

Centros De Excelencia Materno Infantil

ÍNDICE

Introducción	3
1. Características de los Centros de Excelencia Materno-Infantil a nivel de hospital	5
2. Estrategia de Implementación.....	7
2.1. Fase de Preparacion:	7
2.2. Fase de Implementación.....	7
2.3. Fase de Diseminación.....	10
3. Proceso de Certificación	11
4. Acciones Transversales de Intervencion	12
4.1. Género.....	12
4.1.1. Actividades claves.....	12
4.1.2. Logros Esperados.....	13
4.2. Colaboración con otros proyectos y agencias de cooperación	13
4.2.1. Proyecto de Apoyo al Programa de Protección Social (PAPPS).....	14
4.2.2. Proyecto Newborn (BASICS).....	14
4.2.3. Proyecto: Proyecto VIH/SIDA (AED)	14
5. Actividades para mitigar el impacto ambiental.....	14
6. Resultados alcanzados con el modelo CDEX en los Hospitales en los que se ha implementado.....	15

INTRODUCCIÓN

A pesar de que la República Dominicana posee una alta cobertura en lo relativo a: atenciones prenatales (98,9%), partos atendidos por personal médico calificado (97.8%) y partos institucionales (98.3%), la mortalidad materna sigue siendo alta en comparación a otros países de la región, 109,4 muertes por 100,000 nacidos vivos¹. Por otra parte, entre el 61.7% y el 71.8% de todas estas muertes maternas reportadas se consideran como prevenibles, lo que nos lleva a señalar la calidad de los cuidados médicos como uno de los factores causales de mayor incidencia en el tema de mortalidad materna.

Como mecanismo de respuesta ante lo previamente indicado, el Ministerio de Salud Pública junto a USAID República Dominicana iniciaron en el año 2009 el Proyecto de Centros de Excelencia Materno Infantil (CEMI) con el objetivo de contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil, a través de acrecentar la equidad en el acceso a los servicios maternos infantiles en aspectos relacionados con la calidad y la eficiencia. Además el proyecto incide sobre la gestión de los sistemas y servicios de salud mediante el fortalecimiento de la capacidad de los proveedores para entregar servicios eficientes, de calidad y oportunos.

El proyecto CDEx inició en 10 hospitales con servicios maternos infantiles del país, donde luego de 3 años de implementación del modelo se han observado cambios significativos en aspectos vinculados a la gestión clínica, gestión de recursos y de procesos administrativos que han coadyuvado a: reducción en la mortalidad materna e infantil en dichos hospitales, implementación de buenas prácticas que permiten salvar vidas, mostrado por datos de morbilidad extrema y mejora en el manejo de las principales patologías asociadas a mortalidad materna e infantil como es la hemorragia y la asfixia en el nacimiento.

A partir de los resultados obtenidos en los 10 hospitales en que se inició el modelo, el 2 de abril del 2013 el Ministerio de Salud Pública emitió la Deposición Ministerial #00012 en la que se asume el sistema de centros de excelencia como modelo de aseguramiento de la calidad en la prestación de

¹ Fuentes: ENDESA 2007 y Departamento de Salud Materno Infantil y Adolescentes del Ministerio de Salud Pública, Año 2012.

servicios de salud². Apoyado en los resultados obtenidos con el modelo y en el interés manifestado por las autoridades del sector salud en que se asuma los CDEx como sistema para la garantía de la calidad de los servicios maternos infantiles el proyecto DR-L1067 del Banco Interamericano de Desarrollo lo incluye como uno de los componentes dentro de las líneas programáticas del proyecto, para ser aplicado en 6 de los hospitales que mayor cantidad de muertes maternas e infantiles presentan en el país.

El presente documento esbozará una descripción del modelo CDEx basado en las características centrales que deben estar presentes en un establecimiento de salud para alcanzar la denominación de Centro de Excelencia Materno-Infantil, así como su mecanismo de implementación y algunos de los resultados obtenidos hasta el momento con el modelo, los cuales sirven como base de sustentación para su ampliación a mas hospitales del país.

