

**SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS  
DEPARTAMENTO DE GARANTIA DE CALIDAD  
DEPARTAMENTO DE ATENCION INTEGRAL A LA  
FAMILIA**

**MEJORAMIENTO COLABORATIVO DE LOS CUIDADOS  
OBSTETRICOS Y NEONATALES ESENCIALES**

**SINTESIS DEL APRENDIZAJE DEL MEJORAMIENTO DE  
LA ATENCION PRENATAL**

**REGIONES DE SALUD DE COMAYAGUA, COPAN,  
INTIBUCA, LA PAZ Y LEMPIRA**

**ASESORIA TECNICA DE HCI/USAID**

## **MEJORAMIENTO COLABORATIVO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION PRENATAL**

La experiencia de mejoramiento de la atención prenatal apoyada por la ayuda del Pueblo de los Estados Unidos de América, primero a través del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) desde el año 1998 hasta Septiembre del 2007 y en la actualidad a través del Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud desde Octubre del 2007 a la actualidad, se inició en la ex Región de Salud No.2 con sede en Comayagua. La primera experiencia de mejoramiento colaborativo nació en las regiones de salud de Copan y Comayagua, interviniendo en ese momento, dos hospitales y 7 clínicas materna infantiles. En esta fase inicial demostrativa, el personal técnico de la Región de Salud esperaba que los principales procesos de intervención en la atención fueran objeto de mejoramiento, tales como:

- A. Atención Prenatal
- B. Atención Puerperal
- C. Atención de Partos
- D. Atención al Post Parto
- E. Atención a las Emergencias Obstétricas

Para verificar el mejoramiento de la calidad de los procesos de intervención, se identificaron estándares e indicadores de calidad que a continuación se presentan:

1. % de embarazadas a las cuales se les registro su información en los Listados de Mujeres Embarazadas, LISEM.
2. % de embarazadas de Atención Prenatal que fueron evaluadas y registradas su información en la Historia Clínica Perinatal Base de acuerdo a los criterios seleccionados de la Norma.
3. Cobertura de Embarazadas
4. Segunda Prueba de exámenes de Laboratorio entre la 28 y 32 semana de gestación.

Como parte del proceso de verificación de la calidad, se elaboraron indicadores e instrumentos de monitoreo, los cuales contenían los siguientes datos de información:

1. Para evaluar el uso de los LISEM

- a. Verificación que el formato contenga todos los datos solicitados en forma completa.
  - b. Se solicita la identificación de alarmas.
  - c. Se evalúa las intervenciones para dar seguimiento en caso de haberse detectado alarmas.
2. Para medir la atención prenatal de acuerdo a normas, se evalúan los siguientes criterios seleccionados:
  - a. Datos generales de la embarazada
  - b. Peso
  - c. Presión Arterial
  - d. Frecuencia Cardíaca Fetal
  - e. Exámenes de Laboratorio
3. La Cobertura de Atención prenatal es tomada de los formularios del sistema de información de la Secretaría de Salud.
4. Para evaluar la toma de segundo examen de laboratorio, únicamente se revisa si el expediente de la embarazada que acude a su tercera visita prenatal o si se encuentra entre las 28 a 32 semanas de gestación se le practicaron los exámenes de Hemoglobina en sangre, leucocitos y proteínas en orina.

A continuación se presentan las principales estrategias que los equipos de mejoramiento utilizaron y que permitieron que los indicadores de calidad se incrementaran.

## **RESULTADOS DE EXPERIENCIAS EXITOSAS EN ATENCION PRENATAL**

### **1. LA CAPTACIÓN DE EMBARAZO A NIVEL COMUNITARIO**

Uno de los problemas de la red de servicios de salud de Honduras ha sido la baja captación de la embarazada antes de las 20 semanas de gestación. Muchas son las razones que impiden a la embarazada asistir en forma oportuna desde el comienzo de su embarazo, entre ellas: ella se da cuenta de su embarazo tardíamente y aun mas si es una embarazada en adolescente que generalmente oculta su embarazo, la unidad de salud queda distante a su domicilio, existe rechazo en el personal de la unidad de salud que la desalienta a asistir, estando en la unidad de salud tiene que hacer largas filas para ser atendida. Para lograr la captación temprana de las embarazadas, las experiencias más exitosas han sido:

