



MINISTERIO DE SALUD
VICEMINISTRO DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

**RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS
MEJORES PRÁCTICAS**

Guía de postulación 2018



MINISTERIO DE SALUD
VICEMINISTERIO DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD
UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR BÁSICA ISLA DE MÉNDEZ

ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA AMBULATORIA DE LAS MUJERES CON RIESGO REPRODUCTIVO Y PARIDAD SATISFECHA PERTENECIENTES A LAS COMUNIDADES DE RESPONSABILIDAD DE LA UCSF ISLA DE MÉNDEZ, USULUTÁN, EN COORDINACIÓN CON EL HOSPITAL NACIONAL DE JIQUILISCO, DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2015 A ENERO 2018.

Equipo gestor: personal de la UCSFB Isla de Méndez, SIBASI Usulután y hospital nacional de jiquilisco.

- **Medico coordinador en año social: Dr. Juan Enrique Chávez Moz**
- **Enfermera comunitaria: Olga Esperanza Ramos Méndez**
- **Provisión de servicios SIBASI Usulután: Dr. Ronald Antonio portillo**
- **Directora hospital nacional de jiquilisco: Dra. Juana Fidelia de Cortez**

ÍNDICE

N°	CONTENIDO	PAGINA
a	Presentación	4
b	Objetivos	4
c	Criterios y subcriterios de evaluación	4
1.0	Criterio 1: liderazgo y compromiso de la alta dirección	5
2.0	Criterio 2: identificación y análisis de la oportunidad de mejora	8
3.0	Criterio 3: gestión de la mejor practica	11
4.0	Criterio 4: Gestión del equipo de mejora	17
5.0	Criterio 5: Gestión del conocimiento e innovación de la mejor practica	20
6.0	Criterio 6: Resultado de la mejor practica	23
7.0	Criterio 7: sostenibilidad y mejora	27
d	Anexos	31
e	Glosario de términos médicos	44

a. PRESENTACIÓN

El proyecto de buenas prácticas realizado en la UCSF Isla de Méndez en el cual al ser encontrado una serie de problemas comunitarios se da uso del método HANLON para la priorización de estos en los cuales se evidencio, el auge de embarazos de alto riesgo , embarazo adolescente así como también el desabastecimiento según la demanda de métodos de planificación familiar temporales, por lo que se propuso la promoción, gestión e implementación de la esterilización quirúrgica ambulatoria (EQA) femenina en las que se brinda una evaluación integral de la mujer en edad fértil (MEF), para ser candidata a este proceso. En los cual los objetivos de esta es contribuir a que las usuarias utilicen un método de planificación permanente que les permita gozar de su salud sexual y reproductiva sin la producción de más hijos en la familia. En la cual el equipo gestor necesita alianzas fuertes con el segundo nivel de atención para la realización de dicho procedimiento, así como también el apoyo del SIBASI Usulután para proveer de recursos de transporte entre otros para la exitosa realización de esta buena práctica.

b. OBJETIVOS

GENERAL:

Contribuir a la disminución de embarazos de riesgo a través de la esterilización quirúrgica femenina ambulatoria, en mujeres en edad fértil con riesgos reproductivos y paridad satisfecha, pertenecientes a las comunidades de UCSF Isla de Méndez, durante el periodo del año 2015 al 2018.

ESPECÍFICOS:

- Detectar oportunamente factores de riesgos en mujeres en edad reproductiva las cuales han llegado a una paridad satisfactoria en las comunidades pertenecientes a la UCSF Isla de Méndez a través de las visitas domiciliarias y consulta externa.
- Promover la esterilización quirúrgica femenina ambulatoria, en mujeres en edad fértil con riesgos reproductivos y paridad satisfecha, pertenecientes a las comunidades de UCSF isla de Méndez, para contribuir a la disminución de embarazos de riesgos.
- Contribuir a la disminución de la morbimortalidad materno-fetal en las comunidades pertenecientes a UCSF Isla de Méndez al implementar esterilización quirúrgica.
- Contribuir al cumplimiento de los indicadores de los objetivos de desarrollo sostenible № 3 al reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna.
- Capacitar al personal nuevo de la UCSF sobre riesgo reproductivo mediante educación continua al menos 2 veces por año.
- Fortalecer los conocimientos del personal mediante educación continua al menos 2 veces al año.

c. CRITERIOS Y SUB CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

Criterio 1: Liderazgo y compromiso de la alta dirección. (80 puntos)

1.1. Liderazgo para promover la mejor práctica (20 puntos).

1.1.1. De qué manera la alta dirección promueve la implantación de la mejor practica?

La alta Dirección del MINSAL promueve la realización de la mejora continua al reconocer el esfuerzo y logro de los Hospitales y Regiones, a partir del año 2015 convoca a todas sus dependencias a participar al Reconocimiento Interno MINSAL y luego postular al Reconocimiento a las Mejores Prácticas de ES Calidad brindando el apoyo técnico (talleres de gestores) y económico para la postulación a ES Calidad. Los trabajos postulados se hacen de conocimiento a la ciudadanía a través de medios de comunicación y pagina web del MINSAL. El médico coordinador del equipo gestor de la UCSF Isla de Méndez en coordinación con el coordinador del SIBASI Usulután, promueve mediante reuniones de equipo técnico (médico, enfermera, promotores de salud, secretaria, ordenanza y polivalente) la educación sobre métodos de planificación, mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo y embarazo de riesgo; así como realiza promoción en las mujeres que tienen paridad satisfecha. [Ver anexo 1.](#)

1.1.2. Como la alta dirección se involucra durante la creación e implantación de la mejor practica?

El médico coordinador está involucrado en el seguimiento de la ejecución de la buena práctica, en reuniones técnico administrativas; además realiza promoción ante las autoridades del MINSAL. El director de la UCSF es el responsable de la identificación de las mujeres en edad fértil de riesgo en la consulta externa, así como de la promoción de la buena práctica con las usuarias que son parte del alcance del proyecto, gestiona la evaluación pre operatoria e indicación de exámenes pertinentes, entre otras colaboraciones.

1.1.3. Como la alta dirección empodera a los miembros del equipo para el desarrollo de la mejor practica?

El médico coordinador empodera al equipo gestor, y lo nombra oficialmente por medio de nota oficial. [Ver anexo 1](#); lo que les permite la toma de decisiones, implementación de mejoras, disponer de tiempo para sus reuniones y capacitaciones. Distribuye las actividades del proyecto con enfermería y promotores de salud, polivalente y todo el equipo de UCSF en búsqueda activa en la comunidad para detectar y referir al establecimiento de salud para su evaluación médica, gestión para su traslado, en el cual se les comunica la importancia de la promoción de la buena práctica en las mujeres que ameritan ser incluidas en dicho proyecto. [Ver anexo 2](#)

1.1.4. Como la alta dirección da a conocer la mejor práctica a toda la organización?

El médico coordinador de la UCSF socializa y da a conocer este proyecto, por medio de perifoneo, radio local y también se dio a conocer la buena práctica a las instituciones pertenecientes a la micro red del bajo lempa (UCSF La Canoa, Sisiguayo, nuevo amanecer y UCSF-E Monseñor Oscar Arnulfo Romero) a través de reuniones realizadas mensualmente, en el cual avalaron y apoyan dicho proyecto. [Ver anexo 3.](#)

Se socializa las metas alcanzadas y las mejoras planteadas semestralmente para incrementar la efectividad de esta con un mejor ambiente de trabajo y de valoración tanto de la dedicación que presta el equipo gestor, así como la del paciente satisfecho.

1.2 Apoyo para el desarrollo e implementación de la mejor práctica (30 puntos)

1.2.1. Como apoya la alta dirección el desarrollo e implantación de la mejor practica

La alta dirección apoya en la realización del proyecto, tanto en la organización, gestión y realización satisfactoria de cada una de las actividades desarrolladas con cada una de las pacientes que participan en el proyecto. Además, apoya en el desarrollo de la evaluación pre operatorio, la indicación de exámenes y referencia con consentimiento informado de esta, así como en la coordinación del equipo en la reasignación de labores como en el caso de horario del polivalente para traslado y retorno de las usuarias.

En otra parte colabora con la capacitación, educación continua y charlas al personal de salud, comités de salud y otras instituciones para la promoción del proyecto. Además de las gestiones necesarias con el SIBASI Usulután en la asignación de combustible extra para financiar transporte y

llevar a cabo dicho proyecto; así como solicitar la colaboración del personal médico especialista en ginecología y obstetricia y recursos de enfermería del hospital de Jiquilisco; además de equipo e insumos médicos necesarios para llevar a cabo dicho procedimiento quirúrgico.

1.2.2. Que medios utiliza la alta dirección para dar soporte a la mejor practica?

La alta dirección da soporte a la mejor práctica por medio de la coordinación con las direcciones de las instituciones relacionadas como el hospital nacional de Jiquilisco y SIBASI Usulután por medio de llamada telefónica, y el equipo gestor, por medio de medios de comunicación social. Se hace acta de reuniones informativas entre otras, para generar el compromiso de las jefaturas de las diferentes instituciones relacionadas en la mejor práctica. En estas reuniones informativas la alta dirección da a conocer el proyecto, sus metas y cuál era el beneficio que se pretendía, obteniendo el apoyo a la mejor práctica, con la autorización y priorización de recursos destinados al cumplimiento de las metas de la mejor práctica. [Ver anexo 4](#)

1.3. Reconocimiento a equipos de mejora (30 puntos).

1.3.1. Que políticas e incentivos ha definido la organización para promover el desempeño efectivo de los integrantes de equipos que desarrollan mejores prácticas?

Como política e incentivo se cuenta con el reconocimiento interno a las mejores prácticas implementado por el MINSAL a partir de 2015 en cual se convoca a participar con proyectos de buenas prácticas. Como incentivo al equipo gestor las jefaturas de SIBASI Usulután y jefaturas de la región oriental de salud le felicita y hace entrega de un diploma de reconocimiento a la iniciativa de desarrollo de la mejor práctica y por postular de parte de la unidad de salud al reconocimiento de calidad del MINSAL, por lo que cada integrante pone de su mejor parte para que dicha buena práctica sea vista y reconocida a nivel nacional. [Ver anexo 5](#)

1.3.2. Como la organización reconoce a cada miembro de los equipos y su trabajo en conjunto, respecto a la efectividad de los resultados alcanzados en la mejor practica?

El médico coordinador de la UCSF reconoce individualmente a través de un diploma individual a cada integrante del equipo por la colaboración en la realización, gestión y coordinación del proyecto en el cual se les agradece por la iniciativa de implementación e innovación de la mejor práctica. Además de las felicitaciones de jefaturas por parte del SIBASI Usulután a la dirección de la Unidad. [Ver anexo 5, 6 y 7.](#)

Criterio 2: Identificación y análisis de la oportunidad de mejora (100 puntos)

2.1. Identificación y selección de la oportunidad de mejora (60 puntos)

2.1.1. ¿Cómo se identificaron las oportunidades de mejora o los problemas a resolver?

Debido a la alta tasa de embarazos (62 casos en el año 2015) entre ellos gestantes con riesgo reproductivo y paridad satisfecha, muchos casos de partos extra hospitalarios y riesgo social por difícil acceso geográfico y violencia social, se tuvieron diferentes reuniones de planificación para la realización del plan de mejora continua de la calidad de atención y prestación de servicios de salud, donde se distribuyeron las actividades a realizar por las diferentes disciplinas en la ejecución del proyecto.

