 horas, sin contar aquellas comunidades que no cuentan con transporte y por lo tanto hay que caminar. Por último, los equipos habían detectado que la mayoría de sus embarazadas son adolescentes y estas son más difíciles de captar.

#### **12. CAMBIOS INTRODUCIDOS**

La red de servicios de MAFE introdujo una serie de cambios para mejorar la captación del 80% de las embarazadas antes de las 20 semanas de gestación de su área de influencia. Estos cambios se detallan a continuación en el orden cronológico como sucedieron.

- 1) Se reforzaron los conocimientos de las parteras del área de influencia en la importancia de la atención prenatal y la importancia de visitar el centro de salud tempranamente. También se les reforzó sus conocimientos en el uso de la hoja de referencia diseñada por la Secretaría de Salud para que continuaran refiriendo a toda embarazada nueva a la Unidad de Salud lo más pronto posible. Después de estas actividades se mejoró el indicador de un 53% a 77%.
- 2) Para continuar mejorando, el equipo de calidad planificó la introducción de la prueba rápida de embarazo a nivel comunitario para detectar embarazadas. En primer lugar se tuvo que convencer a la administración de MAFE para que comprara las pruebas de embarazo, basándose en la disminución del pago por no cumplimiento del indicador convenido con la Secretaría de Salud.
- 3) Una vez obtenido el insumo, la prueba se aplicó en la entrega de un “**paquete básico**” de servicios de salud en la comunidad realizada por un grupo de profesionales de MAFE (médicos y enfermeras). El paquete básico brinda atención prenatal, puerperal, citologías, inmunizaciones,



niño sano y enfermo). Después de su captación la embarazada es referida a la unidad de salud para recibir la atención prenatal e ingresar al club de embarazadas. Uno de los problemas que se presentó fue que la entrega de “*paquete básico*” no es continuo en las comunidades (MAFE tiene 90 comunidades en su área de influencia y todas necesitan ser atendidas de acuerdo a cronograma). Las mujeres comenzaron a solicitar la prueba para saber si estaban embarazadas al promotor de salud de MAFE.

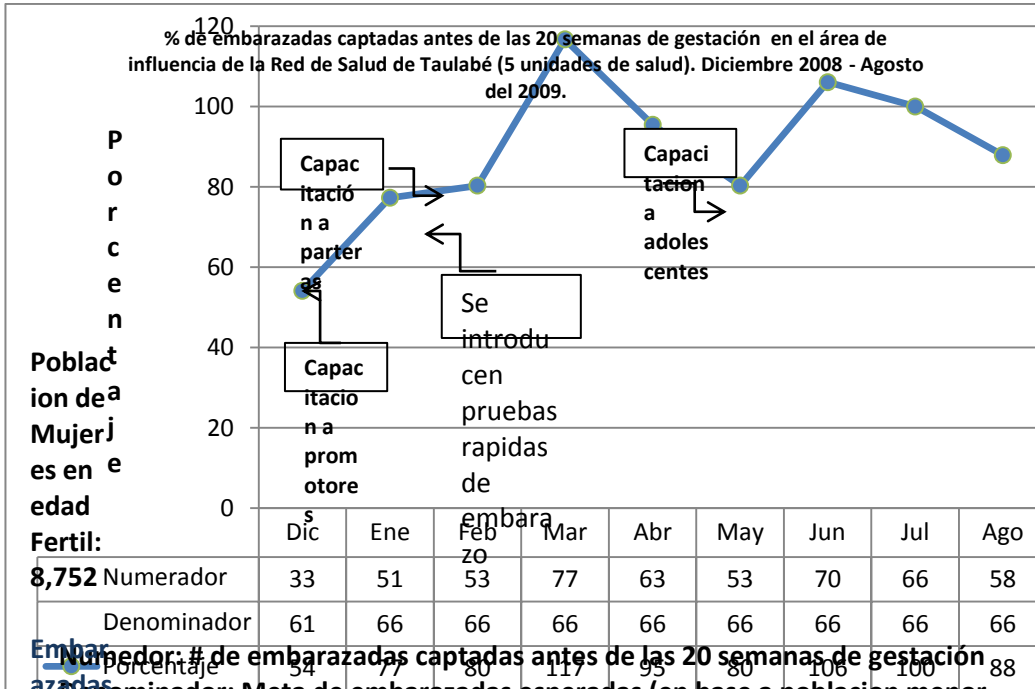
- 4) En base a lo anterior, otro cambio que MAFE decidió fue realizar la prueba durante las visitas del promotor de salud a las comunidades. Previamente tuvo que capacitarlo en el uso de la prueba de embarazo.
- 5) MAFE tiene cinco unidades de salud y solo una de ellas tiene laboratorio clínico, así que MAFE decidió introducir las pruebas rápidas de embarazo en las unidades de salud que no cuentan con laboratorio para las mujeres que demanden espontáneamente.
- 6) Con la introducción de estos cambios el objetivo se logró rápidamente. También se presentó el problema de que la mayor parte de las adolescentes se captaban tardíamente, debido a problemas culturales como, vergüenza, miedos a los padres, pena a lo que dirá la comunidad, etc. MAFE comenzó a llevar un registro detallado de cuantas adolescentes habían entre las nuevas embarazadas captadas. En base a estos registros MAFE ahora conoce que el 33% de las embarazadas nuevas captadas son adolescentes (2% más que el año 2008). Así que el ultimo cambio realizado ha sido un proceso de intervención a adolescentes, tanto a nivel de colegios, comunidad y unidades de salud para mejorar que se pongan en control si creen estar embarazadas pero principalmente para evitar que se embaracen.