#### **La Captación a través de las pruebas rápidas**

Una experiencia exitosa ha sido la introducción de las pruebas rápidas de embarazo tanto a nivel comunitario como a nivel institucional. La Clínica Materna de Taulabé comenzó la introducción de las pruebas rápidas en Diciembre del 2009 habiendo realizado las siguientes actividades:

- Capacitación de promotores y voluntarios de salud en la justificación de porque la captación temprana, como se detecta el embarazo, uso de las pruebas rápidas y mecanismos de coordinación.
- Compra de pruebas rápidas para embarazo, con el uso de fondos recuperados o con fondos provenientes de los compromisos de gestión.
- Visitas domiciliarias durante la entrega de paquete básico, que permite que las mujeres acudan al personal para solicitar hacerse la prueba.
- Disponibilidad de la prueba rápida a nivel de todas las unidades de salud.

La introducción de las pruebas rápidas le ha permitido a las unidades de salud incrementar la captación de las embarazadas antes de las 20 semanas de gestación.

### **2. EL CLUB DE EMBARAZADAS**

Muchos de los equipos de mejoramiento para incrementar el cumplimiento de sus indicadores, especialmente el indicador de atención prenatal de acuerdo a la norma, la cual exige que la embarazada deba ser evaluada con un mínimo de 11 actividades, y para cumplir con ello implementaron el Club de embarazadas. Los problemas identificados por el cual no se cumplía el indicador fueron:

- No se hacían exámenes de laboratorio, porque generalmente el laboratorio se encuentra en la sede regional, o los laboratorios locales no tenían técnico de laboratorio o adolecían de insumos para realizar las pruebas.
- No se alcanzaban las coberturas propuestas para captación de embarazadas
- No se cumplían el numero de atenciones prenatales tal como estipula la norma
- No se media peso de la embarazada

- No se evaluaba Frecuencia Cardiaca Fetal, entre otros.

Esta estrategia exitosa implementada por los equipos fue tomada de la experiencia de los centros de salud de Lempira en el año 2004 y fue expandida a todas las regiones de salud que estaban mejorando la calidad.

El club de embarazadas es una reunión preparada por el personal de una unidad de salud, para concentrar un día al mes a las embarazadas con fines educativos y clínicos. Durante este día se desarrollan una serie de actividades entre ellas:

- Se brinda atención a embarazadas, con énfasis a las que presentan situaciones especiales.
- Se realizan los exámenes de laboratorio, especialmente en caso de unidades de salud que no cuentan con el servicio de laboratorio y que coordinan con otras unidades de salud cercanas trasladando el técnico quien aprovecha la reunión para la toma de exámenes.
- Se brindan charlas educativas sobre temas relacionados con el embarazo, parto, post parto, planificación familiar, etc.
- Es usual analizar con las participantes en el club, los casos de embarazadas que tuvieron problemas y se enfatiza como prevenir complicaciones.
- Muchos equipos tienen componentes recreativos mediante los cuales hacen ameno el tiempo de estancia de la embarazada en la unidad de salud. También se usan incentivos para premiar a las embarazadas y parteras.
- Ha habido experiencias de graduación de embarazadas, que consiste en una ceremonia para entrega de un diploma si la embarazada ha cumplido requisitos pre establecidos.
- Es regla del club de embarazadas el tener una merienda y almuerzos gestionados con las alcaldías, donde se les enseña incluso la forma saludable de cómo deben alimentarse.

***La asistencia al Club de Embarazadas no sustituye las visitas normales programadas para que las embarazadas lleguen a su control prenatal.***

La organización del evento tiene una participación activa de los voluntarios de salud especialmente la partera quien se ha convertido en protagonista captando y refiriendo embarazadas.

