



**Colaborativo de mejoramiento:
Adherencia a Protocolos de Atención
Materno Neonatales en Hospitales
Formadores de Especialistas en
Gineco Obstetricia y Neonatología**

**Santo Domingo,
República Dominicana
Agosto 2018**

Contenido

I.	Introducción	2
II.	Qué es un Colaborativo de Mejoramiento.....	4
III.	Cuándo un colaborativo de mejoramiento constituye el enfoque correcto para mejorar la atención de salud.....	6
IV.	Justificación del Colaborativo de Adherencia a Protocolos	7
V.	Eventos / Procesos de Atención a Abordar en el Colaborativo	8
VI.	Criterios de Selección de Hospitales para el Colaborativo.....	8
VII.	Objetivo del Colaborativo	10
VIII.	Resultados Esperados.....	10
IX.	Objetivos de Mejoramiento del Colaborativo.....	11
X.	Estructura y Organización del Colaborativo de Adherencia.....	11
XI.	Paquete de Cambios.....	13
XII.	Estándares e Indicadores de Calidad.....	14
XIII.	Herramientas de Mejora de la Calidad	14
XIV.	Sesiones de Aprendizaje.....	15
XV.	ANEXOS	16
	Anexo I. Estándares e Indicadores de Calidad a Monitorear	17
	Anexo II. Otros Indicadores a Monitorear	19
	Anexo III. Indicadores contenidos en las Estadísticas Básicas de las Historias Clínicas (HC).....	20
	Anexo IV. Sesiones de Aprendizaje del Colaborativo	23

**Colaborativo de mejoramiento:
Adherencia a Protocolos de Atención Materno Neonatales en Hospitales
Formadores de Especialistas en Gineco Obstetricia y Neonatología**

I. Introducción

La salud materna y de los recién nacidos son una prioridad en la República Dominicana, como garantía de los derechos de toda la ciudadanía y en especial de las poblaciones en condición de mayor vulnerabilidad e inequidad.

Mortalidad Materna

La mortalidad materna en el país no registró mayores variaciones durante el periodo 2008 – 2015. Para el año 2016 se observó una reducción de 19 casos en comparación con lo reportado en el año 2015, con una RMM de 90.1 muertes por 100,000 nacidos vivos, cifra que se constituye en la más baja del período analizado.

Caracterización de la Mortalidad Materna

- En el año 2016 el 70% de los casos de muerte materna ocurrieron en el posparto, el 20% durante el embarazo y el 10% en el momento del parto.
- Entre los años 2015 y 2016 se observó una disminución de 23% en el número de muertes maternas ocurridas en mujeres menores de 20 años.
- Para este mismo período se registró un incremento de 33% en el número de muertes maternas presentadas en mujeres mayores de 40 años.
- El 57% de las muertes en el 2016 se presentaron en diez hospitales públicos del país, de los cuales cinco se encuentran ubicados en la Región Metropolitana y concentran el 33% de los casos. En la mayoría de los casos las mujeres fueron referidas a estas instituciones con complicaciones graves.
- En el 2016, el 74% de las muertes maternas en República Dominicana estuvieron relacionadas con causas obstétricas directas como: trastornos hipertensivos del embarazo (32%), hemorragia (11%), sepsis (10%), embarazo terminado en aborto (7%) y complicaciones del puerperio (7%).

Los excelentes indicadores de atención materna de¹ (Cobertura de atención prenatal: 98.9%; Atención prenatal por Gineco Obstetra: 75%; Embarazos con primer control durante el primer trimestre: 83.1%; Asistencia a 4 o más controles prenatales: 92.9%; Atención del parto por profesional: 97.8%; Atención institucional del parto: 97.5%, de los cuales el 70% ocurren en establecimientos públicos) contrastan con la razón de mortalidad materna registrada en el país en el año 2016 de 90.1 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. Esta cifra fue mayor a la establecida

¹ ENDESA 2013

en la meta número 6 del Plan Decenal de Salud Pública 2006 – 2015 de reducir este indicador a 57 muertes maternas por cien mil nacidos vivos (reducción en 3/4 partes). El Gobierno Nacional definió dentro de las metas presidenciales la de “Reducir la mortalidad materna para el año 2020 a 70 por cada 100,000 nacidos vivos”. En el primer año (2016) se logró una reducción de 9.2 en la Razón de Mortalidad Materna.

Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil pasó de 3,425 muertes en el año 2008 a 2,644 muertes en el año 2016. La tasa de mortalidad infantil tuvo un comportamiento estable hasta el año 2014 con cifras que oscilaron entre las 17.9 y las 16.5 muertes por mil nacidos vivos. Para los años 2015 y 2016 se observa de manera preliminar una reducción en el número de casos y la tasa. Del total de muertes infantiles el 71.7% (n=1,896) ocurrieron entre el nacimiento y los 27 días de vida (período neonatal) y el 28.2% (n=748) entre los 28 a 364 días de vida (etapa posneonatal). El Gobierno Nacional definió dentro de las metas presidenciales reducir la mortalidad en menores de un año a 16 por cada 1,000 nacidos vivos. En el primer año de Gobierno se observó una reducción de 2.7% en esta meta en comparación con el año 2015.

Causas de la Mortalidad Infantil

Durante el año 2016, el 60% de las muertes infantiles en el país se concentraron en cuatro causas:

1. Síndrome de dificultad respiratoria 29.8% (n=788)
2. Sepsis neonatal 22.9 % n=607)
3. Hipoxia y asfixia 3.6% (n=94)
4. Neumonía 3.5% (n=92)

El 75% de las muertes infantiles ocurren en el período neonatal. Entre las principales causas, el 61.6% lo representan el síndrome de dificultad respiratoria y la sepsis.

El Servicio Nacional de Salud y la OPS/OMS de la República Dominicana, definieron en conjunto el desarrollo de la “Guía metodológica para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal en establecimientos de salud de la red de hospitales públicos de la República Dominicana”, cuyo lanzamiento por el SNS fue realizado el 25 de Julio de 2018. Esta evaluación comprende el análisis de las condiciones organizacionales, institucionales y de prestación de servicios; procesos y procedimientos desarrollados para la socialización y adopción de estos protocolos en los hospitales de referencia nacional, regionales, provinciales y municipales; la identificación del grado de apropiación y uso de los mismos por parte del personal médico y la medición de la satisfacción de las usuarias y sus familias con la atención brindada. A partir de este análisis se identificarán oportunidades de mejora y se promoverá el desarrollo de estrategias que fortalezcan la calidad de la atención a mujeres en estado grávido puerperal y a recién nacidos de todo el país.