Usaria haciendo la prueba de embarazo en la comodidad de su casa, acompañada por una promotora de salud de MAFE.

### 13. MONITOREO DEL INDICADOR DE MEJORAMIENTO

Después de 9 meses de trabajo, la red de servicios de salud ha alcanzado rápidamente un promedio de cumplimiento del indicador mayor del 80%, acorde a lo convenido con la Secretaria de Salud, con algunos meses que ha sobrepasado hasta unos 120% de embarazadas captadas antes de 20 semanas, tal como lo muestra la grafica siguiente:



**14. EFECTOS DE LOS CAMBIOS**

Debido a los cambios implementados, el promotor de MAFE se le ha asignado una nueva responsabilidad en su perfil que consiste en la aplicación de la prueba rápida para detectar embarazo a nivel comunitario. Ahora las mujeres cuando ven al promotor de MAFE en la comunidad le dicen *“anda la cintita (cinta de prueba rápida de embarazo)”*. Otro beneficio es que la embarazada ahorra dinero porque no tiene que pagar por una prueba de laboratorio y no tiene que trasladarse a la unidad de salud para el diagnóstico. La captación temprana de la embarazada ha permitido la suplementación oportuna con ácido fólico en el primer trimestre. Para el gestor los beneficios más evidentes son el logro de la meta del convenio de gestión y la integración del trabajo comunitario con la unidad de salud. Otro logro de la intervención ha sido que MAFE ha detectado que el 68% de las nuevas embarazadas captadas son adolescentes. Debido a esto, MAFE iniciará un nuevo ciclo rápido para lograr espaciar el espacio intergenésico del segundo embarazo de la adolescente.

**15. LECCIONES APRENDIDAS**

La lección más importante de la experiencia de MAFE en el tema ha sido el cambio de paradigma de *“no esperar que la mujer embarazada por si misma busque la atención prenatal”*, hay que buscarla a ella, hay que facilitarle que conozca que está embarazada y que tome la decisión de ponerse en control prenatal. Los objetivos de mejoramiento se logran más fácilmente en el trabajo de equipo de los trabajadores de salud que comparten sus debilidades, fortalezas y sus logros. Al hacer el análisis del proceso de atención este debe comenzar a nivel comunitario y es el trabajo integrado entre comunidad y unidad de salud que facilita el logro de metas. Finalmente, la gestión con calidad realizada por MAFE y sus equipos ha permitido que los insumos estén disponibles permanentemente, los proveedores motivados y las metas cumplidas.