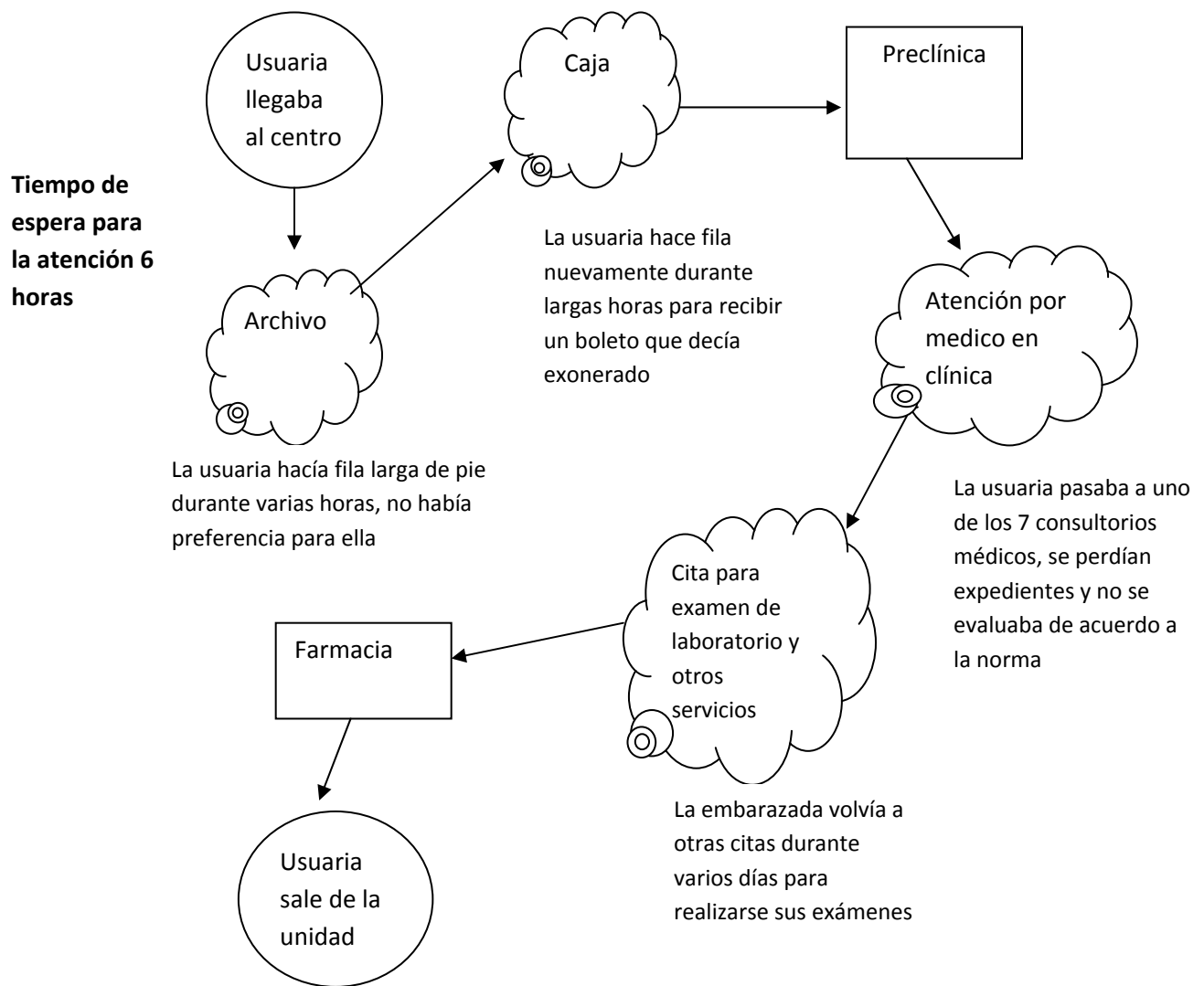
Logros del Club de embarazadas:

- Mejora la captación de embarazadas
- Se cumplen el número de controles establecidos por la norma
- Se cumple la toma de exámenes de laboratorio
- Incrementa la cobertura de parto institucional
- Se captan complicaciones y se refieren oportunamente
- Se mejora la captación de la puérpera antes de los 10 días
- Se involucra la familia.
- Se fortalece el rol de la partera