Se logró identificar los problemas a través de la técnica "lluvia de ideas", donde cada integrante de la UCSF Isla de Méndez aporta opiniones más importantes a tratar sobre la situación. Ver anexo 8. Se tuvieron diferentes reuniones para la implementación del plan de mejora continua, donde se utiliza la técnica de "lluvia de ideas" donde cada integrante aporta sus opiniones más importantes para tratar el problema para la ejecución de la buena práctica, se identifica por medio de listado de mujeres en edad fértil de cada promotor de salud que las mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo son principalmente multiparas, mujeres jóvenes, co-morbilidad y mujeres con paridad satisfecha. Al prevenir se contribuye a disminuir la tasa de embarazos de riesgo, las complicaciones y la morbi mortalidad. Ver anexo 9

2.1.2. Que parámetros utilizaron para la priorización de la oportunidad de mejora?

La priorización no se dirige a otorgar importancia a un problema de salud sino más bien a concederles preferencia, en el cual se razono que el número aumentado de embarazos podría ser resultado del desabastecimiento de métodos de planificación temporales, los cuales utilizan las mujeres en edad fértil pertenecientes a las comunidades de UCSF Isla de Méndez. En donde se identificó la magnitud del problema del aumento de embarazos de riesgo, la severidad para la atención de las pacientes cursando un embarazo de riesgo, como también la presencia de complicaciones en la embarazada y su producto; al evaluar la eficacia de la solución se encuentra una solución factible para poder combatir la problemática con los recursos del equipo de salud.

2.1.3. Cuales herramientas de calidad aplicaron para la priorización del problema?

Se llegó al consenso de utilizar la herramienta de calidad del método de HANLON en donde se plantearon diferentes problemáticas y de ella se identificó que la principal problemática era la magnitud del aumento de embarazos de riesgo, y la severidad de este tanto para la atención de las pacientes cursando un embarazo de riesgo, como también la presencia de complicaciones en esta y su producto, por lo que se realiza un árbol de problemas el cual se evidencia (para ampliar información de las complicaciones) Ver anexo 9, 10 y 11 Y 12

2.1.4 Como proyecto el impacto esperado para abordar la oportunidad de mejora?

El impacto se puede evidenciar en la disminución de embarazos de riesgo en la comunidad, ya que al comparar tasas de inscripciones de embarazos con años anteriores se evidencia una marcada disminución de esta y por ende esto contribuye a mejorar el ambiente laboral por parte del personal ya que disminuye los estresores que conlleva los embarazos de riesgo, además de esto se preserva la integridad familiar al evitar disgregación familiar por morbimortalidad materna a causa de un embarazo de riesgo, otro punto importante es en la conservación del medio ambiente al disminuir acumulación de desechos bioinfecciosos de difícil desintegración como lo son guantes, descartables, agujas entre otros, así como el ahorro de insumos médicos. Ver anexo 13

2.1.5. Cuáles son los estándares que se relacionan con la buena práctica?

Los estándares de calidad se reflejan en la disminución de las tasas de embarazos de alto riesgo en la comunidad y por ende evitar contribuir el sobre cupo en consulta externa de hospitales de segundo o tercer nivel de atención con médicos especialistas, además de el sobre cupo de camas en ingresos hospitalarios y los gastos que esto genera, así como también el estar en sala de emergencias y quirófanos y unidad de cuidados intensivos, contribuyendo así a mejorar las atenciones de emergencias de otra índole. Así como también a contribuir a disminuir el desabastecimiento de métodos de planificación familiar en la unidad de salud. Ver estándar de calidad pagina 12 al 100. Anexo 14

2.1.6. ¿La oportunidad de mejora como se relaciona con la Autoevaluación según la CICGP?

En la redacción de la carta Iberoamericana se puede evidenciar en el capítulo segundo un apartado el cual es de “principios inspiradores de una gestión pública de calidad”, en el cual esta buena práctica se relaciona con dichos principios al ser un proyecto innovador, de mutuo beneficio tanto para las usuarias incluidas en la mejora continua, así como en las instituciones de salud involucradas. Ver apartado de CICGP **pagina 9 a 11**.

Además del desarrollo de capacidades de los empleados públicos **ítems 32 página 16**.

Así como **los ítems 44 pagina 20 e ítems 59 páginas 24** en cuanto a premios a la calidad y excelencia y al ser un proyecto ejemplar para promocionarse a nivel nacional por su logro alcanzado a nivel de UCSF. **Anexo 15**

2.2 Recolección y análisis de la información (40 puntos).

2.2.1. ¿Qué metodología aplico para recolección, clasificación, consolidación, análisis de la información necesaria para el desarrollo y ejecución de la mejor practica?

Al inicio la recolección de datos surge con el listado de las mujeres en edad fértil (MEF) las cuales se observan en el **anexo 9** en el cual se identifican todas aquellas mujeres entre los 12-49 años las cuales posteriormente pasan por un proceso de clasificación por la hoja filtro de identificación de riesgo gineco-obstetrico proporcionada por el MINSAL como paso de valoración de riesgo obstétrico en el cual dicha hoja es apreciada en el **anexo 16**, posterior a este se reúnen la comunidad por medio de perifoneo para socialización del proyecto con la comunidad como la búsqueda activa de aquellas MEF de riesgo conocidas por los promotores de salud en los cuales son llamadas para la consejería y oferta de EQA, luego se realiza una lista de aquellas mujeres interesadas o llamadas en el proyecto las cuales se pueden observar en el **anexo 17** quienes son las primeras en interesarse y motivarse por el proyecto en el cual se hace un consolidado de mujeres quienes desean ser esterilizadas. Por consiguiente, se realiza monitoreo anual del listado de MEF quienes esta esterilizadas en el **anexo 18** y se analiza los resultados en **los anexos 13, 19, 20 y 21** en los cuales se identifica una notoria disminución de inscripciones maternas y de control de planificación con métodos temporales.

2.2.2. Cuales herramientas aplico el equipo para la recolección y análisis de la información?

El equipo utiliza listados de los promotores mantienen con las MEF visibles en **anexo 9** las cuales las mujeres identificadas con riesgo y que luego de la promoción del proyecto desean participar en este se realiza un monitoreo de las cuales están esterilizadas en el **anexo 18**.

Por otro lado la herramienta de análisis utilizada es Excel 2007 en el cual se ingresan y son tabulados los datos de SIMMOW en el que se evidencian las disminuciones comparativas de los riesgos, las inscripciones maternas y puerperales que son detallados en los **anexos 13, 19, 20 Y 21**

2.2.3. Cuales fuentes de datos utilizo el equipo para verificar la confiabilidad?

La fuente de datos es tomada del SIMMOW, en el cual se comparan los datos tomados por la digitación de las atenciones brindadas por el MINSAL y FOSALUD, el cual es el sistema digital de datos estadísticos del ministerio de salud.

En el censo de MEF tomamos la población DIGESTYC y se tomó en cuenta la población censada en 2007, y sus proyecciones para la identificación de las MEF de la comunidad, así como también los listados de los promotores en salud las cuales llevan control estricto y actualizado de estas y como principal fuente de datos para verificar su confiabilidad se cuenta con el expediente clínico.

2.2.4. Como determinó y cuál es la brecha existente entre la situación actual (línea base) y la situación o proyección deseada?

El proyecto inicio con una línea base de 0 puesto a que no existían MEF las cuales se hubieran sometido a EQA femenina por lo cual nuestra brecha de mujeres con paridad se fijó en al menos 10 EQA por año a lo cual en el primer año (2015) se cumplió una meta de 40 EQA por ser el inicio del proyecto. **Ver anexos 18 Y 19**

Línea base 2015	Proyección	Brecha
0 MEF sometidas a EQA femenina	Al menos 10 EQA por año	10

Criterio 3: Gestión de la mejor práctica (250 puntos)

3.1 Planificación de la mejor práctica (80 puntos).

3.1.1. La mejor práctica está orientada con la misión, visión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización?

La misión y visión de la mejor practica está basada en las del MINSAL ya que la misión de la UCSFB isla de Méndez es la de brindar una atención integral a la población asignada en cuanto a atenciones de salud en el ámbito preventivo y curativo, relacionándola a la mejor practica es en la atención en salud sexual y reproductiva al promocionar la esterilización femenina como método de planificación permanente. Y la visión de la UCSFB isla de Méndez es disminuir las tasas de embarazos de riesgos en mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo y de aquellos embarazos no deseados, así como de mejorar el abastecimiento de métodos temporales en MEF sin riesgo reproductivo y con plan de embarazo a futuro.

Con lo anterior se contribuye lograr cumplir los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) en los objetivo № 3 de reducir la mortalidad infantil y en mejorar la salud materna, ambos objetivos incluidos en la buena práctica al evitar embarazos de riesgo que contribuyan a la mortalidad materna e infantil por las complicaciones que estas generan.

3.1.2 Como la organización selecciono al equipo de mejora para el desarrollo la mejor practica?

La dirección de la UCSFB isla de Méndez selecciono al equipo gestor a lo cual se propuso inicialmente que el equipo fuera nombrado por la alta dirección pero se llegó al acuerdo que se inscribirían al equipo gestor por motivación propia en el cual se puede apreciar en el **anexo 1**, tomándose en cuenta la formación, la responsabilidad, disposición para colaborar e integración del equipo gestor por todo el equipo técnico de la UCSF isla de Méndez.

3.1.3. Cuáles son los objetivos definidos para la mejor practica?

GENERAL:

Contribuir a la disminución de embarazos de riesgo a través de la esterilización quirúrgica femenina ambulatoria, en mujeres en edad fértil con riesgos reproductivos y paridad satisfecha, pertenecientes a las comunidades de UCSF Isla de Méndez, durante el periodo del año 2015 al 2018.

ESPECIFICOS:

- Detectar oportunamente factores de riesgos en mujeres en edad reproductiva las cuales han llegado a una paridad satisfactoria en las comunidades pertenecientes a la UCSF Isla de Méndez a través de las visitas domiciliarias y consulta externa.
- Promover la esterilización quirúrgica femenina ambulatoria, en mujeres en edad fértil con riesgos reproductivos y paridad satisfecha, pertenecientes a las comunidades de UCSF isla de Méndez, para contribuir a la disminución de embarazos de riesgos.
- Contribuir a la disminución de la morbimortalidad materno-fetal en las comunidades pertenecientes a UCSF Isla de Méndez al implementar esterilización quirúrgica
- Contribuir al cumplimiento de los indicadores de los objetivos de desarrollo sostenible №3 de reducir la mortalidad infantil y en mejorar la salud materna.
- Capacitar al personal nuevo de la UCSF sobre riesgo reproductivo mediante educación continua al menos 2 veces por año.
- Fortalecer los conocimientos del personal mediante educación continua al menos 2 veces al año.

3.1.4. Como se definió el plan de trabajo, como se asignó a los responsables de cada actividad y cuál es el mecanismo de control y seguimiento utilizado para el logro de los objetivos planteados a fin de reducir la brecha identificada?