# 3

## **BASE DE DATOS DE EXCEL**

### Objetivo de la Base de datos:

Llevar un registro periódico de los resultados de las mediciones de los indicadores de calidad así como brindar gráficamente a través de líneas de tiempo para evidenciar si el indicador está mejorando o no con la finalidad de tomar decisiones oportunas en los diferentes niveles.

Se han diseñado dos bases de datos:

1. La Base de datos ambulatoria, que es aplicable en:
  - a. CESAR, CESAMO y Clínicas Materno Infantiles o de Emergencia que brindan atención ambulatoria
2. La Base de datos para hospitalización, que es aplicable a las Clínicas Materno Infantiles y de Emergencia.

La información es reportada desde los siguientes niveles:

1. La Unidad de Salud o Equipo de MCC reporta a la Red de Salud
2. La Red de Salud consolida sus unidades de salud y envía un consolidado a nivel regional
3. El nivel regional procesa los reportes de las redes de salud y reporta un consolidado de Región hacia el nivel central.

La Base consta de las siguientes secciones:

1. La hoja de instrucciones para el uso de la base de datos.
2. Una hoja donde se introducen los datos de numeradores y denominadores
3. Una Hoja que automáticamente consolida los datos de todas las regiones y/o unidades de salud que reportan.
4. Dos graficas por cada indicador:
  - a. La grafica que muestra el consolidado, la mediana, los valores mas altos y los valores mas bajos.
  - b. La segunda grafica que muestra, además del consolidado del indicador, las graficas de todas las regiones o unidades de salud reportando.

Todas las graficas se describen la construcción del numerador, denominador y la muestra.

A continuación ejemplo de la base de datos EXCEL.

**SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS  
PROYECTO DE GARANTÍA DE CALIDAD QAP / URC**

**INSTRUCTIVO PARA EL USO DE LA BASE DE DATOS EXCEL "REPORTE CONSOLIDADO REGIÓN DEPARTAMENTAL":**

La presente base de datos, contiene hojas que pueden accederse por el nombre desde las pestañas de la parte inferior del libro Excel. Estas hojas son las siguientes:

- 1.- Hoja de instrucciones (INSTRUCTIVO)
- 2.- Hoja de ingreso de datos de las Áreas de Salud ó Municipios (REPORTE ÁREAS DE SALUD)
- 3.- Hoja de ingreso de datos de la Región Departamental y de reporte (CONSOLIDADO REGIÓN DEPARTAMENTAL)
- 4.- Hojas de gráficos de cada uno de los indicadores (G 1 ..... hasta la G20.....) y de monitoreo de áreas que trabajan en mejoramiento continuo de la calidad

La base permite el monitoreo de los indicadores de calidad de acuerdo a su periodicidad, en forma mensual, trimestral, semestral y anual

**1.- REPORTE ÁREAS DE SALUD:**

Es una matriz que sirve para ingresar datos de la medición del cumplimiento de estándares de calidad de las Áreas de Salud, de la siguiente manera:

Semiautomáticamente: se debe ingresar a la base de datos de cada Área de Salud, Ejemplo. Área # 1, abrir el archivo de los resultados de la medición, seleccionar la columna de los valores del numerador y denominador del mes que se desee copiar, (las celdas que están protegidas no permiten copiar toda la columna, el computador da la señal) colocar el cursor en el icono copiar y hacer clic. Luego, ubicarse en la base de datos de la Región ó Departamento, en la hoja de "Reporte Áreas de Salud", ubicar el Área (ejemplo, Área # 1), colocar el cursor en el mes correspondiente y por debajo de la celda del numerador (N), dar un clic en el icono pegar.