### **3. REDISEÑO DE LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN A LA EMBARAZADA**

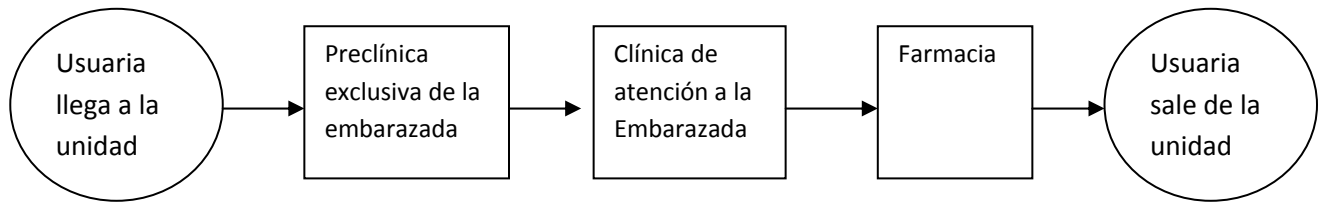
La mayoría de las unidades de salud que participaron en el mejoramiento de la atención prenatal hicieron reorganización del servicio de la atención a la embarazada. Esta reorganización permitió mejorar los tiempos de espera, mejorar la comodidad de la embarazada, mejor seguimiento a la embarazada a través del uso de LISEM, mejoró la práctica de exámenes de laboratorio y detección oportuna de complicaciones. Un ejemplo fue la organización de la clínica de atención a la embarazada en el Hospital Roberto Suazo Córdoba de La Paz, donde se identificaron las fallas en el proceso a través del análisis de los flujos y desarrollaron cambios e innovaciones que permitieron los resultados expresados. A continuación el flujograma inicial del proceso:

### FLUJOGRAMA ANTERIOR DEL PROCESO



Una vez analizados los problemas, el equipo de la consulta externa del Hospital, planteó hacer cambios en la organización del proceso de atención, rediseñó el flujograma de la siguiente forma.

## FLUJOGRAMA REDISEÑADO



### Cambios implementados:

- a. Se creó una clínica de atención a la embarazada separándola del resto de las atenciones generales. Esto le dio prioridad a la atención de la embarazada, quien pasaba directamente a la sala de atención, sin tener que hacer filas en archivo ni en caja.
- b. Se acondicionó la infraestructura, se equipó y se reasignaron roles de enfermería y médicos. Anteriormente todos los médicos se les asignaba cupos de embarazadas, pero no le daban la prioridad debida. El cambio consistió en asignar médicos por un tiempo permanente en la sala, los cuales fueron claves para la atención.
- c. Se eliminó el paso mediante el cual la embarazada hacía fila para obtener su expediente. En cambio, la enfermera asignada del servicio, solicita los expedientes de las embarazadas una vez que ellas acuden a la clínica y personalmente los va a traer al servicio de Archivo.
- d. Se eliminó el paso mediante el cual la embarazada hacía fila en caja, ya que ella está exonerada de pago y por lo tanto no era necesario hacer una fila para recibir una boleta que decía exonerada.
- e. Se hicieron coordinaciones con odontología, farmacia y laboratorio para mejorar el acceso a estos servicios y reducir tiempos de espera. Odontología brindó cupos para embarazadas diariamente.
- f. Se hizo coordinación con laboratorio para mejorar el acceso de las embarazadas a sus exámenes de laboratorio, la embarazada siempre tiene que venir otro día a sus exámenes pero en ese día no se le rechaza y se le practican de inmediato sus exámenes.
- g. Se mejoró el registro de los formatos del sistema de información incluyendo el uso del LISEM, Historia clínica Perinatal (HCPB), etc.
- h. Se capacitó al personal y se le especializó en las actividades de la atención prenatal.
- i. El tiempo de espera se redujo a un promedio de 2 y 3 horas.

## 4. MANEJO DE LOS LISTADOS DE MUJERES EMBARAZADAS

Los listados de Mujeres Embarazadas es un instrumento del sistema de información de atención prenatal que le permite al personal de salud conocer el número de embarazadas por comunidad, su estado actual, sus riesgos, programa de visitas y el estado del parto y post parto. El punto más valioso de los LISEM es que le permite al personal reconocer cuando la embarazada ha faltado a su cita

permitiéndole tomar decisiones para visitarla e investigar por qué no ha acudido a su cita. La mayoría de las unidades de salud mejoraron este indicador, mediante la realización de las siguientes actividades:

- a. Se reasignaron roles en el llenado del formulario, involucrando en muchas ocasiones al médico y reasignándole responsabilidades en su llenado.
- b. Se mejoró el trabajo en equipo, ya que se identificó que estos indicadores son de resultado del trabajo en equipo de todo el personal y no solo de una en particular.
- c. Se comenzaron a emplear los códigos y el uso de los lápices de colores tal como lo requiere el formulario.
- d. Se comenzó a enfatizar en las actividades de seguimiento que tiene que hacer el personal institucional.