El equipo gestor definió un plan de trabajo a desarrollar en base a los objetivos planteados de la buena práctica, asignándoles las responsabilidades a cada uno de los integrantes. La ejecución del plan inicia a partir de enero del 2015 en el cual se identificaron las MEF que mantienen algún riesgo reproductivo y se les llama para socialización del proyecto en el cual se parlantea al llamado

de la comunidad se les comunica los requisitos del proyecto y se inicia con el proceso de selección de las MEF quienes desean EQA femenina dentro del cual se proponen las diferentes actividades se visualizan en el **anexo 9**, en este se puede ver las diferentes actividades propuestas y los responsables de esta el mecanismo de control de estas actividades son las actas realizadas por cada actividad así como los cuadros comparativos con el listado de las MEF esterilizadas en **anexo 18**.

Plan de trabajo

Objetivos del plan	Actividades	Metas	Indicadores	Responsable	periodo de cumplimiento
Identificar MEF con riesgo reproductivo y paridad satisfecha	Listado MEF Mas búsqueda activa en la comunidad y en consulta externa en la unidad de salud	Lograr al menos 10 EQB por año	Mujeres identificadas/tot al de EQB por año X 100	Médico, enfermera y promotores de salud	enero a diciembre de cada año
Capacitar al personal en temas de planificación familiar y riesgo reproductivo	Reunión de equipo técnico para educación continua	Lograr al menos 1 educación semestral	Numero de sesiones educativas/ total de sesiones educativas X 100	Médico y enfermera	semestralmente
Promover el proyecto de buena práctica con la comunidad	Charlas informativas en la unidad de salud y líderes comunitarios	Las veces que sean necesarias	Numero de charlas brindadas/total de charlas por mes	Medico enfermera y promotores de salud	mensualmente
Solicitar combustible al SIBASI para llevar acabo transporte de usuarias al HNJ	Llamadas telefónicas y respectivo formularios de llenado para solicitar	Las veces que seas necesarios	Numero de galones brindados/total de galones al mes	Médico y enfermera polivalente	mensualmente
Coordinar con HNJ para someter a usuarias que incluidas en el proyecto para realizarse EQ	Llamadas telefónicas, sistema de referencia y retorno	las veces que sean necesarias	Total de MEF identificada/total de EQ realizadas X 100	Médico y enfermera	Mensualmente y consolidar anualmente

3.1.5. Cuál fue el presupuesto de la mejor práctica, como se financio?

La UCSF de Isla de Méndez, tiene un presupuesto asignado de parte de la Región de Salud Oriental (éste es asignado a la región de parte del MINSAL); dentro del cual se apoyó al proyecto de buenas prácticas de parte de jefaturas del SIBASI con la asignación de vales de canje para abastecimiento de combustible para el traslado y retorno de las usuarias sometidas a la EQA, además se contó con la cooperación de recursos tanto humanos y materiales de parte del hospital nacional de Jiquilisco para llevar a cabo el evento quirúrgico, quien de igual manera cuenta con su presupuesto asignado por el MINSAL.

N°	Inversión	Costo
1	Recurso Médico	\$ 980
2	Recurso de enfermería	\$ 460
3	Combustible	\$38.64 (12 galones por vale)
	Insumos	\$ 500
	Total	\$ 1978.64

3.2 Implantación de la mejor práctica (100 puntos)

3.2.1. ¿Cómo se implementó la mejor practica

Etapas de planificación: en esta etapa se elaboró la propuesta del proyecto, los participantes, recursos a requerir, las coordinaciones con las diferentes áreas que participarían en el desarrollo del proyecto de mejora y el alcance de este, en el cual se toma como primer paso la identificación de las mujeres de edad reproductiva de las comunidades pertenecientes al AGI de la institución.

Etapas de ejecución: posteriormente se inicia con el listado de pacientes quienes se les consideran con riesgo reproductivo y todas aquellas que presentan paridad satisfechas a las cuales se les pretende ofrecer el método de planificación permanente de EQA, en segunda instancia se capacita al personal sobre la EQA femenina, el tamizaje riesgo reproductivo, la hoja filtro de riesgo, Se inicia la promoción en salud con diversas charlas sobre EQA femenina como método de planificación permanente y como este disminuye el riesgo reproductivo en las mujeres de las comunidades pertenecientes a la unidad de salud y como este mejora la calidad de vida dentro de la comunidad. Luego se inicia la de coordinación con Hospital Nacional de Jiquilisco para realizar el procedimiento ambulatorio, en el cual se establece los requisitos para admisión de las pacientes, en los cuales se propone la preparación del paciente con exámenes pre operatorios evaluación por médico general y orientación psicológica para la comprensión del método permanente, se coordina los días en los que se realizara el procedimiento, se realizara en días hábiles en los cuales el quirófano se encontraría disponible así como también la hora de llegada y hora para ir a recoger a las pacientes posterior al procedimiento. Luego se coordina con SIBASI Usulután para el abastecimiento de combustible para el traslado de las pacientes al Hospital de Jiquilisco y a su vivienda después del procedimiento como incentivo a las pacientes y acompañamiento de estas durante el proceso de esterilización.

Se promueve el proyecto por el parlante en la comunidad como parte de la promoción en la cual se perifonea para las reuniones en las cuales se darían a conocer los requisitos y el manejo del proyecto, así como también establecer lazos de confianza con las pacientes.

Como parte de la promoción de la estrategia se promueve el proyecto de la esterilización femenina ambulatoria en la reunión con las UCSF del bajo lempa.

Etapas de monitoreo y seguimiento:

Se da seguimiento al cumplimiento de actividades establecidas en el plan de trabajo, para verificar si se alcanzaron los objetivos propuestos.

Así como también se informa y retroalimenta al equipo gestor sobre los resultados y los procesos de riesgo y complicaciones durante el embarazo y parto y las complicaciones en el neonato encontrados. Se toman las acciones pertinentes a los resultados.

3.2.2. ¿Cómo el equipo identificó y gestionó la participación de otras áreas de la organización y/o partes interesadas para el logro de los objetivos de la mejor practica?

Las áreas involucradas en el proyecto de mejora que se identificó son indispensables para su desarrollo son las siguientes:

- Hospital Nacional de Jiquilisco al ser este nuestro hospital de referencia y de más fácil acceso geográfico para realizar el procedimiento ambulatorio.
- SIBASI Usulután para el abastecimiento de combustible para el traslado de las pacientes al hospital de Jiquilisco y a su vivienda después del procedimiento.
- La comunidad para el apoyo en la promoción del proyecto.

3.2.3. ¿Qué dificultades identifico el equipo para la implantación de la mejor práctica y qué acciones realizaron para superarlas?

DIFICULTADES	ACCIONES
Falta de combustible	Coordinación para solicitar combustible extra con SIBASI Usulután
Exámenes de evaluación preoperatorios	Coordinación con UCSF-E Monseñor Oscar Arnulfo Romero para priorizar muestras con cupo extra para toma y envío y reporte de exámenes para su evaluación temprana.
La falta de espacio en quirófano por la alta demanda de emergencias, procesos obstétricos entre otros en el hospital y por ende no completar EQA de usuarias llevadas al hospital.	Gestión y coordinación con hospital de Jiquilisco para asignar día y hora hábil según cupo disponible y realizar 2 EQA por día.
Falta de cupo para dicha cirugía por falta de recursos especialistas en ginecología y obtetricia en hospital nacional de Jiquilisco y la demanda del hospital de usuarias (solo hay 2 especialistas)	Se gestiona solución con la alta dirección para contratación de más recursos, mientras esperamos respuesta optamos por referir a gestantes multiparas o con paridad satisfecha o riesgo obstétrico para realizar EQ post parto al Hospital de Usulután.

3.3 Control y seguimiento (70 puntos)

3.3.1. ¿Cómo realizó el control y seguimiento de las etapas del desarrollo de la mejor práctica?

El control en las primeras etapas de desarrollo se dio a modo de verificar que las actividades programadas para los primeros meses del proyecto fueran completadas por el responsable de cada una en el equipo gestor mediante un cuadro comparativo de las actividades realizadas y pendientes. Véase anexo 22

En el cual la alta dirección se aseguraba de que las actividades pendientes se completaran con prontitud y se socializaba la prioridad de esta al equipo gestor.

Dentro de la disposición de recurso se realiza un sistema de tablas con las actividades realizadas, el tiempo requerido y el recurso responsable de su cumplimiento, en el cual se evalúa mensualmente el avance en la actividad designada y el desempeño o empoderamiento del recurso, para con la actividad designada.

3.3.2. Ante las desviaciones presentadas en la práctica, como se aseguró el equipo de la adopción de medidas para prevenir que no vuelvan a suceder?

Desviaciones	Medidas de prevención a sucesos
Falta de combustible	Coordinación con anticipación con SIBASI para abastecimiento de combustible.
Falta de cupo en sala de operaciones y salida nocturna del hospital.	Coordinar el traslado de 2 usuarias por día (miércoles).
Sobrecupo de Exámenes de laboratorio pre operatorios y su resultados	Gestionar con dirección de encargada de laboratorio el cupo extra y lectura oportuna para realización de evaluación preoperatoria
Falta de ginecólogo en hospital para realizar la EQA	Aclarar en la hoja de referencia previa autorización de las usuarias para su EQB en el momento de presentarse trabajo de parto.
Temor sobre la EQA de las gestantes y comunidad	Consejería y charlas a gestantes con riesgo reproductivo y paridad satisfecha así como a sus familiares. Ver anexo

3.3.3. ¿Cómo se aseguró el equipo que la participación de otras áreas o partes interesadas fuera efectiva para el logro de los objetivos esperados?

Para generar el compromiso de las jefaturas de las diferentes instituciones relacionadas en la mejor práctica la alta dirección coordinó reuniones en las cuales se expuso el proyecto, sus metas y cuál era el beneficio que se pretendía. En el cual se expusieron las necesidades.

Inicia con la fase de coordinación con Hospital Nacional de Jiquilisco para realizar el procedimiento ambulatorio, en el cual se establecen los requisitos para admisión de las pacientes, se propone la preparación del paciente con exámenes pre operatorios evaluación por médico general y orientación psicológica para la comprensión del método permanente, se coordina que los eventos se realizara en días hábiles en los cuales el quirófano se encontraría disponible así como también la hora de llegada y hora para ir a recoger a las pacientes posterior al procedimiento.

Luego se coordina con SIBASI Usulután para el abastecimiento de combustible para el traslado de las pacientes al Hospital de Jiquilisco y a su vivienda después del procedimiento como incentivo a las pacientes y acompañamiento de estas durante el proceso de esterilización.

3.3.4. ¿Cómo se realizó la evaluación de los resultados y la reducción de la brecha al aplicar a mejor práctica?

El equipo realiza reuniones de evaluación de los resultados, evalúa por medio del monitoreo del plan de trabajo, control de pacientes a quienes se les realiza EQA y hace revisión del número de EQA proyectadas para el año; realiza comparación de las inscripciones maternas y riesgos presentados en los años desde que el proyecto inicia los cuales se visualizan en los **anexos 13, 19,20, 21 Y 23**

Criterio 4: Gestión del equipo de mejora (100 puntos)

4.1 Integración al equipo de mejora (40 puntos)

4.1.1. ¿Cómo la organización asegura la integración y el desempeño de los miembros del equipo de trabajo?