Manualmente: se debe ingresar los datos del numerador y denominador de cada uno de los indicadores (20), correspondientes al mes de la medición y de cada Área de Salud.

**2.- CONSOLIDADO REGIÓN DEPARTAMENTAL:**

Es una matriz que sirve para el reporte de la medición del cumplimiento de estándares de calidad de la Región y consta de la siguiente estructura:

Las celdas de porcentaje, se colorean de color verde, si es aceptable el nivel de calidad, amarillo en alerta, y rojo cuando no es aceptable.

a) Datos generales, se deberá registrar el nombre de la Región ó Departamento, el año y los nombres de la/s persona/s responsable/s de realizar el consolidado de la medición.

Las celdas han sido protegidas, dejando libres las que permiten registrar la información, además se encuentra en algunas de ellas comentarios útiles para el ingreso de datos.

b) Celdas / columnas: con los nombres de los procesos, el número del estándar y el nombre del indicador

c) Celdas / filas con los doce meses del año y para cada mes existen siete columnas

|                 |              |            |
|-----------------|--------------|------------|
| N - Numerador   | ME - Mediana | R-Recuento |
| D - Denominador | A- MÁXIMO    |            |
| % - Porcentaje  | B- MÍNIMO    |            |

Una vez ingresados los datos del numerador y denominador de los 20 indicadores de calidad de cada Área de Salud, en "Reporte Áreas ó Municipios" las hojas de "Consolidado Región Departamental" y las de los gráficos se llenarán automáticamente. Excepto de los Indicadores del porcentaje de Areas que trabajan en MCC y porcentaje de Áreas que reportan los indicadores, cuyos numerador y denominador deberán ser ingresados manualmente en la hoja "Consolidado Región"

Esta matriz puede ser impresa tanto para ver los resultados de las mediciones en el nivel regional como para reportar a la SECRETARIA DE SALUD

**3.- GRÁFICOS:**

Se han diseñado gráficos para cada uno de los estándares e indicadores de calidad (1 al 20), de la misma manera estos gráficos se ejecutan automáticamente y pueden accederse por el nombre (G1. . al G20..) desde las pestañas de la parte inferior del libro Excel e imprimirse si se considera necesario.

**NOTA:** Además existen 7 pestañas ocultas que son el **NUMERADOR, DENOMINADOR, PORCENTAJE, MEDIANA, MAXIMO(A), MINIMO (B) Y RECUESTO**, que sirven para elaborar los gráficos y se llenarán automáticamente.

SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS / PROYECTO DE GARANTÍA DE CALIDAD QAP - URC