## **5. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA HOJA DE PLAN DE PARTO**

Esta iniciativa se produjo por primera vez con el equipo de mejoramiento de Marcala, La Paz, y pronto se extendió a otros equipos del resto de regiones de salud. La hoja de plan de parto, es un bifolio que cuenta con varias secciones para motivar a la embarazada a ahorrar, conocer las señales de peligro y programar donde va a tener su parto y las previsiones que debe tomar. Este instrumento facilitó el incremento al parto institucional, muchas veces la embarazada lo utilizaba como hoja de referencia. La coordinadora de calidad del Hospital Enrique Aguilar Cerrato de La Esperanza, Intibucá, le llamo la atención que las embarazadas referidas de Marcala portaban con el bifolio, y comenzaron a darle la importancia debida tal como la embarazada le daba importancia a su hoja de plan de parto.

Un dato interesante al respecto es que las parteras se involucraron en darle seguimiento a este formato a nivel comunitario. Durante sus visitas, ellas solicitan el carnet y el plan de parto y refuerzan los conocimientos de las embarazadas.

El proyecto de Comunicación en Salud de USAID quien laboró asesorando a la Secretaría de Salud para el diseño de materiales de IEC para la campaña de salud de madres y niños lo adoptó, se mejoró y lo incluyó en el “libro de salud” para las embarazadas.





## 6. ORGANIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE CLÍNICAS DE CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los problemas que las unidades de salud enfrentaban para brindar atención en planificación familiar muy frecuentemente están relacionados a:

- Rechazo de usuarios, por falta de recursos humanos, horarios limitados, falta de insumos.
- Los servicios de planificación familiar no están bien organizados provocando sub registro, bajas coberturas, insatisfacción de usuarios, flujos engorrosos y el personal no está bien entrenado para brindar la atención en PF.
- El proceso de la consejería no se llevaba a cabo de acuerdo a las normas establecidas. Ante esta problemática, una gran parte de unidades de salud decidieron organizar, equipar y poner en funcionamiento clínicas de atención en planificación familiar aprovechando que el programa de PF estaba capacitando y brindando asesoría técnica, entre ellas, las clínicas Materno Infantiles de Jose Maria Ochoa, La Libertad y Siguatepeque en Comayagua, el CESAMO de La Esperanza en Intibucá, Marcala en La Paz, pero también se habilitaron salas de atención en planificación familiar en las consultas externas de los hospitales. Se obtuvieron los siguientes resultados:
  - Atención Integral
  - Privacidad y confidencialidad
  - Se acondicionó una cunita para seguridad de un bebe mientras la madre es atendida.
  - Atención personalizada
  - Extensión de horarios (se rompieron horarios fijos)
  - Se mejoró la disponibilidad de recursos capacitados
  - Se mejoró la dotación de insumos

- Se incrementó el uso de los métodos especialmente DIU y referencia para AQV
- Se elaboró un instrumento (una Hoja) para brindar la consejería y registrar los datos.
- Se acortaron los tiempos de espera
- Se mejoró el registro en el sistema de información.
- Se mejoró la coordinación con hospitales, ASHONPLAFA y otras organizaciones similares.
- Mejor coordinación con los voluntarios de salud
- Se incrementa otros servicios de salud como por ejemplo la toma de Citologías y el manejo de las ITS.