La Dirección de la UCSF de Isla de Méndez, identifico la necesidad de un equipo multidisciplinario para la elaboración y desarrollo del proyecto de mejora, entre los que están el médico coordinador, enfermera y promotor de salud; por sus conocimientos técnicos, su capacidad de gestión y de integración al trabajo en equipo. El conocimiento médico y del entorno de la Unidad Comunitaria y el perfil epidemiológico facilitan el desarrollo de la buena práctica. Además de los promotores de salud en su capacidad de detección e identificación y llamado de mujeres en edad fértil que estaban dentro de los criterios de inclusión para el proyecto. [Ver anexo 9](#)

Este equipo gestor fue nombrado oficialmente por medio de nota emitida por el médico coordinador de la Unidad Comunitaria. [Ver anexo 1](#)

Luego de la integración voluntaria del equipo gestor se realizó en conjunto las medidas de desempeño dentro del proyecto y se habló con la alta dirección para la felicitación y reconocimiento de los recursos incluyendo al personal del hospital de Jiquilisco por su dedicación y apoyo y por los esfuerzos realizados. Lo cual motivaría de gran manera su desempeño dentro del proyecto, así como la integración de cada recurso al equipo gestor y realiza un trabajo en conjunto exitoso. [Ver anexo 5](#)

4.1.2. ¿Cómo la organización aseguro la sinergia en el equipo de mejora y como estas contribuyen al desarrollo de la mejor práctica?

El equipo gestor para el cumplimiento del plan de mejora cuenta con personal capacitado en la detección de mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo, en habilidades obstétricas, desarrollo de capacitaciones en sesiones educativas, enfermera y promotores con experiencia en el cargo.

Existe comunicación y coordinación transversal, disposición para trabajo en equipo, buenas actitudes entre sus miembros, además de trabajo en equipo en red. [Ver anexo 24](#)

4.2 Desarrollo del equipo de mejora (60 puntos)

4.2.1. ¿Cómo el equipo de mejora realizo la mejor práctica considerando las competencias de sus integrantes?

El equipo inicia la mejor práctica, asignando actividades al equipo gestor según su área de competencias:

- El médico, es un estudiante de medicina realizando su servicio social, que cuenta con los conocimientos indispensables para brinda la atención a los usuarios de la Unidad Comunitaria, capacitado en habilidades obstétricas.
- La Enfermera, con conocimiento y amplia experiencia en el ámbito comunitario, capacitada en habilidades obstétricas, AIEPI, proceso de atención de enfermería.
- Médico de provisión de servicios, brinda apoyo técnico administrativo para la atención de las usuarias. Capacitado en habilidades obstétricas, AIEPI, epidemiología, gestión pública.

Se asigna:

- A las promotoras de salud la búsqueda activa de las mujeres en edad fértil de las comunidades de responsabilidad de la UCSF isla de Méndez.
- Al polivalente el transporte de las pacientes y de los documentos para la coordinación de la mejor práctica.
- A enfermería se asigna la coordinación con enfermería del Hospital Nacional de Jiquilisco para la implementación de la esterilización quirúrgica ambulatoria, así como también las consejerías y charlas de promoción en salud.
- A cada integrante del equipo gestor se toma en cuenta y se incluye dentro del proyecto sin interrumpir sus actividades diarias y considerando su área de competencia, capacidades y desempeño.
- También se valora la importancia de médicos especialista como el anestesista, ginecólogo obstetra, personal de enfermería capacitada en sala de operaciones por lo que se contaron con los recursos necesarios para ejecutar el proyecto.

4.2.2. ¿Cómo el equipo de mejora evaluó los conocimientos y habilidades para el desarrollo de la mejor practica?

Al iniciar el proyecto la alta dirección capacita a los integrantes del equipo gestor en la identificación de mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo, métodos de planificación familiar permanente, esterilización quirúrgica ambulatoria femenina y embarazo de riesgo, lo que posteriormente se evaluó en reunión de equipo técnico véase anexo 24 Y 25 en el cual se hablaron los temas nuevamente y se enfatizó en la importancia de conocer estos temas para llevar a cabo el proyecto de forma exitosa.

Se realiza charla de evaluación por medio de enfermería para actualizar estos temas ya antes mencionados en forma semestral para que el proyecto no decaiga.

4.2.3. ¿Qué control y seguimiento aplico el equipo de mejora para asegurar su efectividad en el desarrollo de la mejor practica?

El control en las primeras etapas de desarrollo se dio a modo de verificar que las actividades programadas para los primeros meses del proyecto fueran completadas por el responsable de cada una de las actividades, por el equipo gestor mediante un cuadro comparativo de las actividades realizadas y pendientes. Véase anexo 22

En la cual la alta dirección se aseguraba de que las actividades pendientes se completaran y se socializaba la prioridad de esta al equipo gestor.

Dentro de la disposición de recurso se realiza un sistema de tablas con las actividades realizadas, el tiempo requerido y el recurso responsable de su cumplimiento en el cual se evalúa mensualmente el avance en la actividad designada y el desempeño o empoderamiento del recurso, para con la actividad designada.

Criterio5: Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica (70 puntos)

5.1 Gestión del conocimiento en la mejor práctica.

5.1.1. ¿Qué iniciativas realizó la organización para generar aprendizaje a partir de la mejor practica?

Dentro de las iniciativas del grupo gestor para el aprendizaje continuo de la mejor práctica se encuentran:

- Socialización de la buena práctica en reuniones de RIIS. Anexo 3
- La realización de charlas para promoción del proyecto y educación en salud de las pacientes véase anexo 27, 28, 29
- Reuniones de educación continua semestrales del equipo gestor véase anexo 26
- Evaluación de los conocimientos sobre los temas que inquietan en el proyecto véase anexo 24 Y 25.
- Implementación del proceso de referencia de las mujeres embarazadas con paridad satisfecha. Anexo 30

5.1.2. ¿Cómo la organización y el equipo incorporo las experiencias y lecciones aprendidas para la creación de nuevas prácticas?

Se creó la nueva practica por medio del hecho lamentable de presentarse una muerte materna (toxemia) ocurrida en el año 2015 el cual dicho embarazo era no deseado y que dicha mujer era añosa y con paridad satisfecha, por lo que desde esa situación el equipo técnico se reunió y se hace mención de identificar a dichas mujeres con riesgo reproductivo y paridad satisfecha; haciendo uso de listado de mujeres en edad fértil, con la finalidad de implementar en ellas la “esterilización quirúrgica ambulatoria” por lo que se procede a detectar a dichas usuarias con riesgo reproductivo y paridad satisfecha, concientizarlas, promocionando dicho método de planificación familiar permanente.

Las experiencias y lecciones aprendidas durante el desarrollo de este proyecto de mejora fue que las mujeres no podían trasladarse por si solas al hospital en las horas establecidas, por lo que se gestiona y coordina con las autoridades competentes que se le garantice el traslado al hospital y retorno a sus hogares, siendo esta de motivación para las usuarias y por lo que resulta exitosa la buena práctica debido a que se contribuye a la disminución de los índices de embarazos no deseados, incremento de inscripciones maternas, y reducción de los índices de morbi mortalidad materna e infantil en nuestro país. Ver anexo 31 Y 35

5.2 Gestión de la innovación en la mejor practica (30 puntos)

5.2.1. ¿Qué considero el equipo para generar elementos de innovación en la mejor practica?

Dentro de los puntos a considerar para aplicar elementos de innovación en el proyecto son:

- La esterilización quirúrgica ambulatoria el cual significa un método de planificación familiar permanente.
- El ámbito psicológico de las usuarias las cuales estaban interesadas en la esterilización
- Atención psicológica de pareja para que existiera un consenso de ambas partes en someterse a dicho procedimiento quirúrgico.
- Potenciar el proceso de referencia, retorno e interconsulta.
- La toma de exámenes se realiza dentro del establecimiento de salud, para agilizar el proceso de esterilización quirúrgica ambulatoria en las pacientes
- Reuniones intersectoriales para incentivar a las mujeres en la promoción del proyecto con sus congéneres en la comunidad.
- Gestión de la evaluación preoperatoria con el Hospital Nacional de Jiquilisco.

5.2.2. ¿Cómo el equipo de mejora utilizo la innovación de la mejor práctica para agregar valor y mejorar el desempeño organizacional?

Los elementos de innovación en el proyecto que agregan valor son:

- Apoyo a la usuaria en el transporte hacia el hospital de Jiquilisco.
- Preparación y coordinación del cupo para evento quirúrgico realizado por medico ginecólogo.
- Consejería y atención psicológica previa a la esterilización.

- Atención psicológica de pareja para que existiera un consenso de ambas partes en someterse a dicho procedimiento quirúrgico: se citó a parejas para el mutuo acuerdo y se brinda beneficios de esta operación más salud sexual y reproductiva
- Consejería a gestantes con paridad satisfecha posterior al parto el cual se describe en hoja de referencia.
- Agilización del proceso de esterilización quirúrgica ambulatoria gestionando cupos extras por parte de laboratorio de la UCSF-E MOAR para agilizar evaluación pre operatoria.
- Reuniones con comité de salud promocionado la buena práctica.
- Gestión de la evaluación preoperatoria con el Hospital Nacional de Jiquilisco.

Criterio 6: Resultados de la mejor practica (300 puntos)

6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional. (90 puntos).

6.1.1. ¿Cuál es la reducción de la brecha identificada durante la planificación y después de aplicar la mejor practica?

El proyecto inició con una línea base de 0, en el año 2015 puesto a que no existían mujeres en edad fértil las cuales se hubieran sometido a esterilización quirúrgica ambulatoria femenina por lo que la proyección establecida fue de al menos realizar 10 esterilizaciones quirúrgicas ambulatorias por año; estableciendo una brecha de 10 mujeres con paridad a esterilizar quirúrgicamente.

Se puede observar en el cuadro siguiente un incremento satisfactorio de las Mujeres en edad fértil sometidas a esterilizaciones quirúrgicas ambulatorias; lo que contribuye a la disminución del riesgo obstétrico y a la morbi mortalidad Materno Infantil. [Ver anexo 13](#)

Línea base, Mujeres en edad fértil con paridad satisfecha y riesgo reproductivo sometidas a esterilización quirúrgica ambulatoria 2015	Proyección, de mujeres en edad fértil con paridad y riesgo reproductivo sometidas a esterilización quirúrgica ambulatoria	Brecha	2016, MEF sometidas a EQA femenina	2017, MEF sometidas a EQA femenina	2018, MEF sometidas a EQA femenina
0	Al menos 10 EQA por año	10	10	9	16

6.1.2. ¿En qué aspectos ha mejorado la eficacia/eficiencia organizacional al implementar la mejor practica?

Los aspectos en los que ha mejorado la eficacia y eficiencia del proyecto para cumplir con los objetivos están:

- Tiempo de respuesta de exámenes pre operatorios.
- Tiempo de respuesta de la evaluación preoperatoria
- Manejo integral de la usuaria. (desde la evaluación hasta la cirugía).
- Incremento del número de esterilizaciones quirúrgicas ambulatorias realizadas por año.
- Disminución de embarazos con alto riesgo reproductivo.
- Disminución de la morbimortalidad materna e infantil.
- Seguimiento comunitario por promotor de salud

6.2 Resultados en la orientación al ciudadano. (120 puntos).

6.2.1. ¿Cuáles son los resultados en la percepción del ciudadano?