La guía metodológica se fundamenta en el establecimiento por parte del Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana de los protocolos de atención para diversos eventos clínicos de obligatorio cumplimiento, dentro de los cuales se encuentran cinco protocolos para la atención obstétrica² (hipertensión del embarazo, prevención y manejo de la hemorragia posparto primaria, aborto espontáneo, embarazo ectópico y desprendimiento prematuro de placenta), dos que se encuentran en el Reglamento Técnico (y sus guías clínicas) de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio³ (control prenatal y atención del parto) y, finalmente, dos protocolos para la atención del recién nacido⁴ (síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal).

II. Qué es un Colaborativo de Mejoramiento

Un colaborativo de mejoramiento⁵ es un sistema de aprendizaje compartido que reúne a un gran número de equipos para trabajar juntos a fin de lograr rápidamente mejoras significativas en los procesos, calidad, y eficiencia de un área de atención específica, con la intención de difundir estos métodos a otros sitios.

Los colaborativos de mejoramiento buscan adaptar y difundir el conocimiento existente a múltiples sitios. Dicho conocimiento puede componerse de prácticas clínicas basadas en evidencia científica, prácticas probadas que son ampliamente consideradas como “buenas” o incluso “mejores”, o cualquier otro cambio a la manera existente de hacer las cosas que ha demostrado producir una mejor atención de salud. Este conocimiento constituye el “paquete de implementación” del colaborativo: cambios en los procesos y la organización de la atención que el colaborativo pretende introducir, afinar, y difundir.

En un colaborativo, los equipos de los diferentes sitios elaboran y ensayan formas de operativizar o poner en práctica el paquete de implementación y de superar barreras para su funcionamiento en sus escenarios locales. Los colaborativos se utilizan como estrategias de mejoramiento de tiempo limitado, típicamente logrando resultados significativos en 12-24 meses, aunque en ocasiones se alcanzan importantes logros en tan sólo seis meses.

Los equipos que son parte de un colaborativo utilizan un conjunto común de indicadores principales –usualmente de cinco a diez indicadores- para medir la calidad de los procesos de atención que intentan mejorar y, de ser posible, los resultados del colaborativo. Cada equipo recolecta datos sobre los indicadores para medir si los cambios hechos por el equipo producen mejoras. Los

² República Dominicana, Ministerio de Salud Pública. Protocolos de atención para obstetricia y ginecología. Santo Domingo: MSP; 2016.

³ República Dominicana, Ministerio de Salud Pública. Guías clínicas para la atención de la mujer durante el embarazo, parto inminente y puerperio en el primer nivel de atención. Santo Domingo: MSP; 2011.

⁴ República Dominicana, Ministerio de Salud Pública. Protocolos de atención para pediatría. Santo Domingo: MSP; 2016.

⁵ Proyecto de Mejoramiento de Atención de Salud de USAID. 2008. El Colaborativo de Mejoramiento: Un Nuevo Enfoque para Mejorar Rápidamente la Calidad y Expandir Mejores Prácticas. Publicado por el Proyecto de Mejoramiento de Atención de Salud de USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

proveedores de salud a nivel local son los “expertos” en mejoramiento que desarrollan planes de acción para probar e implementar cambios a fin de alcanzar las metas del colaborativo.

Mediante mecanismos de aprendizaje compartido facilitados por el colaborativo, los equipos comunican sus soluciones y aprenden uno del otro, de modo que todos los equipos se beneficien ágilmente de los cambios exitosos implementados por cualquier equipo. De esta manera, los distintos sitios se benefician del aprendizaje de otros equipos y evitan “reinventar la rueda” al explorar cambios exitosos.

El monitoreo frecuente (usualmente cada mes) de resultados (indicadores de procesos y productos), y el compartir regularmente cambios exitosos, ayudan a acelerar el ritmo de mejoramiento, creando una atmósfera de competencia amigable entre equipos que buscan establecer cuál de ellos alcanzará los mejores resultados. La red de aprendizaje colaborativo da como resultado el rápido desarrollo y puesta a prueba de innovaciones para resolver problemas, la difusión rápida de cambios efectivos, y el desarrollo rápido de modelos efectivos de atención, optimizando así el paquete original de implementación de estándares basados en evidencia mediante el aprendizaje operativo.

En comparación con enfoques de mejora continua (MC) tradicionales, un rasgo distintivo del enfoque colaborativo de mejoramiento es que busca difundir las mejoras más allá de los equipos iniciales para ser aplicadas en todas las organizaciones que participan en el Colaborativo. Típicamente, un colaborativo concluirá con la definición de un paquete final de intervenciones probadas en el campo que han demostrado producir resultados en un escenario particular, complementado por aprendizaje organizacional que facilita alcanzar dichos resultados. Este paquete, que puede ser concebido como un ajuste al paquete original de implementación del colaborativo, está entonces listo para ser difundido hacia otros sitios. El énfasis en la difusión intencional de las mejoras alcanzadas distingue a los colaborativos de otros enfoques de mejoramiento de calidad y los convierte en una estrategia de expansión atractiva.

La duración de un colaborativo de mejoramiento puede variar. Mientras que los Colaborativos de la Serie Innovativa de Mejoramiento (Breakthrough Series)⁶ implementados en los Estados Unidos por el Instituto para el Mejoramiento de la Atención de Salud han durado típicamente entre 12 y 24 meses, la experiencia de QAP (Quality Assurance Project) demostró que los colaborativos pueden funcionar por varios años, especialmente a medida que los nuevos equipos se unen a la difusión de las mejoras o el contenido técnico del colaborativo evoluciona y se expande.

Un colaborativo de mejoramiento comienza con un período preparatorio en el que se afinan los objetivos e intervenciones técnicas del colaborativo, y se desarrolla una estructura para apoyar la implementación del mismo. El periodo de implementación, es decir, cuando los equipos de cada sitio desarrollan y ensayan cambios para poner en práctica las intervenciones técnicas que componen el paquete de implementación promovido por el colaborativo, generalmente se divide en cuatro o seis sesiones de aprendizaje separadas por periodos de uno a cuatro meses en que los equipos ponen a prueba cambios. Los períodos entre sesiones de aprendizaje son llamados períodos de acción. Una

⁶ Institute for Healthcare Improvement (IHI). 2003. The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. *Innovation Series*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.

vez que los equipos han aprendido a operativizar las intervenciones y han alcanzado las metas del colaborativo, a menudo se realiza un taller o conferencia para revisar la experiencia colectiva de los equipos y decidir cuáles cambios fueron los más efectivos, así como para compartir resultados con actores fuera del colaborativo.