## **7. LA PRÁCTICA DE LA TOMA DE EXÁMENES DE LABORATORIO EN LA ATENCIÓN PRENATAL**

La mayoría de unidades de salud no cuentan con el servicio de laboratorio, esta deficiencia provoca que el cumplimiento del indicador de toma de exámenes no sea el esperado. Para lograr realizar los exámenes a la embarazada los diferentes equipos de mejoramiento han implementado algunas de las siguientes estrategias:

- Gestión para el fortalecimiento y/o la implementación de laboratorios clínicos, como por ejemplo el nuevo laboratorio de la clínica de Las Lajas y Taulabé en Comayagua, Camasca en Intibucá. Estos equipos han identificado un recurso humano, han gestionado la capacitación a nivel de región de salud, y gestión del pago del mismo a través de las alcaldías, gestores, etc. También han gestionado con ONGs locales para su equipamiento y para inversión en infraestructura.
- Otras unidades de salud han gestionado que el laboratorio más cercano les dedique un día específico al mes para la toma de exámenes. A través de gestión local se logran conseguir los fondos para financiar la movilización del técnico y para insumos de laboratorio (laboratorio móvil).
- En otras unidades de salud con los fondos de compromisos de gestión, fondos recuperados y gestión local han invertido para la compra de insumos, especialmente las tiras reactivas para la toma de proteinuria a la embarazada.

Logros de la toma de exámenes:

- Mas del 90% de embarazadas tienen sus exámenes de laboratorio
- Apoya la captación de embarazadas, porque ella da mucha importancia a que le tomen sus exámenes.
  - Se identifican los riesgos de la embarazada
  - Se mejora la referencia de embarazadas complicadas.
  - Fortalece el trabajo en equipo de las redes de salud, los técnicos de laboratorio se sienten parte del proceso y solidarizan (no ponen pretextos para viajar aunque no tengan viáticos)

## **8. FORTALECIMIENTO DE ALBERGUES MATERNOS**

Honduras tiene una larga experiencia de albergues maternos, estrategia que le ha permitido incrementar el acceso al parto institucional, con una eficacia comprobada en muchas regiones de salud. Sin embargo esta estrategia estaba concebida exclusivamente para los hospitales. En los últimos años y en base al trabajo de equipos mejoramiento de la calidad, se han implementado y extendido los albergues a nivel de las clínicas materno infantiles. Entre las experiencias más exitosas en esta estrategia tenemos:

- a. La organización del comité de usuarios del albergue del hospital Santa Teresa de Comayagua, quienes se hicieron cargo de la administración del albergue. Este comité de mujeres realizaron una serie de actividades en pro de la salud materna en estrecha coordinación con el personal del hospital.
- b. El acondicionamiento del albergue materno de la Clínica de La Libertad, quienes utilizaron el apoyo de una ONG local llamada Ayuda en Acción para implementar el albergue.
- c. La construcción e implementación del albergue de Marcala con el comité de mujeres de apoyo a la clínica materna.
- d. Se fortaleció el albergue materno de La Esperanza, Intibucá.
- e. La clínica Materna de Minas de Oro también implementó un espacio para dar albergue a las embarazadas.
- f. Entre otras experiencias.

Las ventajas que ofrece el albergue materno son; la embarazada tiene hospedaje gratis cercano al hospital o a la clínica materna infantil, tiene acceso a una cocina para elaborar sus alimentos, tiene acceso a la vigilancia del personal de salud durante su estadía, puede cosechar alimentos en los predios del albergue, etc.

En algunas localidades, el albergue está brindando apoyo a madres que tienen niños con Neumonía o Diarrea y que necesitan un seguimiento de la unidad de salud.

## **9. MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES A TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA DE IFC**

La estrategia CONE tiene un componente comunitario que fue adaptado de la Estrategia de Individuo, Familia y Comunidad. Lo valioso de este componente ha sido la integración de todos los voluntarios de salud en un solo comité que tiene como finalidad velar por la salud materna e infantil. El componente comunitario apoya básicamente:

- 9.1 Desarrollo de la conciencia hacia el apoyo a madres y niños de la comunidad.
- 9.2 Desarrollo de actitudes y capacidades.
- 9.3 Fortalecimiento de los vínculos, redes sociales y entornos de apoyo.

- 9.4 Reorientación del rol de la partera.
- 9.5 Coordinación con la estrategia AIN-C.
- 9.6 Ampliación del rol de los servicios de salud.