| REGION/UNIDAD DE SALUD:   |          |   | 2008  |     |     |         |     |    |       |     |    |       |     |     |
|---|----------|---|-------|-----|-----|---------|-----|----|-------|-----|----|-------|-----|-----|
| Proceso/Estándar  | Estándar | Indicador   | Enero |     |     | Febrero |     |    | Marzo |     |    | Abril |     |     |
|   |          |   | N     | D   | %   | N       | D   | %  | N     | D   | %  | N     | D   | %   |
| La unidad de salud cuenta con el 100% de insumos para brindar atención de salud reproductiva (mujer y niño).  | 1        | % de insumos presentes en la unidad de salud para brindar salud reproductiva en el día de la medición   |       |     |     |         |     |    | 369   | 414 | 89 |       |     |     |
| Todas las usuarias de atención prenatal deberán estar registradas en los LISEM, identificado su riesgo y establecida una acción para su seguimiento.  | 2        | % de embarazadas registradas en los LISEM, identificado su riesgo y establecida una acción para su seguimiento.   | 292   | 309 | 94  | 334     | 374 | 89 | 275   | 343 | 80 | 296   | 346 | 86  |
| Todas las usuarias de atención prenatal deberán ser evaluadas y registradas en las HCPB de acuerdo a los criterios establecidos en la norma.  | 3        | % de usuarias de atención prenatal que fueron evaluadas y registradas en la HCPB de acuerdo a los criterios establecidos en la norma.   | 273   | 319 | 86  | 265     | 360 | 74 | 246   | 324 | 76 | 205   | 333 | 79  |
| A todas las embarazadas en su tercera atención prenatal (27-29 semanas de gestación) deberá realizarse una segunda toma de Hemoglobina en sangre, proteínas y leucocitos en orina.            | 4        | % de embarazadas que en su tercera atención prenatal se les realizó la segunda toma de Hemoglobina en sangre, proteínas y leucocitos en orina.  | 0     | 0   | 0   | 0       | 0   | 0  | 22    | 39  | 56 | 287   | 357 | 80  |
| Las usuarias de atención prenatal de la unidad de salud están satisfechas con la atención recibida.   | 5        | % de usuarias de atención prenatal satisfechas con la atención recibida.  | 1     | 11  | 9   | 1       | 20  | 5  | 73    | 78  | 94 | 50    | 53  | 94  |
| La Unidad de Salud brinda una respuesta escrita a las referencias recibidas.  | 6        | % de referencias que reciben una respuesta escrita brindada por la Unidad de Salud.   | 26    | 41  | 63  | 10      | 24  | 42 | 0     | 0   |    | 30    | 30  | 100 |
| Las puerperas deberán recibir atención en los primeros 10 días después del parto.   | 7        | % de puerperas que reciben atención antes de los 10 días post parto   | 146   | 358 | 41  | 200     | 422 | 47 | 179   | 290 | 62 | 219   | 348 | 63  |
| A toda puerpera se le deberá investigar en el expediente acerca de a. Característica de los Loquios. b. P.A. c. Saugrado d. cefalea e fiebre  | 8        | % de puerperas atendidas en la unidad en la que se les investigó y registro en el expediente los criterios seleccionados  | 45    | 73  | 62  | 83      | 105 | 79 | 130   | 168 | 77 | 144   | 187 | 77  |
| Toda usuaria post evento obstétrico (PEO) deberá recibir consejería y/o información y oferta de métodos de planificación familiar.  | 9        | % de usuarias de post evento obstétrico (PEO) que recibieron consejería y/o promoción y oferta de métodos de planificación familiar   | 239   | 287 | 83  | 297     | 318 | 93 | 268   | 298 | 90 | 359   | 403 | 89  |