² Ver anexo Disposición Ministerial #00012.

1. CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS DE EXCELENCIA MATERNO-INFANTIL A NIVEL DE HOSPITAL

Los Centros de Excelencia Materno- Infantiles es un vehículo de mejoramiento de la gestión de servicios materno-infantiles de calidad. Es un modelo demostrativo que sirve de centro de capacitación, diseminación de lecciones aprendidas y mejores prácticas.



La característica “Sistemas y capacidad gerencial fortalecidos” se define como el elemento central e integrador en el proceso de desarrollo de los CDEx. Los contenidos técnicos que se desarrollan en cada una de las áreas de acción del modelo se detallan a continuación:

- ***Sistemas y capacidad gerencial fortalecidos***
 - Planificación, monitoreo y evaluación
 - Sistemas de información
 - Sistemas de gestión de la calidad
 - Gerenciamiento de recursos
- ***Servicios Materno-Infantiles de calidad basados en evidencia***
 - Humanización de la atención
 - Control Prenatal con enfoque de riesgo incluye manejo de VIH/SIDA
 - Parto seguro (Cuidados Obstétricos de Emergencia, COEM)
 - Atención al recién nacido
 - Seguimiento de puérperas y recién nacidos
 - Atención del post-aborto
- ***Interconectado en Red de Servicios de Salud***
 - Cartera de servicios
 - Sistema de referencia y retorno

- Sistemas de comunicación y traslado de pacientes y muestras
- Sistema de gestión de citas
- Articulación con la red primaria y la red de ONGs
- ***Centro de capacitación desarrollado***
 - Sistematización de los procesos de mejoramiento
 - Herramientas de capacitación
 - Plan de capacitación de establecimientos en su área de influencia
 - Formación de tutores y multiplicadores
- ***Infraestructura básica habilitada***
 - Planta física y servicios básicos
 - Equipamiento clínico
 - Computadoras en red
- ***Medio ambiente preservado***
 - Manejo y disposición de desechos hospitalarios
 - Prevención y control de infecciones
- ***Comunidad participando en la gestión***
 - Veeduría y contraloría social
 - Participación en órganos de cogestión
- ***Hospital Seguro ante emergencias y desastres***
 - Comité de Emergencias y Desastres constituido
 - Plan de Emergencias y desastres
 - Evaluación estructural, no-estructural y funcional

Características de un hospital como Centro de Excelencia Materno-Infantil:



2. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN

El modelo se implementará en los 6 hospitales en los que se producen más muertes maternas e infantiles en el país. Llevándose a cabo de manera simultánea en los 6 hospitales, mediante 3 fases de ejecución:

- 1) **Fase de preparación**
- 2) **Fase de implementación**
- 3) **Fase de diseminación**

La implementación de la estrategia se da a través de asistencia y acompañamiento técnico. Los hospitales son acompañados por un grupo multidisciplinar de asesores que los apoyan en desarrollar un diagnóstico y un plan de mejoramiento y de formación de recursos humanos. Los asesores acompañan el hospital en la implementación del plan.

2.1. FASE DE PREPARACION:

La fase de preparación inicia con el proceso de gestión del cambio mediante la aplicación – con el apoyo del Ministerio de Administración Pública- del modelo CAF (Marco Común de Evaluación), como instrumento de mejora de la calidad.