Dentro de la percepción de las usuarias se puede visualizar el [anexo 32](#) en el cual se encuentran las cartas de agradecimiento de las usuarias intervenidas por el proyecto, así como también sus experiencias, dificultades entre otras opiniones las cuales se ven reflejadas dentro de las cartas.

Se puede mencionar que la percepción de las mujeres quienes fueron intervenidas para un método de planificación permanente se encuentra en un 100% satisfecha con los servicios prestados, así como también apoyan al equipo gestor en la promoción de la misma con sus congéneres en la comunidad.

6.2.2. ¿Cuál es el impacto para el ciudadano después de la implementación de la mejor practica?

Dentro del impacto que se observa en las mujeres intervenidas con el proyecto son:

- Reducción de riesgo de morbimortalidad materna e infantil.
- Menor riesgo de embarazos por olvido del uso de métodos de planificación familiar temporales.

- Mejor calidad de vida, al mantener menor número de hijos por familia,
- Mayor satisfacción de pareja al mantener una vida sexualmente activa sin riesgo de embarazos no deseados.
- Disminución en gastos económicos en citas médicas y controles de embarazo en caso de que resultasen embarazos de riesgo.

6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas (40 puntos)

6.3.1. ¿Cuáles son los resultados generados a otras partes interesadas relacionadas con la mejor practica?

Dentro de los resultados generados a otras partes interesadas como lo son el Hospital Nacional de Jiquilisco, Región y SIBASI Usulután están:

- En el Hospital, disminución de gastos en ingresos con embarazos de riesgo y en sus complicaciones.
- Disminución de gastos de traslado de pacientes a hospitales de referencia por complicaciones.
- En la UCSF Isla de Méndez, la disminución en el consumo de medicamentos para la planificación temporal e insumos que requieren este tipo de casos.
- En el SIBASI y la Región, disminución en los casos de morbimortalidad materno fetal reportada a SIBASI, por lo cual disminuye el tiempo prestado para auditorías, ente otras.

6.3.2. ¿Qué beneficios ha generado la implantación de la mejor practica a otras partes interesadas?

Los beneficios generados a otras partes interesadas son:

- A empleados; educación continua, disminución en la sobre carga laboral y desempeño en sus actividades.
- Usuarías; concientización de la importancia de la esterilización en beneficio de su salud y familiar.
- Institucional; beneficio en disminución de los costos de atención a la usuaria.

6.4 Resultados financieros o de la relación costo beneficio. (50 puntos).

6.4.1. ¿Qué beneficios financieros ha obtenido la organización con la ejecución de la mejor practica?

El proyecto de mejora continua ha obtenido los siguientes beneficios financieros:

El Hospital:

- Disminución de costos por ingresos hospitalarios por atención del parto, atención a la morbilidad y complicaciones materna e infantil.
- Disminución del sobre cupo en consulta externa y emergencia.
- Disminución del día cama ocupado.
- Disminución del consumo de insumos y medicamentos médicos.
- Mejora la calidad de trabajo del personal.
- Mejorar atenciones a usuarios de dicho establecimiento.

En la UCSF Isla de Méndez:

- Disminución de costos de medicamentos de planificación temporal.
- Disminución en el desabastecimiento de métodos de planificación familiar temporales.
- Facilitar el acceso de métodos de planificación temporales a usuarias en edad fértil, sin riesgos reproductivos y con plan de embarazos a futuros.
- Mejora el ambiente laboral, por la disminución de la demanda.
- Disminución en gastos de combustible en transporte de emergencias obstétricas.

6.4.2. ¿Cuáles son los resultados de la relación costo beneficio de la implantación de la mejor practica?

Dentro de los resultados de relación costo beneficio podemos observar en la tabla 3 y 4 el presupuesto tanto para el usuario como para el MINSAL en los diferentes tipos de escenario que se ven relacionados con el proyecto como lo son los controles prenatales básicos versus los especializados, el gasto total de vida de una paciente con planificación familiar y controles maternos de embarazo no complicado es aproximadamente \$500, en cambio la implementación del método de planificación permanente como lo es la esterilización quirúrgica ambulatoria, se puede observar que llega hasta \$ 250 en el cual nos aseguramos que la paciente no recibiría atención prenatal durante los años posteriores al evento quirúrgico por lo que el MINSAL no solo ahorraría en presupuesto de insumo mínimo en la atención de estos, sino que al mismo tiempo se ahorraría en medicamentos, ingresos hospitalarios, alimentación y servicios de los pacientes que presentan algún riesgo o complicación durante el embarazo, parto y puerperio que hacen a cifras de hasta \$38,000 por cabeza.

Por lo cual podemos concluir que resulta más beneficioso tanto presupuestariamente como para el usuario en sí, la implementación de esterilización quirúrgica ambulatoria como método de planificación permanente. [Ver anexo 33 y 34](#)

7. Sostenibilidad y mejora (100 puntos)

7.1 Sostenibilidad (50 puntos)

7.1.1. ¿Cuáles son los posibles riesgos que el equipo ha identificado para garantizar la sostenibilidad de la mejora alcanzada?

Dentro de los riesgos identificados para la sostenibilidad del proyecto se encuentran los siguientes:

- La falta de ginecólogo por parte del Hospital Nacional de Jiquilisco, el cual ha tenido un periodo de crisis al inicio del año 2017, se mantuvo sin ginecólogo de planta para la evaluación y concertación del acto quirúrgico.
- La falta de espacio en quirófano por la alta demanda de emergencias, procesos obstétricos entre otros en el hospital; por su alta tasa poblacional.
- Recurso humano de nuevo ingreso cada año en la UCSF de Isla de Méndez, sin capacitación en temas relacionados al proyecto (Métodos de planificación temporal, habilidades obstétricas, AIEPI)
- Atención de emergencias por desastres naturales.
- Poco apoyo de otros actores involucrados.
- Limitada asignación de combustible para el transporte de las mujeres embarazadas.
- El riesgo social.
- Área geográfica de la UCSF Isla de Méndez y el Hospital de Jiquilisco.

7.1.2. ¿Cuáles estrategias ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, sistematización y estandarización de la mejor practica?

N	Riesgos identificados	Estrategias para minimizar los riesgos
1	La falta de ginecólogo por parte del Hospital Nacional de Jiquilisco, el cual ha tenido un periodo de crisis al inicio del año 2017, se mantuvo sin ginecólogo de planta para la evaluación y concertación del acto quirúrgico.	-Solicitar a la alta dirección la necesidad de contratación del recurso ginecólogo de planta para continuar con el proyecto. -Brindar mientras tanto método de planificación temporal. -En gestantes con paridad satisfecha en momento de parto solicitar Esterilización Quirúrgica en hoja de referencia previa consentimiento de la gestante con paridad satisfecha, hacia el hospital de Usulután.
2	La falta de espacio en quirófano por la alta demanda de emergencias, procesos obstétricos entre otros en el hospital; por su alta tasa poblacional.	Gestionar el espacio en quirófano, en horas establecidas para las mujeres que se sometan a la esterilización.
3	Recurso humano de nuevo ingreso cada año, sin capacitación en temas relacionados al proyecto (Métodos de planificación temporal, habilidades obstétricas, AIEPI)	Capacitar mediante educación continua sobre los temas relacionados a la buena práctica.
4	Atención de emergencias por desastres naturales	Participar en coordinación con SIBASI y protección civil y otras instituciones competentes.
5	Poco apoyo de otros actores involucrados.	-Concientizar a actores incluidos en la mejora continua el apoyo necesario para la implementación de la buena práctica.
6	Limitada asignación de combustible para el transporte de las mujeres embarazadas, área geográfica de la UCSF Isla de Méndez, distante del Hospital de Jiquilisco. (Distancia aproximada de 50 km)	-Solicitar asignación extra de combustible tomando en cuenta el acceso geográfico de la UCSF a hospitales -promocionar el hogar de espera materna
7	El riesgo social.	En cuanto a distancia por acceso geográfico y evitar pasar por zonas de peligro social, establecer un plan preventivo de combustible para la asignación mensual para suplir necesidades.

7.1.3. ¿Qué indicadores, roles, responsabilidades ha implantado la organización para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la mejor practica?

Indicador	Fórmula	Seguimiento al cumplimiento	Responsable
Número de mujeres con paridad satisfecha esterilizadas quirúrgicamente en forma ambulatoria	$\frac{\text{Número de mujeres con paridad satisfecha esterilizadas quirúrgicamente en forma ambulatoria}}{\text{Total de mujeres con paridad satisfecha identificadas en el mes}} \times 100$	Mensual	Coordinador de la UCSF Isla de Méndez
Mortalidad Materna del Cantón Isla de Méndez	$\frac{\text{Número inscripciones maternas}}{\text{total de muertes maternas}} \times 100$	Mensual	Coordinador de la UCSF Isla de Méndez
Mortalidad neonatal del Cantón Isla de Méndez	$\frac{\text{Número de inscripciones infantiles}}{\text{total muertes neonatales}} \times 100$	Mensual	Coordinador de la UCSF Isla de Méndez
Porcentaje de referencias de mujeres con paridad satisfecha a esterilización quirúrgica ambulatoria	$\frac{\text{Numero de referencias de mujeres con paridad satisfecha a esterilización quirúrgica ambulatoria}}{\text{Total de referencias de mujeres con paridad satisfecha a esterilización quirúrgica ambulatoria}} \times 100$	Mensual	Enfermera de la UCSF Isla de Méndez
Porcentaje de inscripciones de métodos temporales	$\frac{\text{Número de inscripciones de métodos temporales}}{\text{Total de inscripciones en PF}} \times 100$	Mensual	Enfermera de la UCSF Isla de Méndez
Porcentaje de esterilización quirúrgica ambulatoria de la Isla de Méndez en el Hospital Nacional de Jiquilisco	$\frac{\text{Numero de esterilizaciones quirúrgicas}}{\text{Total de inscripciones en PF}} \times 100$	Mensual	Enfermera de la UCSF Isla de Méndez

7.2 Mejora (50 puntos)

7.2.1. ¿Cuáles estrategias ha definido la organización para asegurar la mejora continua de la práctica implantada?

Las estrategias propuestas por el equipo gestor para la continuidad del plan de mejora son las siguientes:

- Mecanismo de comunicación personalizada en forma verbal, telefónicamente con las otras jefaturas tanto del SIBASI como del Hospital Nacional de Jiquilisco; las cuales intervienen en el proceso de la mejor práctica.
- La promoción activa con la comunidad y la población a la que esta va dirigida.

- Educación continua al personal.
- Coordinación interinstitucional con FOSALUD.
- Seguimiento a evaluación de resultados para la mejora en aspectos a reforzar.
- Registro oportuno de la información en el expediente de la mujer con paridad satisfecha.
- Identificación oportuna de la mujer en edad fértil con paridad satisfecha que no están embarazadas, sin método de planificación
- Aplicación del ciclo cortos de mejora continua de la información obtenida en el seguimiento.

7.2.2. ¿Qué indicadores y mecanismos de seguimiento ha implantado el equipo para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada?