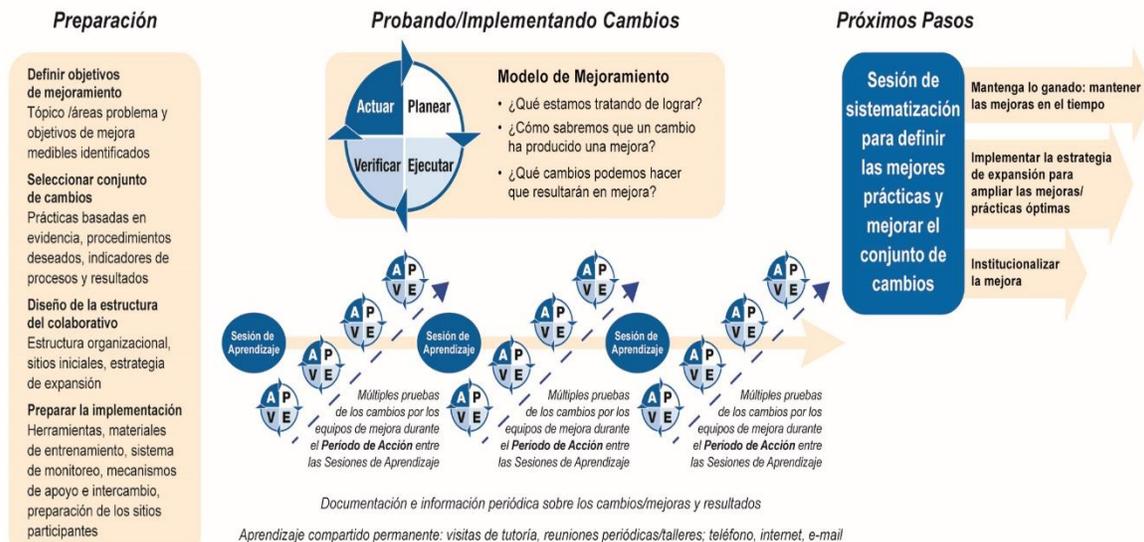
Cuando el colaborativo ha finalizado y el paquete de implementación ha sido perfeccionado, se pueden usar varias estrategias para difundir este conocimiento operativo hacia nuevos sitios. Al colaborativo inicial – llamado a veces colaborativo de demostración- puede seguirle un segundo colaborativo o colaborativo de difusión, cuyo propósito es diseminar el paquete de implementación perfeccionado desde los sitios iniciales o de demostración hacia el resto del sistema de salud. A menudo los miembros del colaborativo original sirven como agentes de cambio y guías durante la fase de difusión.

III. Cuándo un colaborativo de mejoramiento constituye el enfoque correcto para mejorar la atención de salud

El colaborativo de mejoramiento constituye el enfoque correcto para mejorar la atención de salud Cuando...

- Hay una brecha significativa entre el estado actual de la atención y los resultados deseados, común a un gran número de grupos (establecimientos, comunidades, organizaciones, etc.)
- Existe evidencia de apoyo a estándares, modelos de atención, o modelos organizacionales que han demostrado mejorar los resultados: p. ej., se conoce qué funciona para corregir la brecha en calidad.
- Es posible que los trabajadores de salud pongan en práctica el paquete de implementación con los recursos disponibles en el momento.
- Existe apoyo en liderazgo organizativo para introducir cambios y difundirlos más allá de los sitios iniciales.

Modelo Operativo para el Mejoramiento Colaborativo de la Atención en Salud



Adaptado del Modelo Serie Innovativa (IH 2003)

IV. Justificación del Colaborativo de Adherencia a Protocolos

Las razones fundamentales para la implementación de este colaborativo en República Dominicana son:

1. La Razón de Mortalidad Materna continúa siendo alta, 90.6 / 100,000 NV para el año 2016⁷. La tasa de mortalidad infantil reportada⁸ es de 22.2 / 1,000 NV y la tasa de mortalidad neonatal reportada es de 16.0 / 1,000 NV. Estos indicadores continúan siendo elevados y se han modificado muy poco en los últimos años.
2. El 81% de las muertes maternas auditadas en el año 2016 se consideraron evitables, estando la mayoría asociadas al incumplimiento de los protocolos de atención basados en evidencia científica que fueron elaborados y socializados por el MSP y el SNS en el año 2016.
3. El 37% de las muertes maternas ocurridas en el año 2016 residían en la Región Metropolitana 0. 4
4. Para el año 2016 se tiene el dato de que ocurrieron 7.6 morbilidades maternas extremas por cada 1,000 nacidos vivos en el país.
5. Dificultades en el monitoreo del desempeño del cumplimiento de los protocolos de atención.
6. Competencias limitadas del personal de salud en la atención de complicaciones obstétricas y neonatales, evidenciadas por el bajo cumplimiento de protocolos utilizando listas de chequeo. El cumplimiento global fue de tan solo 53.2% en obstetricia (56.2% en preeclampsia

⁷ MSP, Agosto 2017. Situación de la mortalidad materna en República Dominicana 2016.

⁸ OPS/OMS. Indicadores Básicos. Situación de Salud en las Américas 2017.

severa – eclampsia y de 50.2% en HPP) y de 39.5% en pediatría (37.6% en SDR y 41.3% en sepsis neonatal).⁹

7. Pobre análisis de la información derivadas de la débil calidad del dato. En Julio de 2017 la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) reflejaba 70% de sin datos en los formularios de historias clínicas perinatales.
8. El Boletín Epidemiológico Semanal No. 26, año 2018, del Ministerio de Salud Pública (Dirección General de Epidemiología, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica) reportó los siguientes datos de mortalidad materna y neonatal:

Región	Nacidos vivos*(1)		Mortalidad materna (2)				Mortalidad neonatal (2)			
	2017	2018	2017		2018		2017		2018	
			Nº	Tasa**	Nº	Tasa**	Nº	Tasa**	Nº	Tasa**
0 Metropolitana	28051	28426	40	143	36	127	404	14	449	16
I Valdesia	3456	6475	13	376	10	154	94	27	115	18
II Cibao Norte	11100	12018	11	99	6	50	165	15	223	19
III Cibao Nordeste	3908	4465	1	26	5	112	50	13	49	11
IV Enriquillo	2912	3081	3	103	0	0	26	9	76	25
V Este	7775	10025	14	180	9	90	83	11	90	9
VI Del Valle	3791	4298	4	106	3	70	47	12	63	15
VII Cibao Occidental	2959	2991	3	101	5	167	41	14	61	20
VIII Cibao Central	5073	5240	3	59	10	191	52	10	78	15
Población extranjera	nd	nd	1	nd	4	nd	2	nd	2	nd
Total país	69025	77019	93	133	88	109	964	14	1206	16

* datos por región de ocurrencia ** excluye muerte en residente en el extranjero

nd = no disponible 1. Informe semanal Epi-1 2. Notificación individual de caso

V. Eventos / Procesos de Atención a Abordar en el Colaborativo

- **Maternos:** Hipertensión del embarazo, Hemorragia posparto, Mujeres en Situación de Aborto. Atención prenatal, Atención del parto.
- **Neonatales:** Síndrome de Dificultad Respiratoria y Sepsis Neonatal.

Duración del Colaborativo: Un año.

VI. Criterios de Selección de Hospitales para el Colaborativo

- Ser hospitales formadores de especialistas en gineco obstetricia y neonatología de la red del Servicio Nacional de Salud.

⁹ OPS/OMS DOM y SNS. Reporte de talleres de socialización de protocolos de atención de obstetricia y ginecología, y de atención para pediatría en hospitales de las nueve regiones de salud. Diciembre 2017.

Hospitales Participantes:

- De la Región de Salud Metropolitana: Hospital materno infantil “San Lorenzo de Los Mina”, Hospital universitario “Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia”, Hospital de la Mujer Dominicana “Dra. Evangelina Rodríguez”.
- De Cibao Norte: Hospital “Presidente Estrella Ureña”, Santiago.
- Servicio Regional de Salud Este: Hospital Regional “Dr. Antonio Musa”, San Pedro de Macorís (este tiene formación de especialistas sólo en gineco obstetricia, no en neonatología).

De acuerdo a región de residencia y ocurrencia de muertes maternas en el año 2016, los hospitales de la Región Metropolitana atendieron el 43% de pacientes que terminaron en muertes maternas del país (77 de 179), incluyendo a todas las de su propia región (66 de las 179) y a provenientes de otras 6 regiones de salud. En Santiago, en el Cibao Norte se atendió el 17% (30 de 179) de pacientes terminadas en muerte materna del país. El 95% de sus pacientes terminadas en muertes maternas (21 de 22 casos) eran de su propio territorio y las restantes provenientes de otras 3 regiones. (ver cuadro inserto)

Cuadro 7. Porcentaje de muertes maternas según región de salud de residencia y región de ocurrencia, República Dominicana, 2016.

Región de Salud de residencia	Región de salud de ocurrencia de la muerte materna								Total Muertes maternas	
	I Valdesia	II Cibao Norte	III Cibao Nordeste	IV Enriquillo	O Metropolitana	V Este	VI Del Valle	VII Cibao Occidental		VIII Cibao Central
Residencia en el Extranjero				100%						1 (100%)
I Valdesia	42%				58%					19 (100%)
II Cibao Norte		95%			5%					22 (100%)
III Cibao Nordeste		10%	90%							10 (100%)
IV Enriquillo				100%						10 (100%)
O Metropolitana					100%					66 (100%)
V Este					17%	83%				23 (100%)
VI Del Valle					20%		80%			10 (100%)
VII Cibao Occidental		71%			14%			14%		7 (100%)
VIII Cibao Central		9%			9%				82%	11 (100%)

Fuente: Base de datos de muertes maternas resultante de la integración de las muertes captadas del certificado médico de defunción, del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y del INACIF. Dirección de Análisis de Situación de Salud, Monitoreo y Evaluación de Resultados, Ministerio de Salud

- De acuerdo a la fuente, en el año 2016, debido a eclampsia, shock hipovolémico y shock séptico, hubo una Razón de 8.3 morbilidades maternas extremas (MME) por cada muerte materna (1,489 MME y 179 MM). La Tasa de MME fue de 7.6 por 1,000 nacidos vivos.

Cuadro 14. Morbilidad Materna Extrema (Eclampsia, Shock Hipovolémico, Shock Séptico) Casos Acumulados Por Residencia de Pacientes según Región de Salud, República Dominicana, 2014 - 2016

REGIÓN	2014	2015	2016
Residentes en Haití	17	9	4
Región 0 Metropolitana	374	312	556
Región 1 Valdesia	44	100	45
Región 2 Cibao Norte	545	530	266
Región 3 Cibao Nordeste	10	14	60
Región 4 Enriquillo	43	46	45
Región 5 Este	48	54	78
Región 6 El Valle	241	453	268
Región 7 Cibao Occidental	153	206	138
Región 8 Cibao Central	34	26	29
Total PAIS REPÚBLICA DOMINICANA	1509	1750	1489
Prevalencia por cada 1000 nacidos vivos	7.6	8.9	7.6

Fuente: Base de base de datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, DIGEPI, MSP.

VII. Objetivo del Colaborativo

Fortalecer la calidad de la atención de las mujeres en estado grávido puerperal y de sus recién nacidos mediante la adherencia a los protocolos de atención materno neonatales del Ministerio de Salud en hospitales formadores de especialistas en gineco obstetricia y neonatología con el fin de lograr la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

VIII. Resultados Esperados

Maternos

1. Mejorada la calidad de la atención prenatal y del parto brindada a las gestantes.
2. Reducido el número de muertes maternas por preeclampsia – eclampsia, hemorragia posparto primaria y aborto.
3. Reducidas las tasas de letalidad por preeclampsia – eclampsia, hemorragia posparto primaria y aborto.

Neonatales

4. Reducido el número de muertes de recién nacidos por síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal.
5. Reducidas las tasas de letalidad por síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal.

IX. Objetivos de Mejoramiento del Colaborativo

Un objetivo de mejoramiento se define como la declaración de los resultados esperados que se pretende alcanzar a través de la aplicación de acciones de mejoramiento, en un área específica. Por lo tanto, en el colaborativo se:

- Definen y se seleccionan las áreas de mejora y se formulan los objetivos de mejoramiento.
- Identifican: las prácticas basadas en evidencia a ser aplicadas, los procesos a ser mejorados y los resultados esperados.
- Orienta la planificación y aplicación de los instrumentos de ciclos rápidos de mejora continua de la calidad.