Las actividades a desarrollar durante esta fase son:

- ⇒ Socialización del proyecto
- ⇒ Talleres de Gestión del Cambio y Construcción de Equipo
- ⇒ Inicio del proceso de habilitación
- ⇒ Diagnóstico (CAF y otras herramientas)
- ⇒ Plan de mejoramiento
- ⇒ Formación/Activación del CAH

2.2. FASE DE IMPLEMENTACIÓN

Durante esta fase el equipo de proyecto trabaja conjuntamente con el personal del hospital en la ejecución del plan de mejoramiento para lograr las características definidas para un CDEx. El esquema metodológico seguido en todos los procesos implementados es el siguiente:

- a) Reunión de sensibilización a las autoridades hospitalarias.
- b) Diagnóstico de áreas a mejorar
- c) Puesta en común de los resultados del diagnóstico y las áreas de mejora
- d) Desarrollo de guía metodológica estandarizada.
- e) Formulación de Plan
- f) Capacitación en instalación de sistemas automatizados.
- g) Monitoreo y evaluación
- h) Puesta en común de los resultados del seguimiento a indicadores

Las actividades a desarrollar en esta fase, dentro de cada una de las áreas de acción del modelo CDEx:

⇒ ***Sistema de atención al usuario:***

- Desarrollo e implementación del modelo para manejo de archivos clínicos y base de datos de usuarios
- Desarrollo e implementación de oficinas de atención al usuario
- Desarrollo e implementación del sistema de gestión de citas
- Constitución y puesta en marcha de los Comités de Administración Hospitalaria

⇒ ***Gestión Clínica:***

- Desarrollo e implementación de los protocolos para manejo de área materno infantil
- Creación de Comité de Morbimortalidad Materna Infantil
- Mejorar el seguimiento de la madre y el recién nacido en las primeras 72 horas del post parto
- Creación de Comité de morbilidad extrema
- Implementar la estrategia parto seguro (Cuidados Obstétricos de Emergencia, COEM)
- Capacitación en sepsis neonatal
- Capacitación ABR (minuto de oro)
- Capacitación en el uso de la historia clínica perinatal (CLAP)

⇒ ***Gerenciamiento De Recursos:***

- a) Gestión integral de suministros

- Capacitación sobre buenas prácticas de almacenaje
- Capacitación en estimación y programación de medicamentos e insumos críticos
- Capacitación sobre uso racional de medicamentos
- Adecuación de las áreas de almacenes de medicamentos de los hospitales

b) Gestión de recursos humanos

- Determinación de requerimientos y distribución del recurso humano en los hospitales
- Capacitación sobre gestión de expedientes diseño del modelo de evaluaciones de desempeño y plan de capacitación de recursos humanos
- Adecuación de oficina de recursos humanos de los hospitales

c) Gestión de recursos financieros y presupuestarios:

- Determinación de cartera de servicios y costeo de los servicios

⇒ *Gestión de Información:*

- Fortalecimiento y ampliación del Sistema de Gestión Hospitalaria – SIGHO
- Desarrollo e implementación de la historia clínica perinatal automatizada
- Desarrollo e implementación del sistema de información perinatal
- Desarrollo e implementación del sistema de monitoreo y evaluación

⇒ *Mejora de la Infraestructura Básica*

- Evaluar y desarrollar un plan de mejoramiento de los servicios básicos (infraestructura, electricidad, agua, climatización)
- Implementar redes de computo con el SIGHO

⇒ *Gestión de Riesgos y Bioseguridad*

- Formación de los Comités de Bioseguridad
- Señalización de riesgos y áreas restringidas
- Capacitación sobre conductas de protección al personal, desinfección de instrumentos, clasificación y orden de medicamentos

⇒ ***Gestión Integral de Residuos y Desechos Hospitalarios:***

- Desarrollo de normas para manejo y disposición de desechos hospitalarios
- Vacunación del Personal
- Diseño e implementación de ruta interna y externa para la extracción de los desechos hospitalarios
- Desarrollo de celdas sanitarias
- Implementar uniforme de personal critico

⇒ ***Gestión de Procesos:***

- Desarrollo de la cartera de servicios
- Desarrollo de mapas y caracterización de procesos y procedimientos
- Desarrollo de mapa estratégico y cuadro de mando.
- Desarrollo de ciclo PHVA para estandarización de procesos

⇒ ***Sistema de respuesta ante emergencias y desastres:***

- Conformación del Comité de Emergencias y Desastres
- Desarrollo e implementación del Plan de Emergencias y desastres
- Desarrollo de evaluación estructural, no-estructural y funcional de los hospitales

2.3. FASE DE DISEMINACIÓN

Los Centros de Excelencia Materno Infantiles diseminan las lecciones aprendidas y las mejores prácticas en establecimientos de su área de influencia de forma paralela a la fase de implementación, y sirven de centros de capacitación para sus respectivas redes regionales.