Indicador	Mecanismo para garantizar el ciclo de mejora	Responsable
Mecanismo de comunicación personalizada en forma verbal, telefónicamente con las otras jefaturas tanto del SIBASI como del Hospital Nacional de Jiquilisco; las cuales intervienen en el proceso de la mejor práctica	-Reuniones técnico administrativas de los actores involucrados - Número de RED para coordinar en casos necesarios	Medico coordinador Enfermera SIBASI Hospital de jiquilisco
La promoción activa con la comunidad y la población a la que esta va dirigida.	Sesiones educativas con líderes y liderezas de la comunidad para promover la buena practica	Equipo técnico de la UCSF isla de Méndez
Educación continua al personal.	Sesiones educativas	Médico y enfermera
Coordinación interinstitucional con FOSALUD.	Reuniones con jefaturas de FOSALUD	Medico coordinador MINSAL Y FOSALUD de la UCSF
Seguimiento a evaluación de resultados para la mejora en aspectos a reforzar.	Datos de SIMOOW	Estadística Medico director SIBASI
Registro oportuno de la información en el expediente de la mujer con paridad satisfecha	Llenado con letra legible en la hoja de referencia para hacer de conocimiento	Médico y enfermera quien llena la hoja de referencia
Identificación oportuna de la mujer en edad fértil con paridad satisfecha que no están embarazadas, sin método de planificación	Búsqueda activa por parte de promotores de salud y enfermera comunitaria	Promotores de salud Enfermera comunitaria
Aplicación del ciclo de mejora continua de la información obtenida en el seguimiento.	Automonitoreos de la buena práctica con planes de mejora	Médico y enfermera y SIBASIA

Anexo 3: socialización del proyecto con UCSF pertenecientes a la micro red bajo lempa.

Unidad Comunitaria de Salud Familiar
Isla de Mendez.

Reunión Micro Red
Bajo Lempa.

Este día se socializa el proyecto de buenas prácticas sobre la esterilización quirúrgica femenina ambulatoria en mujeres de riesgo reproductivo o paridad insatisfecha como en método de planificación familiar permanente para evitar complicación, en este grupo estamos disminuyendo la morbimortalidad materna infantil en el cual los médicos coordinadores de esta micro red (UCSF MOAR, UCSF Juca, Canoa, UCSF Sisaguayo, UCSF Nueva America) por lo cual los médicos coordinadores de los establecimientos analicen dicho proyecto y se comprometan a identificar algunos linarios que clasificarán para este proyecto.

Dr. José Luis Hernández Gómez
DOCTOR EN MEDICINA
I.V.P.M. No. 15742

Juan Enrique Chávez Moz
DOCTOR EN MEDICINA
I.V.P.M. No. 5382019

Anexo 4: Carta a hospital nacional de Jiquilisco

Isla de Mendez.

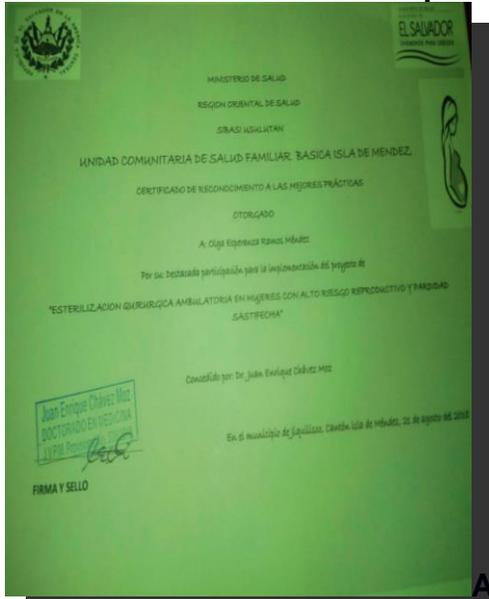
Dra Cortes.

- Por este la Salud y la deses existen en su labor de una ocasión que aprovecho para comunicar a usted que en esta UCSF Isla de Mendez hemos identificado aproximadamente 25 mujeres de riesgo reproductivo y paridad insatisfecha ellas solicitan esterilización ambulatoria porque ellas no quieren dejar sus familias para serlo por lo tanto por mucho tiempo fuera del hogar.

- Esperando una solución favorable a nuestra petición abundantemente

Juan Enrique Chávez Moz
DOCTOR EN MEDICINA
I.V.P.M. Provisional No. 5382019

Anexo 5: reconocimiento diploma.



Anexo 6:



Anexo 7



Anexo 8, Tabla 1: Lluvia de ideas

No.	Problema identificado
1	Aumento de casos de parasitismo intestinal
2	Aumento de casos de dengue y chikungunya
3	Desabastecimiento de métodos de planificación familiar
4	Aumento del número de embarazos de riesgo
5	Riesgo social

Anexo 9: listado de planificación familiar y mujeres en edad fértil



Anexo 9: continuación

The photograph shows a handwritten data table on lined paper. The table has several columns with headers in pink and blue. The data includes names, dates, and numerical values. Some rows are highlighted with orange boxes. The right side of the page shows a continuation of the table with numerical data.

Nombre	Fecha	Edad	Estado	Planificación	Observaciones
Francisco Martínez	10/12/01	31	NO	-	1965
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1967
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1968
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1969
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1970
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1971
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1972
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1973
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1974
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1975
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1976
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1977
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1978
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1979
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1980
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1981
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1982
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1983
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1984
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1985
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1986
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1987
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1988
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1989
Maria Antonia	10/12/01	31	NO	-	1990

Anexo 10: Tabla 2

Prioridades según problema identificado para el abordar plan de mejora

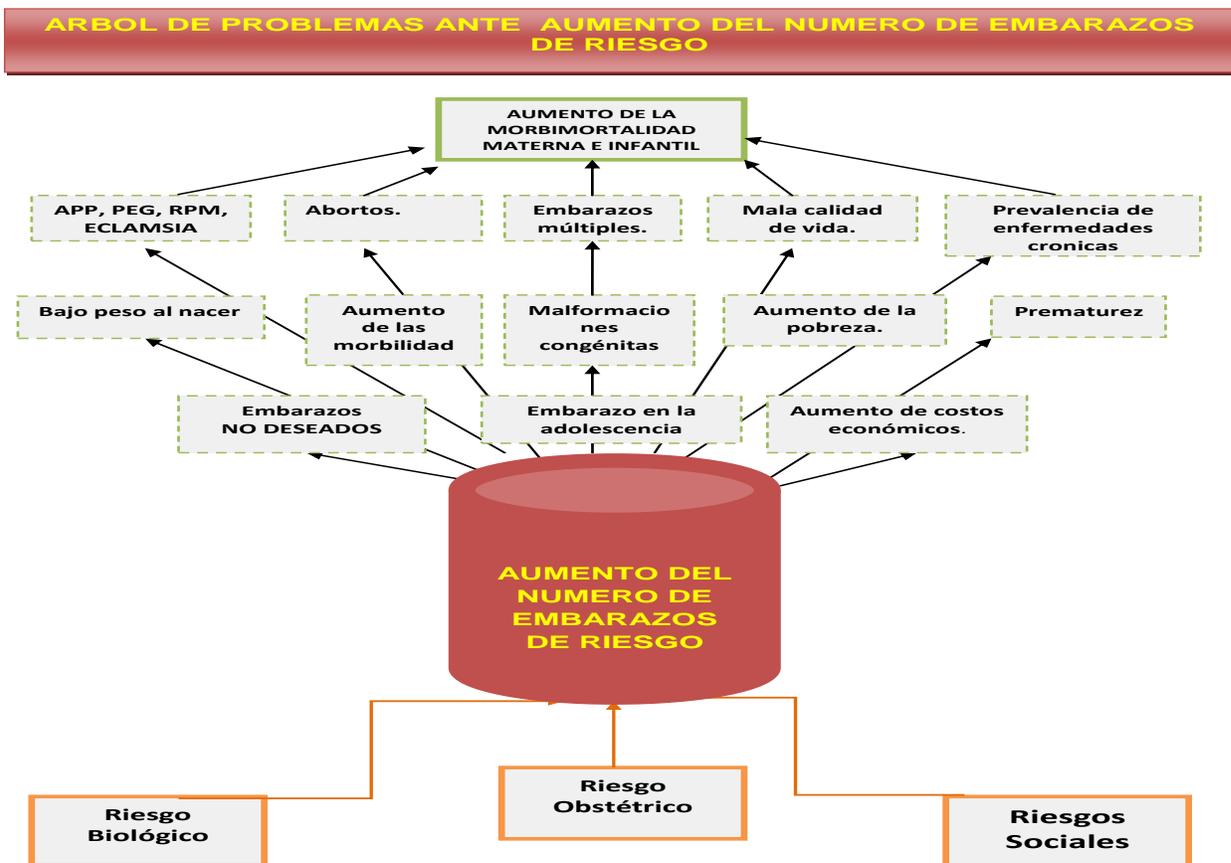
1	Aumento de embarazo de riesgo
2	Debastecimiento de métodos de planificación familiar
3	Aumento de casos de dengue y chikungunya
4	Aumento de casos de parasitismo intestinal
5	Riesgo social

Anexo 11: MÉTODO DE HANLON

N	Problema	Criticidad	a) Impacto en partes interesadas	b) Impacto en estrategia	c) Nivel de disponibilidad de recursos	Peso absoluto	Peso relativo
1	Aumento del número de embarazos de riesgo	C	10	9	7	630	48%
2	Desabastecimiento de métodos de planificación familiar		10	8	6	480	35%
3	Aumento de casos de Dengue y Chickungunya		5	6	5	150	11%
4	Aumento de casos de parasitismo intestinal		4	4	5	80	5%
5	Riesgo Social		4	2	2	16	1%

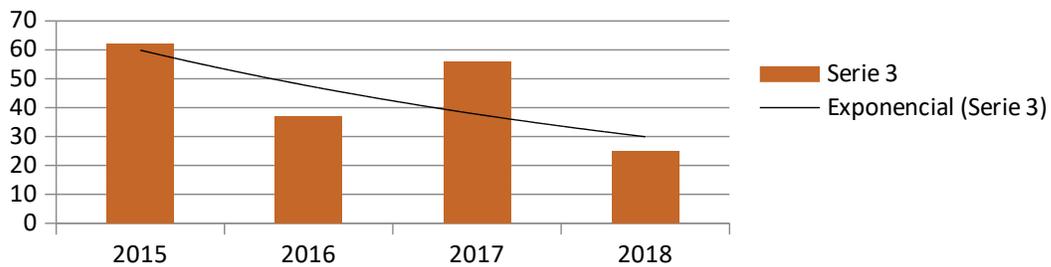
Se observa que el punto 1 aumento de embarazos de riesgo es la principal causa problemática

Anexo 12: árbol de problemas en base a principal problemática encontrada



Anexo 13: Gráfico sobre inscripciones maternas periodo del año 2015 a agosto 2018

inscripciones maternas



Análisis: Se puede observar en el gráfico que durante el año 2015 hubieron 62 embarazadas, 2016 disminuye a 37 embarazos, 2017 hubo un ascenso con 56 embarazos y en lo que va de este mes de agosto 2018 hay un total de 25 embarazos

Anexo 14:



Anexo 15:



CARTA IBEROAMERICANA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA

Aprobada por la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado
San Salvador, El Salvador, 26 y 27 de junio de 2008

Adoptada por la XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno
San Salvador, El Salvador, del 29 al 31 de octubre de 2008
(Resolución No. 25 del "Plan de Acción de San Salvador")

Anexo 16:

CUIDADO PRECONCEPCIONAL. HOJA FILTRO.