| El 100% de los niños menores de 5 años que son atendidos en la unidad de salud deben tener su grafica de crecimiento y desarrollo completa y actualizada correctamente y registrada en la HCI | 10       | % de niños menores de 5 años que fueron atendidos en la unidad de salud y que tienen su grafica de crecimiento y desarrollo completa y actualizada correctamente y registrada en la HCI | 62    | 70  | 89  | 89      | 120 | 74 | 84    | 107 | 79 | 117   | 159 | 74  |
| El 100% de niños menores de 5 años que son atendidos en la unidad de salud son evaluados y registrados en la hoja de evaluación de AIEPI en forma completa                                    | 11       | % de niños menores de 5 años que fueron atendidos en la unidad de salud y que fueron evaluados y registrados en la hoja de evaluación de AIEPI en forma completa                        | 403   | 457 | 88  | 281     | 376 | 75 | 168   | 246 | 68 | 312   | 345 | 90  |
| Todos los niños (a) menores de 2 años de edad deberán estar registrados en los LINVI en forma completa  | 12       | % de niños menores de 2 años de edad que fueron registrados en los LINVI en forma completa  | 210   | 252 | 83  | 337     | 389 | 87 | 151   | 211 | 72 | 238   | 298 | 80  |
| El 100% de niños menores de 5 años de edad atendidos en la unidad de salud con diagnóstico de Neumonía reciben tratamiento de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.                  | 13       | % de niños menores de 5 años de edad atendidos en la unidad de salud con diagnóstico de Neumonía que recibieron tratamiento de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.           | 65    | 83  | 78  | 64      | 80  | 80 | 68    | 78  | 87 | 72    | 91  | 79  |
| El 100% de niños con diagnóstico de diarrea atendidos en la unidad de salud son evaluados, clasificados y tratados de acuerdo al grado de deshidratación.                                     | 14       | % de niños con diagnóstico de diarrea atendidos en la unidad de salud que fueron evaluados, clasificados y tratados de acuerdo al grado de deshidratación.                              | 90    | 96  | 94  | 138     | 160 | 86 | 130   | 146 | 89 | 132   | 152 | 87  |
| El 100% de los niños < de 5 años con diagnóstico de Neumonía y/o Diarrea deben recibir tratamiento inicial a nivel comunitario tal como lo indica la estrategia de AINC.                      | 15       | % de niños < de 5 años con diagnóstico de Neumonía y/o Diarrea que recibieron tratamiento inicial a nivel comunitario tal como lo indica la estrategia de AINC.                         | 17    | 17  | 100 | 0       | 14  | 0  | 12    | 28  | 43 | 2     | 16  | 13  |
| El 100% de Niños < de 5 años con diagnóstico de Neumonía atendidos en la unidad de salud deben recibir seguimiento dentro de las siguientes 48 horas a la atención.                           | 16       | % de Niños < de 5 años con diagnóstico de Neumonía que fueron atendidos en la unidad de salud y que recibieron seguimiento dentro de las siguientes 48 horas a la atención.             | 22    | 38  | 58  | 21      | 23  | 91 | 28    | 41  | 68 | 27    | 45  | 60  |
| Los EMCC deben reportar mensualmente su monitoreo de indicadores  | 17       | % de EMCC reportando en el mes  | 15    | 28  | 54  | 16      | 28  | 57 | 15    | 28  | 54 | 18    | 28  | 64  |
| Muerte Materna  | 18       | # de muertes maternas   | 1     |     |     | 3       |     |    | 2     |     |    | 0     | 0   |     |
| Muerte Neonatal   | 19       | # de muertes en < 28 días   | 0     | 0   |     | 0       | 0   |    | 0     | 0   |    | 0     | 0   |     |
| Muerte infantil   | 20       | # de muertes de 29 días a 12 meses  | 0     | 0   |     | 0       | 0   |    | 0     | 0   |    | 0     | 0   |     |