La estrategia para diseminar estas mejores prácticas se basa en:

- a) Replicar y adaptar a otros hospitales la documentación rigurosa de los procesos de implementación de cada una de las características que identifican a un CDEx;
- b) Diseminación de las experiencias y resultados mediante documentos y presentaciones en eventos del MSP y organizaciones científicas o académicas;
- c) Organización de viajes de estudio estructurados como experiencias de aprendizaje y preparación para el cambio;

- d) Visita de “tutores” (puntos focales de las intervenciones en los CDEx) a hospitales que deseen iniciar un proceso de desarrollo como CDEx.

3. PROCESO DE CERTIFICACIÓN

-El proceso de acreditación para alcanzar la certificación de Centros de Excelencia es llevado a cabo por la Dirección General de Habilitación del Vice-Ministerio de Garantía de la Calidad. Se utiliza como motivador intrínseco del modelo. La certificación se basa en 18 estándares:

- 1) Planificación, monitoreo y evaluación.
- 2) Sistemas de Información.
- 3) Gestión del Capital Humano.
- 4) Gestión de Recursos Físicos.
- 5) Gestión Administrativa y Financiera.
- 6) Control Prenatal Basado en la evidencia.
- 7) Parto seguro/cuidados obstétricos de emergencia.
- 8) Atención esencial de recién nacido.
- 9) Seguimiento de puérperas, recién nacidos y lactantes durante el primer año.
- 10) Sistema de Referencia y contra referencia.
- 11) Cumplimiento de condiciones básicas de habilitación.
- 12) Gestión de Riesgo y Bioseguridad.
- 13) Gestión integral de desechos residuos sólidos hospitalarios.
- 14) Prevención y control de infecciones.
- 15) Cultura de los derechos y deberes de los usuarios.
- 16) Participación de la comunidad en órganos de cogestión, veeduría y contraloría social.
- 17) Centro de capacitación al servicio de la difusión de buenas prácticas en cuidado materno infantil.

18) Plan de emergencia y desastres con enfoque de mejoramiento continuo.

Estos estándares se evalúan con base a 90 sub-criterios que tienen como propósito desarrollar y complementar la escala de valoración del estándar. Para cada estándar habrá 5 subcriterios:

- 1) Relacionado con la documentación del proceso en cuestión (guías, protocolos, manuales, planes de trabajo, entre otros)
- 2) Encaminado a promover el despliegue de dichos manuales (inducción, entrenamiento, capacitación con sus correspondientes evaluaciones)
- 3) Aplicación o ejecución.
- 4) Medición y análisis de la adherencia a dichos manuales o directrices.
- 5) Intervención de resultados y cierre de ciclos de mejoramiento.

El proceso de evaluación puede tomar hasta 4 meses dado que se van dando oportunidades a hacer ajustes a partir de las recomendaciones resultantes de una primera evaluación. Es importante señalar que dicha evaluación se puede hacer de forma simultánea en los hospitales intervenidos. La certificación es la última etapa del proceso de implementación de los CEMI.

La solicitud de certificación no tiene costo, aunque el proceso de evaluación conlleva costos operativos que son cubiertos por la Dirección General de Habilitación del Vice-Ministerio de Garantía de la Calidad.

4. ACCIONES TRANSVERSALES DE INTERVENCION

4.1. GÉNERO

El proyecto promoverá buenas prácticas en condiciones óptimas y dignas a las madres. Eso de forma humanizada, respetuosa, en donde se le garantice el ejercicio de sus derechos incluidos su privacidad y se permita el involucramiento de los miembros de la familia, en especial de los padres, en el proceso de gestación, parto, post-parto y puerperio.