Instrucciones: Marque con una X la casilla de la derecha correspondiente, si la usuaria contesta "Sí" a la condición o factor de riesgo explorado. Si la respuesta es afirmativa a uno o más factores de riesgos; la usuaria elegible para consulta preconcepcional especializado

FACTORES O CONDICIONES DE RIESGO		
BIOLOGICOS / OBSTÉTRICOS		SOCIALES
Mujer > 35 años	4 ó más embarazos	❖ Unión inestable
Adolescencia (< 19 años)	Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos.	Alcoholismo
Intervalo intergenésico < 24 meses	Muerte perinatal previa.	Adicciones
Estado nutricional deficiente (IMC < 18.5 Kg / m ²)	Recién nacido previo con defectos congénitos.	❖ Delincuencia
Obesidad (IMC > 30 Kg / m ²)	Bajo peso al nacer (< 2,500 gr)	❖ Pobreza extrema
Cardiopatías	Parto prematuro previo.	❖ Analfabetismo
Asma bronquial	Hemorragia postparto previa.	❖ Baja escolaridad
Diabetes Mellitus y gestacional	Infección puerperal previa.	Violencia sexual
Hipertensión arterial	Embarazo múltiple previo.	Violencia intrafamiliar
Trombosis venosa profunda actual o previa	Hipertensión inducida por el embarazo previa.	❖ Inaccesibilidad a los servicios de salud
Endocrinopatías	Enfermedad Gestacional del Trofoblasto previa.	Prácticas sexuales de riesgo
Colagenopatías	Embarazo ectópico previo.	Carga laboral alta (>10 horas por día; >6 horas de pie al día)
Síndrome convulsivo	Cesárea previa.	Exposición ocupacional a tóxicos, solventes, químicos, sustancias radioactivas o exposición a altas temperaturas.
Trastornos de la salud mental	Cirugía pélvica previa.	
Anemia antes del embarazo	Anomalia pélvica.	
IVU crónica	Malformaciones uterinas.	
Mujer viviendo con VIH / SIDA	Consumo de medicamentos Anticonvulsivantes, cumarínicos, antihipertensivos, tretinoína.	
Infecciones de Transmisión Sexual	Isolinización Rh previa.	

❖ Estos los factores sociales señalados no ameritan consulta preconcepcional con especialista

Anexo 17: Listado de mujeres interesadas

NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
Iris Yaneth Guerrero	Ana Lisseth Guido	Rosmery de Jesús Cruz
Sara Lizbeth Hernández	Deysi Aviseli Bermúdez	Ana Leticia Gómez
Joselyn Jazmín Valencia	Lorena del Pilar García Zapata	Lucia Morales Valladares
Sara Elizabeth Gonzales	Claudia Areli Zelaya	Maricela Esmeralda Maeda
Glenda Noemy Chanta	Glenis Elizabeth Turcio Membreño	Eliza del Carmen Castillo
Nora Yamileth Basurto	Kirian del Carmen García Ayala	Raquel Bermúdez
Carmen Marisol Rodríguez Lovato	Yoselin Zuleyma Castillo Bermúdez	Graciela del Carmen Roque
María de Jesús Herrera	Damaris Elizabeth Campos	Carmen Yaneth Barahona
Ana Yamileth Larin	Nubia Maricela Montes	Xiomara Yaneth Campos
Yolanda de Jesús Cerpas	Ana María Castillo Flores	Blanca Cecilia Iraheta
Zulma Bonilla Mejía	Marina Yamileth López Cruz	Leni Sofia Bazurto
Yasmin del Carmen Hernández	Leydi Marisol Campos	Tamara Leomin García
Blanca Elizabeth Gonzales	Adela del Carmen del Cid	Leydi Nohemy López
Yaquelin Nataly Batres	Juana de Jesús Soriano	Graciela del Carmen Hernández
Sara Beatriz Carranza Serrano	Yenci Yamara Turcios	María Magdalena Berrios
Griselda Nohemy López	Morena Isabel Herrera	Blanca Lidia Portillo
Karla Yamileth Soriano	María del Carmen Vigil	Bernarda de Jesús Morales
Zulma Karina Campos	Ana Ruth Solís	
Iris Berenice Romero Montes	Norma del Carmen Gonzales	

ANEXO 18: LISTADO DE ESTERILIZADAS POR AÑO.

NO	NOMBRE	EDA D	EXPEDIENTE	
1	Iris Yaneth Guerrero		B-057-061-02	
2	Sara Lizbeth Hernández		B-026-024-02	
3	Joselyn Jazmín Valencia		A-78-75-02	
4	Sara Elizabeth Gonzales		0005-2016	
5	Glenda Noemy Chanta		A-017-016-02	
6	Nora Yamileth Basurto		A-95-95-02	
7	Carmen Marisol Rodríguez Lovato		A-119-114-5	
8	María de Jesús Herrera		D-96-100-02	
9	Ana Yamileth Larin		D-195-183-02	
10	Yolanda de Jesús Cerpas		79-2014	
11	Zulma Bonilla Mejía		D-165-158-01	
12	Yasmin del Carmen Hernández		D-207-194-02	
13	Blanca Elizabeth Gonzales		D-77-81-03	
14	Yaquelin Nataly Batres		D-71-74-02	
15	Sara Beatriz Carranza Serrano		D-70-73-02	
16	Griselda Nohemy López		D-237-224-02	
17	Karla Yamileth Soriano		D-241-233-02	
18	Zulma Karina Campos		D-224-212-06	
19	Adela del Carmen del Cid		D-183-175-02	
20	Juana de Jesús Soriano		D-132-135-02	
21	Yenci Yamara Turcios		D-97-102-02	
22	Morena Isabel Herrera		B-245-265-02	
23	María del Carmen Vigil		B-261-283-01	
24	Ana Ruth Solís		B-030-030-02	
25	Norma del Carmen Gonzales		B-074-077-02	
26	Iris Berenice Romero Montes		C-035-038-02	
27	Ana Lisseth Guido		C-047-049-01	
28	Deysi Aviseli Bermúdez		C-017-020-02	
29	Lorena del Pilar García Zapata		C-179-178-02	
30	Claudia Areli Zelaya		C-187-184-01	
31	Glenis Elizabeth Turcio Membreño		C-173-171-01	
32	Kirian del Carmen García Ayala		C-88-186-01	
33	Yoselin Zuleyma Castillo Bermúdez		C-190-188-02	
35	Damaris Elizabeth Campos		B-005-006-02	
36	Nubia Maricela Montes		C-82-84-02	
37	Ana María Castillo Flores		C-075-0776-02	
38	Marina Yamileth López Cruz		B-116-119-02	
39	Leydi Marisol Campos		D-131-134-01	
40	Rosmery de Jesús Cruz		CORRAL	
41	Ana Leticia Gómez		A-251-238-3	
42	Lucia Morales Valladares		A-232-223-1	
43	Maricela Esmeralda Maeda		A-196-188-2	
44	Eliza del Carmen Castillo		B-059-063-01	
45	Raquel Bermúdez		B-259-282-02	
46	Graciela del Carmen Roque		A-067-063-8	
47	Carmen Yaneth Barahona		B-188-201-01	
48	Xiomara Yaneth Campos		B-049-053-02	
49	Blanca Cecilia Iraheta		B-206-221-02	
50	Leni Sofia Bazurto	18		
51	Tamara Leomin Garcia	35		
52	Leydi Nohemy lopez	30		

2015
2016
2017

53	Graciela del Carmen Hernandez	33	
54	Maria Maudalena Berrios	40	
55	Blanca Lidia Portillo	28	
56	Bernarda de Jesús Morales	36	
57	Maria Isabel portillo	27	C005-007-01
58	Tamara leomiri flores Funes		
59	Zoila Xiomara Montes Martínez		C212-245-02
60	Sara Leticia Basurto		C011-013-02
61	Kenia Elizabeth Bermúdez	26	B223-242-02
62	Leticia del Carmen Bonilla	39	B217-243-01
63	Ana Dora Mejia	23	A084-082-02
64	Rosa Elena Ramos	41	A114-111-01
65	Margarita Elizabeth Duran	22	A044-041-02
66	Yaneth Duran Aguirre	27	A137-125-04
67	Saida Yanira Funes Flores	32	A265-248-01
68	Iveth Beatriz Batres	26	A075-070-02
69	Rosa Isaura Pineda Ramos	27	D024.-026-02
70	Cecilia de Jesús García	36	D031-033-01
71	Delmi Elizabeth Palacios	29	D206-193-03
72	Zulma Yaneth Ramos	36	D125-127-02
73	Nancy Rebeca Rodríguez	26	D204-191-02
74	Ingrid Yaneth Vigil Quintanilla	34	D216-205-2
75	Laura Beatriz Martinez	31	D222-221-02

2018

FUENTE: Libro de promotores de salud.

ANEXO 19: GRAFICA 2: SOBRE ESTERILIZACIONES POR AÑO 2015 A AGOSTO 2018



Fuente LIBRO DE PROMOTORES

Análisis: se observa que durante el año 2015 aumento la esterilización quirúrgica femenina por ser estas el inicio del proyecto el cual fueron de forma ambulatoria, en los demás años se mantiene la brecha por año siendo esta de realizar 10 E.Q por año, en el cual durante el año 2017 hubo dificultades, pero se realizaron acciones durante este año 2018 hasta mes de agosto hay una cantidad favorable. Por lo que el proyecto de una forma se mantiene funcionando como método de planificación familiar permanente.

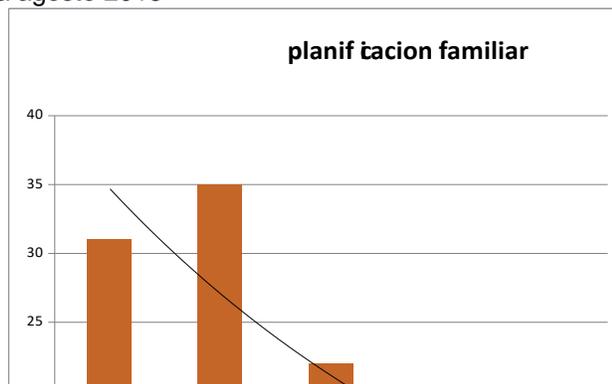
ANEXO 20: Grafico 3: Inscripciones puerperales en las usuarias UCSF Isla de Méndez en el año 2014 a agosto 2018



Fuente: SIMMOW

Interpretación: para 2014 se contaban con 90 inscripciones puerperales, para el 2015 con 68, en el 2016 se va dando una pequeña disminución con 43, pero 2017 se observa un aumento leve 54. Para 2018 hasta mes de agosto se observa disminución con 25 embarazos.

ANEXO 21: Grafico 4: Inscripciones de planificación familiar en las usuarias UCSF Isla de Méndez en el año 2014 hasta agosto 2018



Fuente: SIMMOW

Interpretación: Se observa que las inscripciones de planificación familiar de corta duración durante los últimos 4 años han disminuido y las existentes son en su mayoría de población joven.