El aprendizaje de la implementación de este componente comunitario ha sido la organización del comité único integrado por los diferentes líderes y voluntarios que participan en temas de salud, la solidaridad en la vigilancia de la salud materna e infantil en las comunidades, el fortalecimiento de la función de captar y trasladar las emergencias, gestionan recursos, toman decisiones y generan información de la situación de salud de las comunidades.

## **10. LOS COMPROMISOS DE GESTION**

En todas los hospitales y clínicas maternas de la fase inicial del mejoramiento colaborativo en CONE fueron beneficiarios de Compromisos de Gestión, que consiste en que los equipos de mejoramiento de hospitales y clínicas maternas reciben una cantidad definida de fondos a cambio de mejorar la calidad de un paquete de indicadores de CONE y PF.

Esta estrategia permitió que los equipos tuvieran acceso a fondos para capacitar, compra de insumos menores, pequeñas readecuaciones, pago de incentivos al personal comunitario e institucional (cuando hace trabajo extramuro y en horas no laborables).

Cada trimestre el personal de la Unidad de Extensión de Cobertura y financiamiento de la Secretaria de Salud mide el cumplimiento de los indicadores y a según el porcentaje así les paga los fondos comprometidos. A través de esta estrategia se consolidó el trabajo de los equipos de mejoramiento en la mayoría de unidades de salud.

## RESULTADO EN LOS INDICADORES

### Uso de LISEM

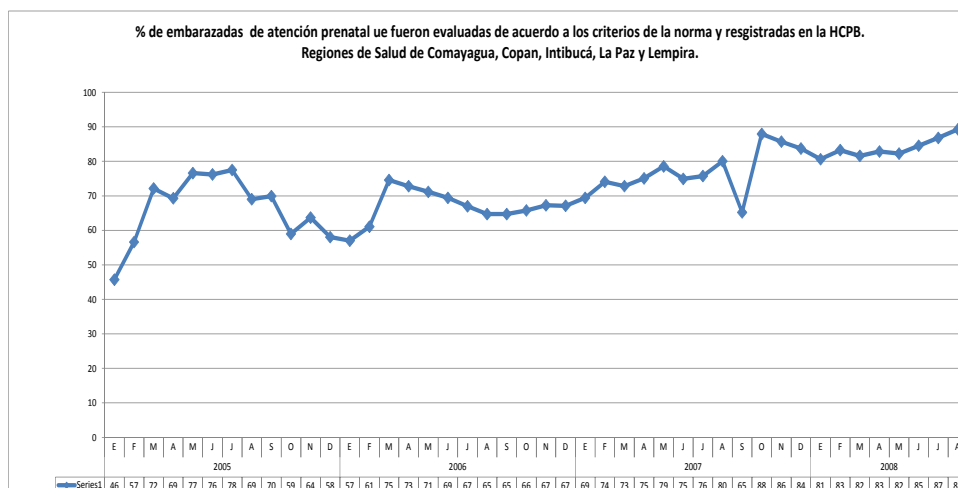
Durante los 5 años que duró la fase demostrativa del colaborativo CONE, la atención prenatal mejoró sus indicadores, por ejemplo el uso del LISEM que se incrementó desde 64% en Enero del 2005 a 98% en Agosto del 2008. Este indicador permitió que el personal de las unidades de salud mejorara la vigilancia de la embarazada y tomara mejores decisiones ante los hallazgos.