Los objetivos de mejoramiento del colaborativo de Adherencia a Protocolos de Atención Materno Neonatales en Hospitales Formadores de Especialistas en Gineco Obstetricia y Neonatología en la República Dominicana, fueron definidos por el Servicio Nacional de Salud (SNS) con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en el país, los cuales serán validados y consensuados con los equipos de salud de los hospitales participantes durante la primera sesión de aprendizaje. Estos objetivos de mejoramiento son:

- Mejorar el desempeño del personal de salud en la atención prenatal y del parto que se brinda a las gestantes.
- Mejorar el desempeño del personal de salud para el diagnóstico y tratamiento oportuno y apropiado de pacientes con hipertensión del embarazo, hemorragia posparto primaria y aborto espontáneo.
- Mejorar la capacidad del personal de salud para el diagnóstico y tratamiento oportuno y apropiado de pacientes recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal.

X. Estructura y Organización del Colaborativo de Adherencia

La organización del colaborativo de mejoramiento tiene dos niveles: uno nacional y otro local (equipos de mejoramiento de la calidad en hospitales).

En la primera etapa o fase demostrativa el equipo estará conformado de la siguiente manera:

Grupo Conductor Nacional: El equipo nacional tiene el liderazgo y por lo tanto la responsabilidad del apoyo técnico y político para los equipos locales, además consolida los datos y sistematización de la experiencia, organiza las sesiones de aprendizajes y realiza visitas locales, al menos una visita por mes a cada uno de los sitios.

- Por parte del Servicio Nacional de Salud (SNS): coordinador/a de hospitales, coordinador/a de salud materna, coordinador de salud infantil, coordinador/a de gestión de calidad.
- Como apoyo por parte de OPS/OMS: asesor de salud materna y reducción de mortalidad materna, y asesor de sistemas y servicios de salud.

Equipos Locales: Son los responsables de implementar el paquete de cambios, incluyendo los ciclos rápidos de mejora continua de la calidad, registrar los datos y compartir sus experiencias en las sesiones de aprendizaje del colaborativo, haciendo énfasis en los resultados, cambios y mejoras innovadoras implementadas, así como las mejores prácticas y lecciones aprendidas.

A nivel local, en los hospitales, los equipos de mejoramiento (no es el mismo comité de calidad) estarán conformados por el coordinador médico y de enfermería de emergencia, coordinador médico y de enfermería de obstetricia, coordinador médico y de enfermería de neonatología y el director o subdirector médico del hospital. Los coordinadores de calidad y de materno infantil del servicio regional de salud correspondiente brindarán apoyo y seguimiento a los equipos de calidad de cada uno de los hospitales participantes en el colaborativo de mejoramiento. Se integrarán además a los equipos de mejoramiento, otros miembros del personal de salud del nivel operativo que se enfrentan cotidianamente a la atención prenatal, del parto y a las complicaciones maternas neonatales que se abordan en este colaborativo, incluyendo en ocasiones a usuarios o familiares de pacientes de esos servicios, los que serán incorporados de forma ad hoc (transitoriamente) cuando se desarrollen los ciclos rápidos de mejoría continua de la calidad.

Direcciones Regionales de Salud: Los equipos locales tendrán acompañamiento, monitoreo y evaluación muy de cerca de parte de sus respectivas direcciones regionales de salud.

XI. Paquete de Cambios

La implementación de un paquete de cambios define los cambios críticos o relevantes que son necesarios poner en práctica, los cuales son implementados en los hospitales por los equipos del colaborativo. Este paquete establece un conjunto de prácticas y procedimientos deseados construidos en base a la evidencia y si se aplica de forma periódica y correcta, conduciendo a los resultados esperados definidos en los objetivos de mejoramiento. El paquete de cambios para este colaborativo de adherencia a protocolos materno neonatales, se encuentra en el siguiente cuadro.

Paquete de cambios - Actividades claves		
Documentación	Cuidados clínicos	Organización
<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar el llenado correcto e interpretación de los formatos de historia clínica perinatal near miss, historia clínica de hospitalización del neonato e historia clínica de mujeres en situación de aborto. • Asegurar la disponibilidad en todas las áreas de atención y en todo el personal de salud, de los protocolos de obstetricia y ginecología, y protocolos de atención para pediatría (neonatología). • Asegurar la disponibilidad del documento y herramientas de monitoreo de la Guía metodológica para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal en establecimientos de salud de la red de hospitales públicos de la República Dominicana. • Asegurar la recolección de datos confiables en tiempo y forma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refrescamiento a personal directo asistencial de los protocolos de atención de obstetricia y ginecología (hipertensión del embarazo, hemorragia posparto primaria y aborto), y de pediatría (síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal). • Aplicación 24/7 de los protocolos de atención de hipertensión del embarazo, hemorragia posparto primaria y aborto; síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal, verificando que se cumplan los criterios diagnósticos y de tratamiento, mediante la verificación con listas de chequeo en Excel (contenidos en el CD de la Guía de adherencia a protocolos). • Hospitales aseguran los insumos, equipos y medicamentos requeridos para la atención apropiada establecidos en los protocolos de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar efectivamente recursos humanos competentes 24/7 (médicos y de enfermería). • Asegurar el cumplimiento de los protocolos de atención 24/7 (incluyendo fines de semana y días feriados). • Implementación del seguimiento de los niños ingresados en el método de madre canguro a nivel comunitario (Casas maternas, madre canguro ambulatorio). • Establecido un sistema de comunicación para el traslado de los recién nacidos.

XII. Estándares e Indicadores de Calidad

El estándar es una declaración de la calidad esperada, basada en reglamentos, guías y protocolos; es una expectativa con relación a un proceso determinado; es la medida del desempeño esperado. En este caso en particular los estándares son los protocolos de atención para obstetricia y ginecología, y los protocolos de atención para pediatría; ambos del año 2016 y las Guías clínicas para la atención de la mujer durante el embarazo, parto inminente y puerperio en el primer nivel de atención. elaborados por el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana.

Los indicadores reflejan resultados concretos de la actividad y su propósito es verificar el grado de cumplimiento de las acciones referidas en los requerimientos de cada estándar y el impacto que ellas tienen en las organizaciones. Son las expresiones objetivas del desempeño a través de la relación cuantitativa entre las variables que interactúan en un mismo proceso, facilitan la medición y propician el análisis, lo que da origen a planes de mejora para su cumplimiento. Los estándares e indicadores del colaborativo de mejoramiento, permitirán medir el nivel de la calidad de los servicios.

