

MANUAL de MEJORA de la CALIDAD ASISTENCIAL para CENTROS de SALUD



EL PACIENTE
en el centro de las decisiones



MANUAL de MEJORA de la CALIDAD ASISTENCIAL para CENTROS de SALUD

EL PACIENTE
en el centro de las decisiones



**Manual elaborado por Daniel Cobos y Laura Monzón
en colaboración con el personal de la Fundación de
Religiosos para la Salud en Guinea Ecuatorial**

©FRS Diciembre 2013

***Este manual puede ser reproducido, traducido y adaptado
siempre que se haga gratuitamente y citando a los autores,
a FRS y a la institución financiadora AECID***

Diseño y maquetación:
Gabriel Ramón Sánchez



MANUAL de MEJORA de la CALIDAD ASISTENCIAL para CENTROS de SALUD



EL PACIENTE en el centro de las decisiones

ÍNDICE

1	Introducción y justificación	6
2	Conceptos básicos	8
2.1	¿Qué medimos? Dimensiones de la calidad asistencial	8
2.2	¿Cómo medimos la calidad asistencial? Indicadores de calidad	9
3	El proceso de mejora de calidad	10
3.1	Creación del comité de mejora de calidad	10
3.2	El ciclo de mejora de calidad	12
4	Herramientas de la evaluación de calidad	16
4.1	Informe trimestral de calidad	16
4.2	Equipo de mejora de calidad	16
4.3	Calendario anual de actividades de mejora	16
4.4	Ficha general de la unidad sanitaria	16
4.5	Análisis de situación de la unidad sanitaria	16
4.6	Identificación de objetivos de calidad	19

Anexos. Herramientas de mejora de calidad

1	Informe trimestral de calidad	22
2	Equipo de mejora de calidad	24
3	Calendario anual de actividades de mejora de la calidad	26
4	Ficha general de la unidad sanitaria	28
5	Análisis de situación de la unidad sanitaria	32
6	Identificación de objetivos de calidad	68

Glosario de abreviaturas	70
---------------------------------	----

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Guinea Ecuatorial es un país de la región tropical africana, situado en la costa oeste, al norte del ecuador. Sus características geográficas y su actual expansión económica debida fundamentalmente a las fuentes de petróleo de que dispone, no dejan de convertirlo en un país peculiar dentro del contexto del continente africano. De hecho, es el tercer país africano productor de petróleo y, junto al aumento de esta industria también se ha producido un auge de la construcción, así como un creciente aumento de la urbanización y de las vías de comunicación a lo largo y ancho del país.

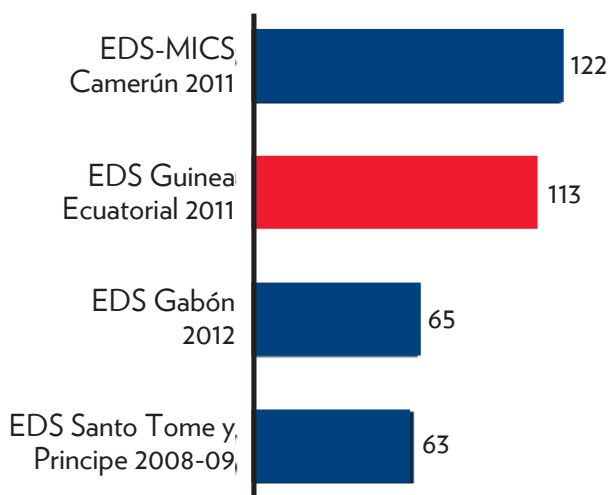
Según la Encuesta Demográfica de Salud realizada en 2011, 113 niños y jóvenes de cada 1.000 nacidos vivos mueren al año (gráfico 1). Como se puede ver en la gráfica esta mortalidad infanto-juvenil se encuentra por encima de los países vecinos. La mortalidad materna sigue siendo alarmantemente alta con 308 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Que solo un 68% de los partos han contando con la asistencia de personal cualificado o que el 72% de los partos fueron protegidos (vacunación) contra el tétanos neonatal, son algunas de las razones para este pobre resultado. Por último, otro dato preocupante que arroja esta encuesta es el porcentaje de niños completamente vacunados (27%).

Gráfico 1

Fuente:
"Guinea Ecuatorial.
Primera encuesta demográfica
y de salud 2011",
MINSABS GE 2012.