### Mejoramiento de la atención prenatal de acuerdo a la Norma

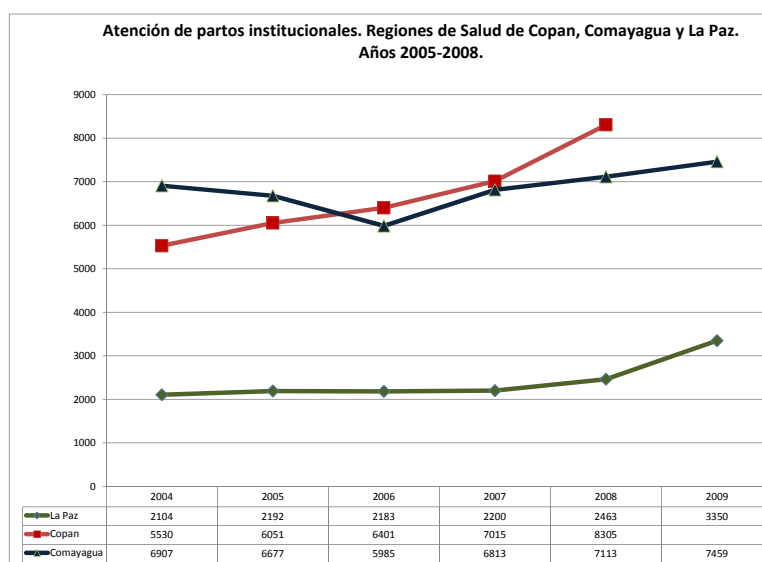
Este indicador se mejoró de 44% en Enero del 2005 a 89% en Agosto del 2008. Los equipos de mejoramiento poniendo en práctica las estrategias anteriormente descritas, lograron progresivamente mejorar la calidad de la atención a la embarazada.

La grafica siguiente muestra la evolución del indicador en las 5 regiones de salud de la fase demostrativa.



## Incremento en el parto institucional

Un efecto evidente en el mejoramiento de la atención prenatal y el estímulo provocado por la implementación de nuevos modelos de atención, se reflejó en el incremento del parto en casi todas las regiones de salud. La grafica siguiente muestra los incrementos en la atención del parto institucional en Copan, Comayagua y La Paz.



## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA NUEVOS EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

### **1. Fortalecimiento del Liderazgo en Calidad**

Un factor importante para el mejoramiento continuo de la calidad, es capacitar líderes que se comprometan con la causa de asegurar la calidad, estos líderes llamados facilitadores, son profesionales que en los diferentes niveles, siempre están en continuo aprendizaje de los métodos y herramientas de mejoramiento y siempre cuentan con extra tiempo para enseñar a otros sobre cómo usar lo aprendido. Al inicio pareciera una carga mas de trabajo, pero con el tiempo, el personal se da cuenta que el trabajo se vuelve más atractivo al hacerlo mejor, se logran más fácilmente los objetivos de salud a través del trabajo en equipo.

La organización de equipos de mejoramiento fortalece que los objetivos de la unidad de salud no dependan de una persona, sino de un equipo, los éxitos y los fracasos son de todos. El trabajo en equipo es uno de los principios mas valiosos del mejoramiento continuo.

### **2. El aprendizaje para hacer las cosas bien desde el inicio se facilita si se capacita en servicio.**

A medida que se inician los procesos de mejoramiento de la calidad, el personal que se involucra se da cuenta que la capacitación en métodos y herramientas de calidad se hace mejor poniendo en práctica los conocimientos. La mejor forma de aprender es "haciendo". Los talleres grandes no siempre son efectivos. A medida que los equipos de mejoramiento comienzan a identificar sus problemas, se hace necesario reforzar los conocimientos. Por eso es necesario apoyarse en los facilitadores para ser capacitados al momento de necesitarse.

### **3. Las reuniones periódicas de los equipos, son indispensables para dar continuidad al mejoramiento.**

Es necesario hacer un calendario de reuniones, con responsables para la convocatoria. Es importante saber usar el tiempo en forma efectiva, las reuniones muy largas desmotivan y las muy cortas pueden perder la esencia de hacer un buen análisis y una buena identificación de problemas.

### **4. La documentación del plan y de la implementación de las mejoras es vital.**

Si un equipo hace mejoramiento y no documenta no puede probar que en su unidad de salud ha habido cambios. Tampoco le puede contar a otros equipos cuales fueron las actividades claves que le permitieron mejorar. Por eso es importante hacer uso del Diario. Este instrumento es una bitácora de todo lo que pasó durante el proceso de mejoramiento, registra que cambios se hicieron y si funcionaron o no. Permite tomar

medidas correctivas en caso de que no se logre los objetivos de mejoramiento propuesto.

## **5. Aprender de las experiencias de otros**

No se trata de inventar el agua caliente, muchos otros equipos ya han puesto en práctica otras mejoras que le pueden ayudar a otros equipos en otras unidades de salud y en otras regiones. Este documento contiene una serie de prácticas exitosas que nuevos equipos pueden implementar, sin tener que pasar por todo el proceso de volver a planificar e implementar.