4.1.1. ACTIVIDADES CLAVES

- Secciones de preparación para el parto, en las cuales las mujeres embarazadas participan en secciones educativas sobre la experiencia del parto, los cuidados con el recién nacido y la lactancia exclusiva, entre otros. El modelo incluirá en el currículo del programa charlas sobre la

importancia de la participación de los padres en los cuidado con él bebe para fortalecer el vínculo padre-hijo y fomentar la co-responsabilización

- Consejería en el postparto, en la cual psicólogas visitan y conversan con las púerperas para identificar mujeres que estén en situación de vulnerabilidad u riesgo social y que necesitan de apoyo de otros servicios públicos, como la asistencia social
- Fortalecimiento de las acciones de humanización del parto, incluyendo:
 - Asistencia basada en evidencia y respecto a la fisiología del parto (sin intervenciones desnecesarias)
 - Promoción de un servicio cálido para las pacientes y sus familias Promoción de cambio de conducta de los proveedores de los centros de excelencia Promoción de los derechos de las mujeres y respecto a sus decisiones Involucramiento de los padres en el proceso de gestación, parto, post-parto y puerperio/presencia de un acompañante
 - Privacidad de la mujer durante el pre-parto, parto, post-parto y puerperio
 - Libertad de movimientos durante el pre-parto (deambulación) y el parto (posiciones verticales)

PROMOCIÓN DEL DERECHO DE LA MUJER DE TENER SU HIJO/A CON ELLA INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL PARTO (EN LA AUSENCIA DE COMPLICACIONES)

4.1.2. LOGROS ESPERADOS

- Mujeres informadas y empoderadas respecto a sus derechos
- Espacios adecuados y privados que garantice atención digna a las usuarias
- Cambios de comportamiento en los prestadores de servicio
- Aumento de la satisfacción y autoestima de las usuarias

4.2. COLABORACIÓN CON OTROS PROYECTOS Y AGENCIAS DE COOPERACIÓN

Los mecanismos de cooperación con otros proyectos financiados por el BID, como es el caso del Proyecto de Apoyo al Programa de Protección Social (PAPPS), así como proyectos desarrollados por USAID y el MSP permitirán el intercambio de información, materiales de capacitación y herramientas. A continuación se presenta una lista preliminar de áreas de coordinación y

colaboración. Esta lista podrá ser ampliada en la medida que el equipo técnico se familiarice con las actividades de otros proyectos.

4.2.1. PROYECTO DE APOYO AL PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL (PAPPS)

- Intervención: Sistema de Gestión Clínica de Primer nivel de atención (SGC) – Fortalecimiento de la Dirección de Rehabilitación

Descripción de la colaboración potencial: a) Vinculación del SGC con el sistema de información hospitalaria para eficientizar el proceso de referencia y contrareferencia, así como la generación de información para los indicadores nacionales de salud. b) Desarrollar sinergias para favorecer un proceso de rehabilitación y acreditación de los centros efectivo y eficiente.

4.2.2. PROYECTO NEWBORN (BASICS)

- Intervención: Cuidados del Recién Nacido

- Descripción de la colaboración potencial: Capacitación en prevención de infecciones, reanimación y cuidados neonatales

4.2.3. PROYECTO: PROYECTO VIH/SIDA (AED)

- Intervención: Transmisión vertical madre-niño, circuito de logística de medicamentos

- Descripción de la colaboración potencial: capacitación en manejo del embarazo, parto y postparto de mujeres VIH+

5. ACTIVIDADES PARA MITIGAR EL IMPACTO AMBIENTAL

Las dos áreas potenciales de impacto ambiental están relacionadas con el manejo de desechos hospitalarios y la renovación de áreas seleccionadas en los hospitales intervenidos. Las medidas y actividades identificadas por el proyecto en estas dos áreas son las siguientes:

A) DESECHOS HOSPITALARIOS

- a. Capacitación al personal de los hospitales intervenidos en:
 - i. Manejo y disposición de desechos hospitalarios y materiales contaminantes
 - ii. Uso de precauciones universales

- iii. Disposición de agujas y materiales contaminantes en tres tipos de recipientes
- b. Asistencia a hospitales para el cumplimiento de medidas de protección ambiental incluido el manejo y disposición de desechos hospitalarios
- c. Asistencia a hospitales y municipios en el mejoramiento del sistema de disposición final de desechos hospitalarios
- d. Buscar oportunidades de colaboración con *el Environmental Protection Program* y el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)

B) RENOVACIÓN DE ÁREAS SELECCIONADAS EN LOS HOSPITALES

- a. Requerir el cumplimiento de las leyes de protección ambiental del Gobierno de la República Dominicana (Ley 6400)
- b. Evaluación previa de los materiales de construcción a ser removidos o usados durante la renovación
- c. Aislamiento del área de renovación del resto del hospital
- d. Manejo y disposición apropiado de materiales de construcción para proteger trabajadores de la construcción, personal del hospital, pacientes y visitantes
- e. Medidas especiales de protección de trabajadores de la construcción en caso de evidencia o sospecha de pintura en base a plomo, asbesto u otra sustancia contaminante
- f. Limpieza apropiada del área renovada antes de su uso

6. RESULTADOS ALCANZADOS CON EL MODELO CDEX EN LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HA IMPLEMENTADO

- **Contribución con reducción en la mortalidad materna:** 61 muertes maternas en 2010 y 31 en 2011 (50% menos). Esto fue expensas de una reducción de 80% en La Maternidad Los Minas, lo cual es evidencia que en Hospitales Nacionales de alta complejidad, es posible el cambio.
- **Contribución con la reducción de la mortalidad infantil:** Reducción en un 9.6% de muertes infantiles de 2010-2011, reducción de 36% de 2011-2012. Esto se traduce en 103 vidas de recién nacidos salvados en el 2011 y 350 en el 2012.

- **Reducción en mortalidad materna evitable en Hospitales.** Como muestra, en el Hospital Antonio Musa, en el 2010, 82.4% de las muertes maternas fueron evitables (causadas por problemas en manejo de la atención y factores bajo el control del Hospital), mientras que en el 2012, fue de un 37.5%.
- **La implementación de buenas prácticas permite salvar vidas, mostrado por datos de morbilidad extrema.** Haciendo una proyección basado en datos recolectados por dos Hospitales Maternidad Los Minas y Antonio Musa) de alto volumen, se salva un promedio de 3-5 mujeres por mes por casos de morbilidad materna extrema. Esto se traduce en 36-50 vidas de mujeres salvadas por año por Hospital. Si se plantea trabajar en seis Hospitales, esto sería 216-300 por año. Actualmente no se cuenta con datos para hacer el análisis de la morbilidad neonatal pero, las evidencias demuestran que implementación de mejoras prácticas como, por ejemplo, reducción de la sepsis neonatal, resultan en una reducción de recién nacidos ingresados y así menos riesgos.
- A pesar de que hemorragia está dentro de las primeras causas de mortalidad materna, **no está entre las primeras causas** en los 10 Hospitales apoyadas. Se pudiera atribuir este cambio al **aumento en la práctica del manejo activo de la tercera etapa del parto**, lo cual aumento de 32% en 2009 a 96% en 2012.
- En cinco Hospitales apoyados, **sepsis ya no es uno de las primeras causas de mortalidad neonatal.** Igualmente, en dos hospitales que han recibido apoyo focalizado en el componente neonatal (Hospital San Vicente de Paul y Maternidad de Los Minas) se ha reducido la sepsis neonatal. En San Pedro, desde 2011, no hay casos de sepsis neonatal por infecciones inter-hospitalarias y en la Maternidad los Minas se ha reducido los ingresos de recién nacidos por sepsis de 9.0% (Feb 2012) a 1.3% (Sept 2012).