ANEXO 22: PLAN DE TRABAJO: ACTIVIDADES PERSONAL UCSF ISLA DE MENDEZ

N	Actividades	Responsable	Fechas	Recursos a utilizar
1	Enlistar las pacientes con riesgo reproductivo y paridad satisfecha para la esterilización femenina.	-Enfermería, Promotores de salud -Medico	- 1 mes	-libretas de apuntes
2	Capacitación al personal sobre esterilización femenina y riesgo reproductivo	-medico	-1 mes	Computadora y cañón.
3	Coordinación con Hospital Nacional de Jiquilisco.	-enfermería	-1 mes	-teléfono
4	Coordinación para el abastecimiento de combustible para traslado de pacientes al Hospital de Jiquilisco.	-enfermería	-1 mes	-teléfono
5	Charlas sobre esterilización femenina y riesgo reproductivo en la unidad de salud y la comunidad.	-medico -enfermería	-1 mes	-Rotafolio, carteles computadora y cañón
6	Comunicación del proyecto por el parlante en la comunidad.	-enfermería	-1 mes	Parlante de la comunidad
7	seguimiento de la usuaria tanto durante su estancia hospitalaria así como el retorno a su hogar	Promotores de salud	Mensual	Hoja de seguimiento comunitario y visita domiciliar

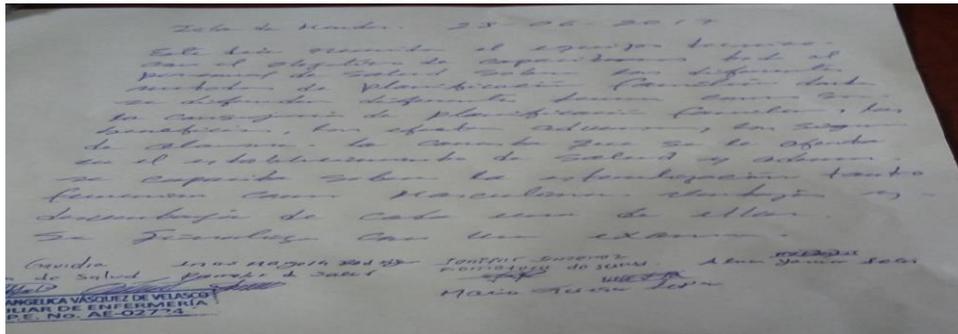
Anexo 23: Grafico 5: factores de riesgo reproductivo en usuarias UCSF Isla de Méndez, 2014-2016



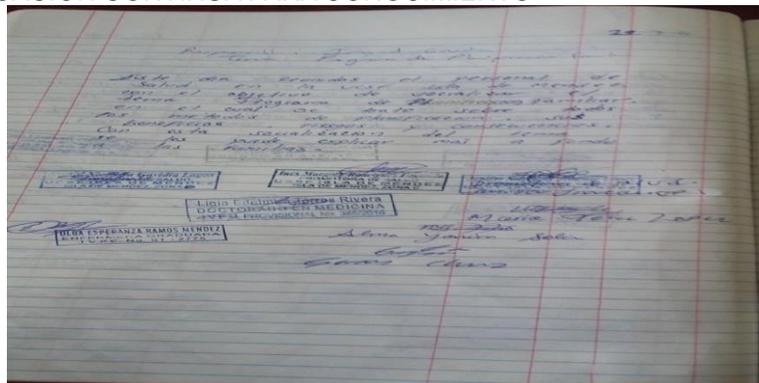
Fuente: libro Rojo de enfermería.

Interpretación: se puede evidenciar que el factor de riesgo predominante es el embarazo en adolescentes, seguido por multiparidad y riesgo social

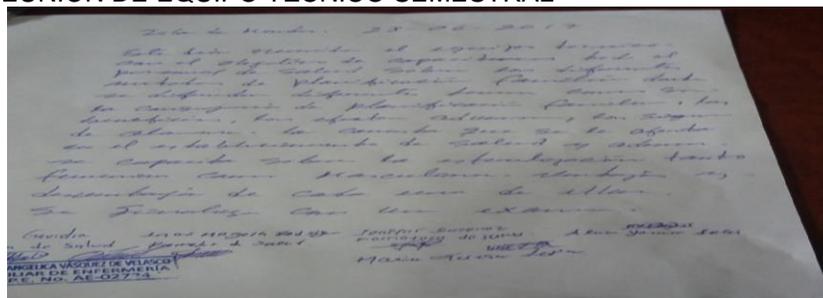
ANEXO 24: ACTA DE CAPACITACIÓN DE LOS RECURSOS



Anexo 25: EDUCACIÓN CONTINUA PARA CONOCIMIENTO



ANEXO 26: REUNIÓN DE EQUIPO TÉCNICO SEMESTRAL



ANEXO 27:
CHARLAS DE PROMOCIÓN DEL PROYECTO



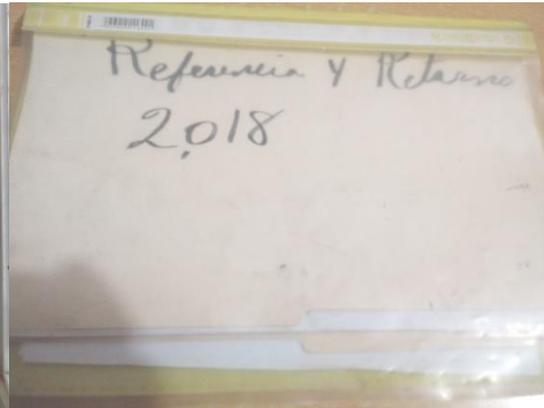
ANEXO 28



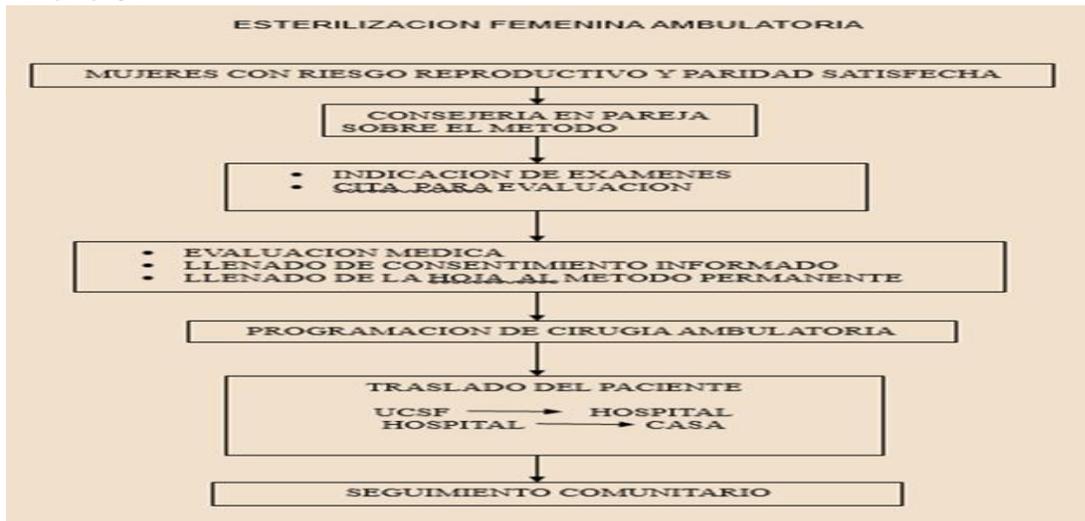
Anexo 29



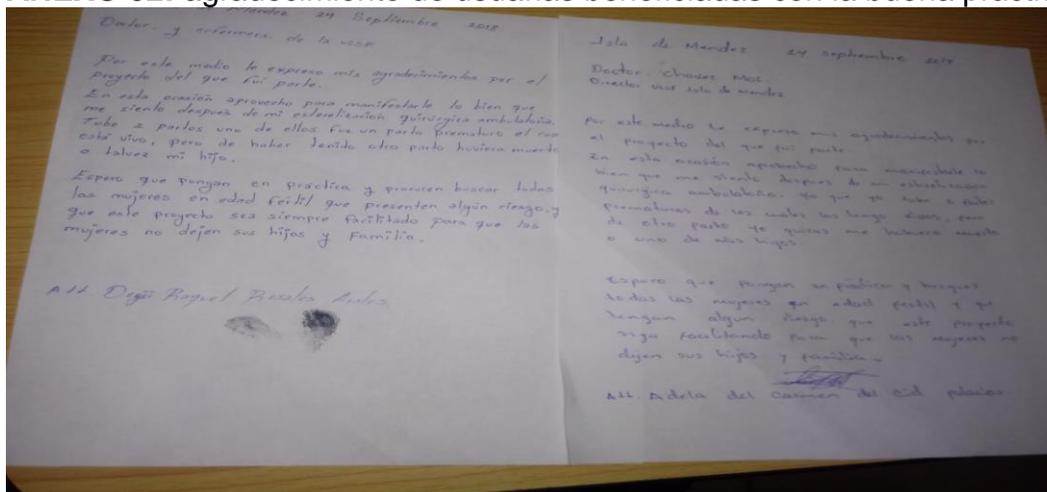
Anexo 30



Anexo 31



ANEXO 32: agradecimiento de usuarias beneficiadas con la buena práctica:



Anexo 33

Tabla 3
Método de planificación familiar disponibles en la UCSF ISLA DE MENDEZ

método	presentación	Precio por unidad	Consumo anual	Total según edad riesgo reproductivo (mayor de 35 años) = 15 años
Acetato de medroxiprogesterona (3 meses)	ampolla	\$ 1.57	\$ 6.28	\$ 94.20
Norestitenona enantato estradiol valerato (1 mes)	ampolla	\$ 0.86	\$ 10.32	\$ 154.80
Etinilestradiol levonogestrel (ACO)	blíster	\$ 0.28	\$ 3.36	\$ 50.40
Método de barrera (condón)	unidad	\$ 0.03	\$ 8.64 (base de 24 preservativos por persona)	\$ 129.60

Fuente de datos de los precios: pedidos de farmacia.

Anexo 34: Tabla 4, GASTO ESTIMADO POR USUARIA SEGÚN CONDICIÓN DE EMBARAZO RESPECTO A USUARIAS BENEFICIADAS CON ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN PERMANENTE

Condición de la usuaria	Total de presupuesto estimado
Planificación familiar y controles de embarazo, parto y puerperio sin complicación	\$ 500
Planificación familiar y controles de embarazo, parto y puerperio con complicación	\$ 38.000
Esterilización quirúrgica en mujeres con riesgo reproductivo y paridad satisfecha	250\$

ANEXO 35: TRASLADO USUARIAS UCSF DE I. DE MENDEZ A HOSPITAL DE JIQUILISCO Y LUEGO DE REGRESO A SUS CASAS



e. GLOSARIO DE TÉRMINOS CLAVE

- 1) **AGI:** área geográfica de influenza
- 2) **MEF** (Mujeres en edad fértil)
- 3) **P.F.** (planificación familiar)
- 4) **EQ** (Esterilización quirúrgica)
- 5) **EQA** (Esterilización quirúrgica ambulatoria)
- 6) **EQB** (Esterilización quirúrgica bilateral)
- 7) **UCSF** (Unidad comunitaria de salud familiar)
- 8) **SIBASI** (Sistema básico de salud integral)
- 9) **ROS** (Región oriental de salud)
- 10) **AIEPI** (atención integral de enfermedades prevalentes en la infancia)
- 11) **SINMOW** (sistema de información de morbilidad y mortalidad vía web)
- 12) **FOSALUD** (fondo solidario para la salud)
- 13) **MINSAL** (ministerio de salud)