Anotar el nombre de la región o centro de salud

Mes a mes anotar el numerador y denominador

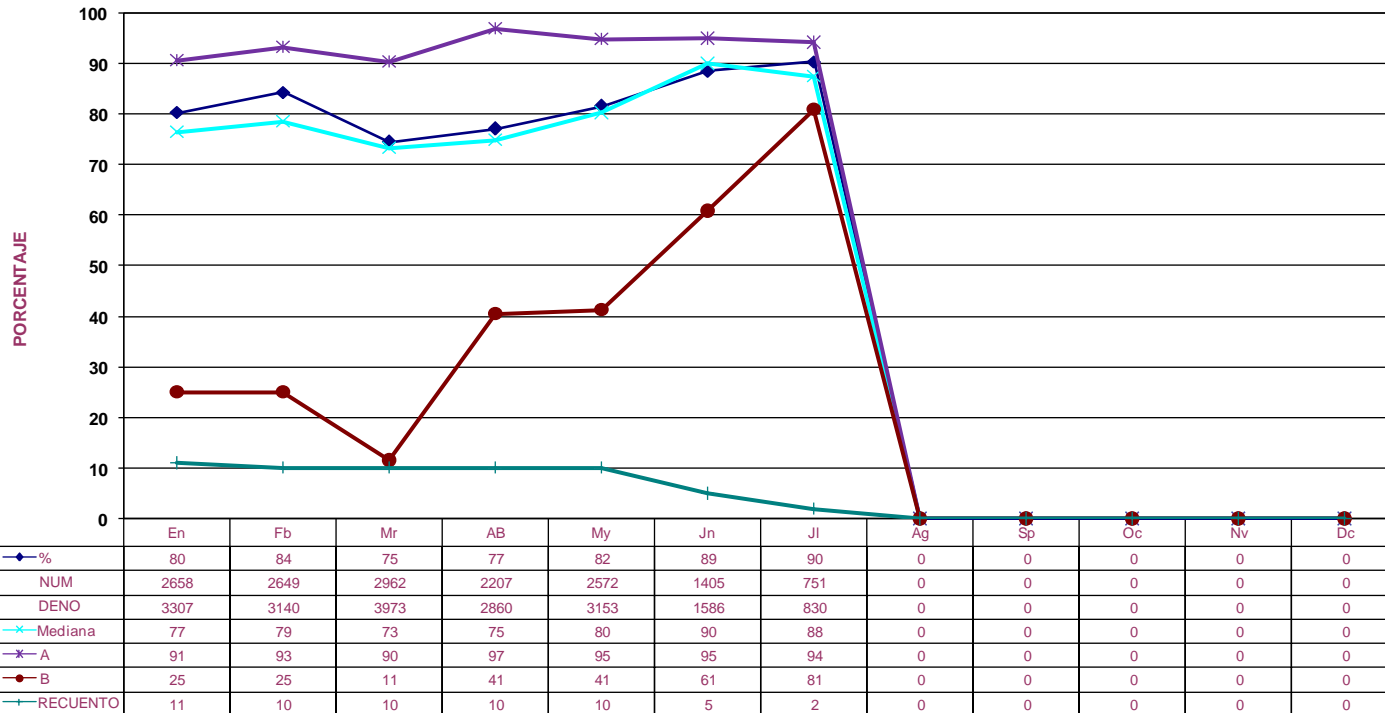
La base automáticamente colorea el porcentaje dependiendo del resultado:  
 Rojo: < de 70%  
 Amarillo: entre 71% y 90%  
 Verde: < de 90%

Anotar el nombre de otra región o centro de salud

| REGION/UNIDAD DE SALUD:  |          |   | 2008  |     |    |         |     |    |       |      |    |       |     |    |
|--|----------|---|-------|-----|----|---------|-----|----|-------|------|----|-------|-----|----|
| Proceso/Estándar   | Estándar | Indicador   | Enero |     |    | Febrero |     |    | Marzo |      |    | Abril |     |    |
|  |          |   | N     | D   | %  | N       | D   | %  | N     | D    | %  | N     | D   | %  |
| La unidad de salud cuenta con el 100% de insumos para brindar atención de salud reproductiva (mujer y niño).   | 1        | % de insumos presentes en la unidad de salud para brindar salud reproductiva en el día de la medición           |       |     |    |         |     |    | 1351  | 1637 | 83 |       |     |    |
| Todas las usuarias de atención prenatal deberán estar registradas en los LISEM, identificado su riesgo y establecida una acción para su seguimiento. | 2        | % de embarazadas registradas en los LISEM, identificado su riesgo y establecida una acción para su seguimiento. | 567   | 608 | 93 | 493     | 529 | 93 | 557   | 662  | 84 | 399   | 489 | 82 |

Gráfica 1: Muestra 4 líneas de tiempo: la primera es el consolidado de todas las regiones o unidades de salud reportando, la segunda muestra la mediana, la tercera línea muestra el valor mas alto que se reportó y la cuarta muestra el valor más bajo reportado

**INDICADOR # 3: Usuaris de atención prenatal que fueron evaluadas y registradas en la HCPB de acuerdo a los criterios establecidos en la norma.**