En el **Anexo I**, se presentan los estándares e indicadores construidos a partir de los resultados esperados, objetivo general, objetivos de mejoramiento y el paquete de cambios. Es importante destacar que todo ello deberá ser consensuado con los equipos locales en la primera sesión de aprendizaje.

XIII. Herramientas de Mejora de la Calidad

Las siguientes herramientas de mejora de la calidad serán utilizadas en este colaborativo de mejoramiento:

- Sistema Informático Perinatal (SIP), módulos near miss, mujeres en situación de aborto y hospitalización neonatal. El SIP Plus está ya siendo utilizado en varios de estos hospitales.
- Estándares e indicadores de calidad de procesos de atención de hipertensión del embarazo, hemorragia posparto primaria, aborto; síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal.
- Listas de chequeo del cumplimiento del protocolo (estándar) de atención para cada una de las anteriores patologías. Anexo # 2 de la “Guía metodológica para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal en establecimientos de salud de la red de hospitales públicos de la República Dominicana”. Estas listas de chequeo fueron previamente validadas en hospitales, incluso algunos participantes en este colaborativo; se encuentran disponibles en archivo Excel en el CD que contiene la Guía.
- Modelo de ciclos rápidos de mejora continua de la calidad.
- Paquete de cambios.
- Documentación y sistematización de la experiencia.

XIV. Sesiones de Aprendizaje

La sesión de aprendizaje, es una oportunidad estructurada para compartir experiencias y resultados. Son sesiones formales con objetivos y metodologías definidas. A través de ellas se obtienen las mejores prácticas y las lecciones aprendidas, se comparten resultados buenos y malos, se identifican ideas innovadoras.

La evidencia muestra que son necesarias al menos 4 sesiones de aprendizaje en un año. La estructura de la agenda de cada una de ellas se basa en 3 elementos: revisión de avances, manejo y utilización de datos de forma oportuna para la toma de decisiones y actualización del conocimiento. En la tabla siguiente se muestra la organización de las agendas según la sesión en este colaborativo de aprendizaje.

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
<ul style="list-style-type: none"> • Inducción a los colaborativos de aprendizaje. • Revisión de estándares e indicadores. • Metodología para elaboración de la línea de base. • Uso y práctica de la lista de chequeo en la base de datos de Excel. • Calendario de visitas de acompañamiento. • Próximos pasos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir los resultados de la línea de base, dificultades encontradas y soluciones en los diferentes procesos de atención (Qué y Cómo), desde el punto de vista organizacional, de recursos humanos, insumos, equipos y medicamentos. Obtener las mejores prácticas y las lecciones aprendidas. • Uso y análisis de datos. • Tema que aporte posibles soluciones, experiencias exitosas que pudiesen funcionar en los hospitales del colaborativo. • Evaluaciones cruzadas y visitas de campo. El juego del saltamontes. • Actualización del conocimiento: Ciclos rápidos de mejora continua de la calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir resultados del monitoreo, mejores prácticas y lecciones aprendidas • Socializar los primeros ciclos rápidos de mejora continua de la calidad. • Preparación para la síntesis de procesos. • Actualización del conocimiento o nuevas prácticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntesis de procesos. • Revisión de resultados • Estrategia de expansión de la experiencia.

Están previstas cuatro sesiones de aprendizaje a realizarse cada dos a tres meses, previa convocatoria por el Servicio Nacional de Salud. A cada sesión de aprendizaje le sigue un período de acción, con excepción de la última sesión, la cual será una sesión de conclusión o sistematización del colaborativo como elemento fundamental para realizar la expansión con un paquete de implementación mejorado basado en las mejores prácticas y en las lecciones aprendidas.

xv. **ANEXOS**

Anexo I. Estándares e Indicadores de Calidad a Monitorear

Estándares e Indicadores a Monitorear en el Colaborativo de mejoramiento: Adherencia a Protocolos de Atención Materno Neonatales en Hospitales Formadores de Especialistas en Gineco Obstetricia y Neonatología

(Para cada indicador se requiera muestra de 20 expedientes clínicos, con periodicidad mensual)

Proceso de Atención	Estándar	Indicador	Construcción Indicador Numerador / Denominador x 100 (N/D x100)
Atención integral a la embarazada	Toda embarazada recibirá atención conforme a las Guías Clínicas de Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio.	Porcentaje de embarazadas que reciben atención integral durante el embarazo conforme a las guías clínicas de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.	N: # de embarazadas que recibieron atención integral durante el embarazo conforme a las guías clínicas. D: # de embarazadas que recibieron CPN.
Atención del parto	Toda parturienta recibirá atención conforme a las Guías Clínicas de Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio.	Porcentaje de parturientas que reciben atención conforme a las guías clínicas de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.	N: # de parturientas que recibieron atención conforme a las guías clínicas. D: # de parturientas atendidas.
Atención de las complicaciones obstétricas	Toda paciente con hipertensión del embarazo, recibirá atención conforme a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología.	Porcentaje de pacientes con hipertensión del embarazo que reciben atención conforme a protocolos de atención para obstetricia y ginecología.	N: # de pacientes con hipertensión del embarazo que recibieron atención conforme a protocolos. D: # de pacientes con hipertensión del embarazo atendidas.
	Toda paciente con hemorragia posparto primaria, recibirá atención conforme a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología, y el Código Rojo Obstétrico.	Porcentaje de pacientes con hemorragia posparto primaria que reciben atención conforme a protocolos de atención para obstetricia y ginecología, y código rojo obstétrico	N: # de pacientes con hemorragia posparto que recibieron atención conforme a protocolos y código rojo. D: # de pacientes con hemorragia posparto atendidas.
	Toda paciente en situación de aborto, recibirá atención conforme a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología.	Porcentaje de pacientes en situación de aborto que reciben atención conforme a protocolos de atención para obstetricia y ginecología.	N: # de pacientes en situación de aborto que recibieron atención conforme a protocolos. D: # de pacientes en situación de aborto atendidas.
Atención de las complicaciones del recién nacido	Todo recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria, recibirá atención conforme a los Protocolos de Atención para Pediatría.	Porcentaje de recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria que reciben atención conforme a protocolos de atención para pediatría.	N: # de recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria que recibieron atención conforme a protocolos. D: # de recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria atendidos.