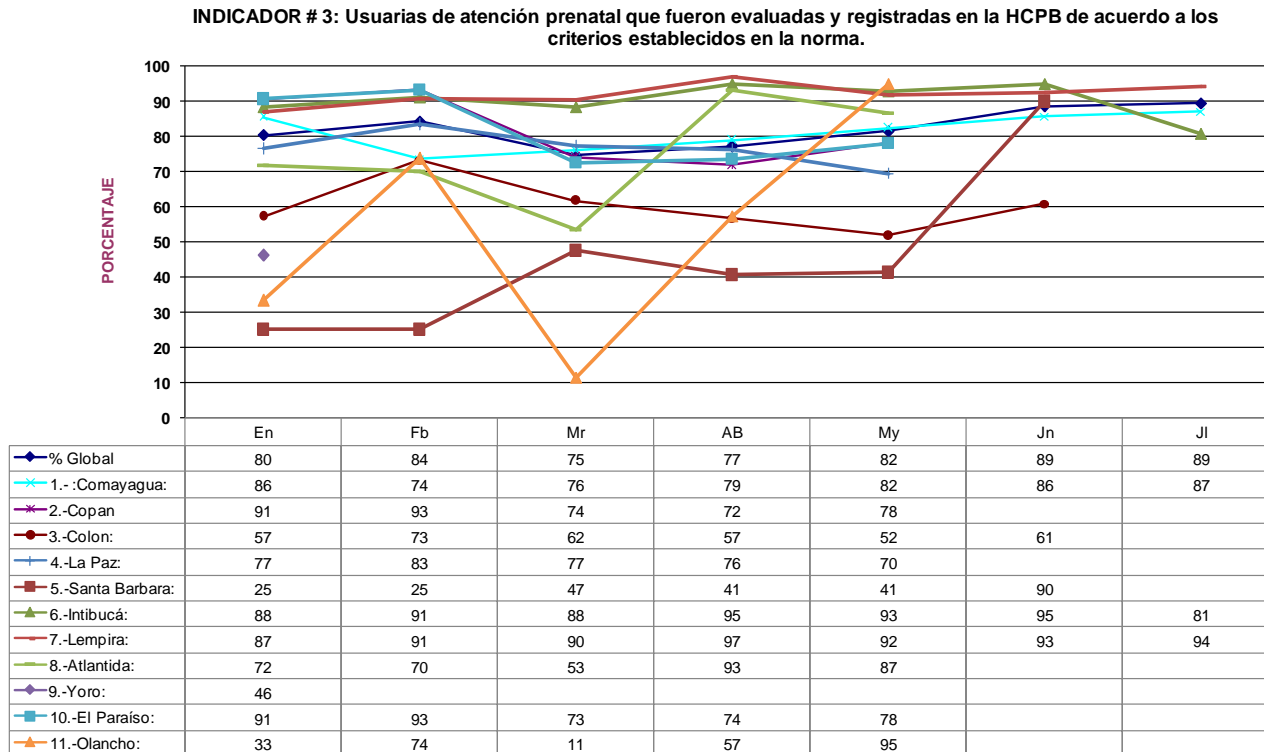


Se muestran los numeradores y denominadores

Numerador: # de usuarias de atención prenatal que fueron evaluadas y registradas en la Historia Clínica Perinatal de Base de acuerdo a los criterios establecidos en la norma  
 Denominador: Total de embarazadas de la muestra  
 Muestra: 20 expedientes

Se describe la construcción del numerador y del denominador y la muestra

Grafica 2: Muestra las líneas de tiempo de todas las regiones o unidades de salud reportando.



Numerador: # de usuarias de atención prenatal que fueron evaluadas y registradas en la Historia Clínica Perinatal de Base de acuerdo a los criterios establecidos en la norma  
 Denominador: Total de embarazadas de la muestra  
 Muestra: 20 expedientes