Proceso de Atención	Estándar	Indicador	Construcción Indicador Numerador / Denominador x 100 (N/D x100)
	Todo recién nacido con sepsis neonatal, recibirá atención conforme a los Protocolos de Atención para Pediatría.	Porcentaje de recién nacidos con sepsis neonatal que reciben atención conforme a protocolos de atención para pediatría.	N: # de recién nacidos con sepsis neonatal que recibieron atención conforme a protocolos. D: # de recién nacidos con sepsis neonatal atendidos.

Anexo II. Otros Indicadores a Monitorear

II. a Indicadores a monitorear a través del Sistema Informático Perinatal (SIP), la mayoría de ellos con un Click en la Estadística Básica:

- **II.a.1** Porcentaje de llenado de historias clínicas perinatales Near Miss (permite a su vez cumplir con los indicadores contenidos en la Estadística Básica de HCP Near Miss y los indicadores de calidad de la República Dominicana, los cuales se muestran en el Anexo III).
- **II.a.2** Porcentaje de llenado de historias clínicas de Mujeres en Situación de Aborto (permite a su vez cumplir con los indicadores contenidos en la Estadística Básica de HC de Mujeres en Situación de Aborto, los cuales se muestran en el Anexo III).
- **II.a.3** Porcentaje de llenado de historias clínicas de Hospitalización Neonatal (permite a su vez cumplir con los indicadores contenidos en la Estadística Básica de HC de Hospitalización Neonatal, los cuales se muestran en el Anexo III).

II. b Tasas de Letalidad:

- **II.b.1 Tasa de letalidad por preeclampsia severa y eclampsia.**
N: # de pacientes fallecidas por diagnóstico de preeclampsia severa y eclampsia / **D:** # de pacientes ingresadas por preeclampsia severa y eclampsia (en el mismo período) x 100.
- **II.b.2 Tasa de letalidad por hemorragia posparto.**
N: # de pacientes fallecidas por hemorragia posparto / **D:** # de pacientes ingresadas por hemorragia posparto (en el mismo período) x 100.
- **II.b.3 Tasa de letalidad por aborto.**
N: # de pacientes fallecidas por diagnóstico de aborto o sus complicaciones / **D:** # de pacientes ingresadas por aborto o sus complicaciones (en el mismo período) x 100.
- **II.b.4 Tasa de letalidad por síndrome de dificultad respiratoria.**
N: # de pacientes fallecidos por diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria / **D:** # de pacientes ingresados por síndrome de dificultad respiratoria (en el mismo período) x 100.
- **II.b.5 Tasa de letalidad por sepsis neonatal.**
N: # de pacientes fallecidos por sepsis neonatal / **D:** # de pacientes ingresados por sepsis neonatal (en el mismo período) x 100.

Anexo III. Indicadores contenidos en las Estadísticas Básicas de las Historias Clínicas (HC)

III.a SIP HCP Near Miss: Estadística Básica, Indicadores Básicos

<ul style="list-style-type: none"> • Estadística Básica: Nacidos vivos $\geq 500g$ o ≥ 22 semanas Nacidos vivos $< 2500g$ Nacidos vivos $< 1500g$ Nacidos vivos $< 1000g$ Fallecen en sala de partos Nacidos muertos $\geq 500g$ o ≥ 22 semanas Abortos sin datos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad: Mortalidad Fetal: Tasa por mil nacidos vivos + muertos $\geq 500g$ o ≥ 22 sem Mortalidad Neonatal precoz: Tasa por mil nacidos vivos $\geq 500g$ o ≥ 22 sem Mortalidad Perinatal: Tasa por mil nacidos vivos + muertos $\geq 500g$ o ≥ 22 sem Muertes maternas: Razón de mortalidad materna x 100000 RN vivos
<ul style="list-style-type: none"> • Madre: Con alguna patología Embarazo múltiple Hipertensión previa Preeclampsia Eclampsia Cardiopatía Diabetes Infección urinaria Restricción crecimiento fetal Amenaza parto prematuro Hemorragia 1er. trimestre Hemorragia 2do. trimestre Hemorragia 3er. trimestre 	<ul style="list-style-type: none"> • ... Madre: Rotura prematura membranas Infección puerperal Hemorragia puerperal Otras patologías Sin vacuna antitetánica Sífilis Gestacional Solicitó VIH Con control prenatal 1er. control en 1er. trimestre 1er. control en 2do. trimestre 1er. control en 3er. trimestre 1er. control sin fecha Hospitalizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Parto: Rotura membranas ≥ 18 hs Inicio espontáneo Inicio inducido Inicio cesáreo electiva Terminación espontánea Terminación cesárea Terminación instrumental Terminación cesárea en embarazos de bajo riesgo Parto prematuro < 37 semanas Anticoncepción: consejería = SI 	<ul style="list-style-type: none"> • Neonato: Apgar 1er. minuto 4 - 6 Apgar 1er. minuto 0 - 3 Apgar 5to. minuto 4 - 6 Apgar 5to. minuto 0 - 3 Pequeño para edad gestacional Grande para edad gestacional Con alguna patología Tamizaje RN: VDRL+ Tamizaje RN: TSH + Tamizaje RN: Hbpatía + Tamizaje RN: Bilirrubina + Tamizaje RN: Toxoplasmosis +

III.b Indicadores contenidos en la Estadística Básica de HCP Near Miss: Indicadores de Calidad de la República Dominicana (aparecerá en versión próxima del SIP).

<ol style="list-style-type: none"> 1. Método Anticonceptivo en Gestantes que No Planificaron su Embarazo. 2. Edad Gestacional a la Primera Consulta. 3. Diagnóstico de sífilis y tratamiento. 4. VDRL en Recién Nacidos. En Gestantes que han tenido una Prueba Positiva durante el Embarazo. 5. En el total de la base. Recién Nacidos que han tenido una prueba diagnóstica al nacer en sangre del cordón. Cobertura de la Prueba y Prevalencia de Sífilis Congénita (Proxy). 6. VIH DIAGNÓSTICO. Prueba diagnóstica solicitada. Cobertura de la prueba y Prevalencia de VIH Durante la Gestación. 7. Patologías Maternas en Embarazo y Parto. Preeclampsia Severa y Eclampsia: uso de sulfato de magnesio. Hemorragia: uso de ocitócicos. Infección/Sepsis puerperal: uso de antibióticos parenterales. 8. Prevención de la hemorragia postparto, MATEP: Uso de oxitocina. 9. Prevención de la Anemia del Recién Nacido: Pinzamiento tardío del cordón umbilical. 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Razón de Mortalidad Materna Institucional y Causas de Mortalidad Materna. 11. Razón de Morbilidad Materna Extrema (Near Miss). 12. Morbilidad Materna Extrema (Near Miss): Total, por Causa y por Grupo Etario. 13. Relación de Morbilidad Materna Extrema (Near Miss) / Muerte Materna. 14. Tasa de Letalidad por: Preeclampsia Severa, Eclampsia; Hemorragia Postparto, Infección/Sepsis Puerperal. 15. Terminación del Parto. Indicación de cesárea. 16. Tasa de Mortalidad Fetal, Neonatal y Perinatal. Edad y peso a la muerte. 17. Uso de corticoides antenatales. 18. Recién Nacidos Prematuros (< 37 semanas). 19. Porcentaje de Nacimientos de Bajo Peso al Nacer. 20. Apgar al 1er minuto y a los 5 minutos. Sobre la población de nacidos vivos. 21. Método de Planificación Familiar al Egreso. Enfoque a Adolescentes.
---	---

III.c SIP Aborto: Indicadores Básicos Asistencia a mujeres en situación de Aborto

<ul style="list-style-type: none"> • Edad de las mujeres asistidas por grupos etarios • Nivel Educativo de las mujeres asistidas • Diagnóstico de Ingreso: Espontáneo, Frustro, Mola, Emb. No Viable, Terapéutico, Terap. Fallido, No Especificado, Otro, sin dato. Completo, Incompleto, Se desconoce/No aplica, sin dato 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería anticoncepción post aborto: Verbal, Escrito, Ninguno, sin dato • Inicio inmediato de anticoncepción • Inicio inmediato de anticoncepción por edad: ACO "píldora", Inyectable, Implante, Otro hormonal, Otro método de barrera, Condón, DIU, EQV masculino, EQV femenino, Abstinencia
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de abortos previos • Antecedentes de hijos vivos • Edad gestacional y aborto • Complicaciones según método de evacuación uterina: Infección Genital, Infección Pelviana, Sepsis, Hemorragia Excesiva, Shock Hipovolémico, Perforación, Desgarro O Daño Vaginal, Uterino, Pélvico, Otra Complicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Condición al egreso de las mujeres asistidas: Sana, Traslado, Con Patología, Fallecida, sin dato • Análisis de Demoras: Inicio síntomas, Tiempo transporte, Tiempo tratamiento • Tiempo tratamiento - alta • Tiempo ingreso - alta • Variables para identificar casos de Near Miss
---	---

III.d Indicadores contenidos en la Estadística Básica de HC de Hospitalización Neonatal (pendientes de ser incorporados por el CLAP/SMR).

Anexo IV. Sesiones de Aprendizaje del Colaborativo

Primera Sesión de Aprendizaje

Colaborativo de adherencia a Protocolos Materno Neonatales en Hospitales Formadores de Especialistas en Gineco Obstetricia y Neonatología

Objetivos:

- Inducir a los participantes al aprendizaje colaborativo de adherencia a protocolos de atención materno neonatales.
- Familiarizarlos con la metodología, instrumentos de evaluación para elaboración de línea de base y monitoreo del progreso de la adherencia a protocolos.
- Compartir los próximos pasos del colaborativo.

Agenda, 4-5 horas: Registro de participantes. Palabras de apertura por nuestra PWR. Palabras de inicio del colaborativo por el director ejecutivo del SNS. ¿Qué es y cómo funciona el aprendizaje colaborativo? ¿Criterios de selección de hospitales participantes? Indicadores del colaborativo. Metodología elaboración de línea de base: utilización apropiada de los instrumentos de evaluación (Inducción y trabajo en grupos). El SIP y el SIP Plus (Sistema Informático Perinatal), Calendario de visitas de acompañamiento. Próximos pasos.

Segunda Sesión de Aprendizaje

Objetivos:

- Compartir los resultados de la línea de base.
- Compartir las dificultades encontradas y soluciones (Qué y Cómo) en los diferentes procesos de atención (Organizacionales, de recursos humanos, de insumos, equipos y medicamentos). Mejores prácticas y Lecciones aprendidas
- Presentar un tema que aporte posibles soluciones y experiencias exitosas que pudiesen funcionar en los hospitales del colaborativo. El juego del saltamontes. CRMC.

Agenda, 4-5 horas: Registro de participantes. Palabras de apertura por nuestra PWR. Palabras de apertura por el director ejecutivo del SNS. Presentación de la línea de base por hospital. Dificultades encontradas y soluciones (Qué y Cómo) en los diferentes procesos de atención (Organizacionales, de recursos humanos, de insumos, equipos y medicamentos). Lecciones aprendidas. Evaluaciones cruzadas y visitas de campo para compartir experiencias exitosas: El Juego del Saltamontes. Próximos pasos: Ciclos Rápidos de Mejora Continua de la Calidad.

Tercera Sesión de Aprendizaje

Objetivos:

- Compartir los resultados obtenidos en el monitoreo.
- Socializar los primeros ciclos rápidos de mejora continua de la calidad.
- Compartir las dificultades y soluciones implementadas para reducir las brechas de adherencia a protocolos con los ciclos rápidos de mejora continua: Qué, Cómo Mejores Prácticas y Lecciones Aprendidas.
- Incorporar difusión de nuevos conocimientos o nuevas prácticas.
- Próximos pasos.

Agenda, 4-5 horas: Registro de participantes. Palabras de apertura por nuestra PWR. Palabras de apertura por el director ejecutivo del SNS. Dificultades encontradas y soluciones implementadas para reducir brechas de adherencia a protocolos con los ciclos rápidos de mejora continua Qué, Cómo Mejores Prácticas y Lecciones Aprendidas. Evaluaciones cruzadas y visitas de campo para compartir experiencias exitosas: Lecciones aprendidas. Próximos pasos.

Cuarta Sesión de Aprendizaje

Objetivos:

- Mostrar los logros alcanzados en los hospitales participantes durante el desarrollo del colaborativo.
- Sistematizar las barreras, facilitadores, mejores prácticas y lecciones aprendidas en el colaborativo de adherencia a protocolos de atención.
- Sentar las bases, si es pertinente, para el posible proceso de expansión hacia otros hospitales.

Agenda, 4-5 horas: Presentación de las mejores prácticas y lecciones aprendidas por los equipos de mejoramiento de los hospitales participantes. Sugerencias, recomendaciones para la fase de expansión a partir de la sistematización del colaborativo.