Mortalidad infanto-juvenil en la sub-región

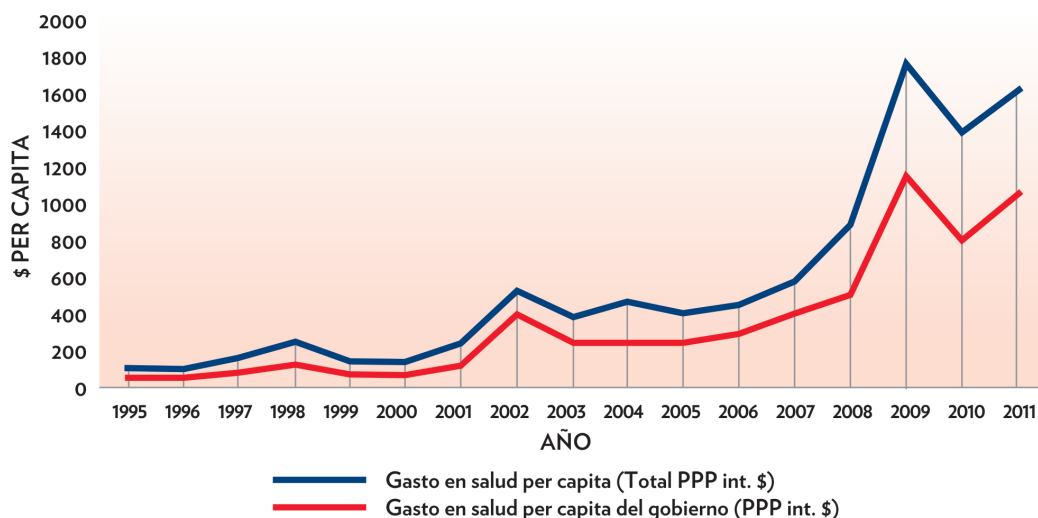
Fallecidos por mil nacidos vivos durante los
últimos cinco años a la encuesta



A la luz de esos pobres resultados, resulta contradictorio que tanto el gasto en general como el gasto específico del Gobierno en salud haya aumentado exponencialmente en los últimos años. Desde poco más de 68 \$ per cápita en el año 2000, el Gobierno incrementó el gasto absoluto hasta 1.088 \$ per cápita en 2011 (gráfico 2).

Gráfico 2

Gasto en Salud en Guinea Ecuatorial.
Fuente: <http://apps.who.int/gho/data/view.main>



El incremento de la cobertura geográfica de los servicios sanitarios ha sido uno de los grandes objetivos del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (en adelante MINSABS) y un alto porcentaje del presupuesto ha sido dirigido a la construcción y rehabilitación de infraestructuras. Los 16 hospitales distritales y los 2 regionales han sido rehabilitados y parcialmente equipados en un periodo que va desde el 2005 al 2012 (que coincide con el mayor incremento del gasto por parte del gobierno).

A pesar de la mejora de las infraestructuras sanitarias, los pacientes ***“no acuden a los centros públicos cuando tienen un problema de salud y prefieren el sector privado o a los curanderos tradicionales”***. La falta de medicamentos, la baja calidad de la asistencia sanitaria o unidades sanitarias sin personal, han sido algunas de las causas identificadas en distintos foros.

Con el objetivo de cambiar esta situación, el MINSABS apoyado por FRS, realizó un análisis de la calidad asistencial en 11 centros de salud del país, siendo una de las principales recomendaciones la necesidad de crear equipos que dinamizaran el proceso de mejora de calidad en las unidades sanitarias.

El presente documento pretende ser una guía de apoyo en cada una de las fases del proceso para los equipos de mejora de calidad asistencial de los centros de salud. ***Las herramientas y recomendaciones que aquí se recogen no deben entenderse como normas fijas a seguir por todos los equipos. Las herramientas deben ser adaptadas en cada unidad por el equipo y las recomendaciones han de ponerse en el contexto de cada centro.***

¹Comentario de un responsable distrital durante el Curso Modular de Equipos Distritales de Salud realizado en Mongomo en 2012.

2. CONCEPTOS BÁSICOS

En esta guía utilizaremos las dimensiones identificadas por la OMS para definir la calidad de los servicios de salud. Para la OMS el concepto de calidad asistencial hace referencia al grado en el que los recursos destinados al cuidado de la salud o los servicios de salud se corresponden con unos estándares específicos que definen los resultados esperados (la meta establecida para esos servicios). Consiste en la prestación de un servicio apropiado, de una manera fiable, teniendo en cuenta los deseos y necesidades de los usuarios/as.

En las siguientes secciones tratamos de responder a las preguntas:

¿Qué medimos para evaluar la calidad?:

- **Dimensiones de la calidad**

¿Cómo medimos la calidad asistencial?:

- **Indicadores de calidad**

2.1. ¿Qué medimos? Dimensiones de la calidad asistencial

Con el fin de hacer operativa la definición de calidad para llevarla a la práctica, es necesario definir una serie de criterios o dimensiones que deben ser analizados. Estas dimensiones representan distintas características que los servicios de salud deben cumplir para poder decir que prestan una atención de calidad. Para que un servicio de salud determinado cumpla con los criterios establecidos, éste debe ser:

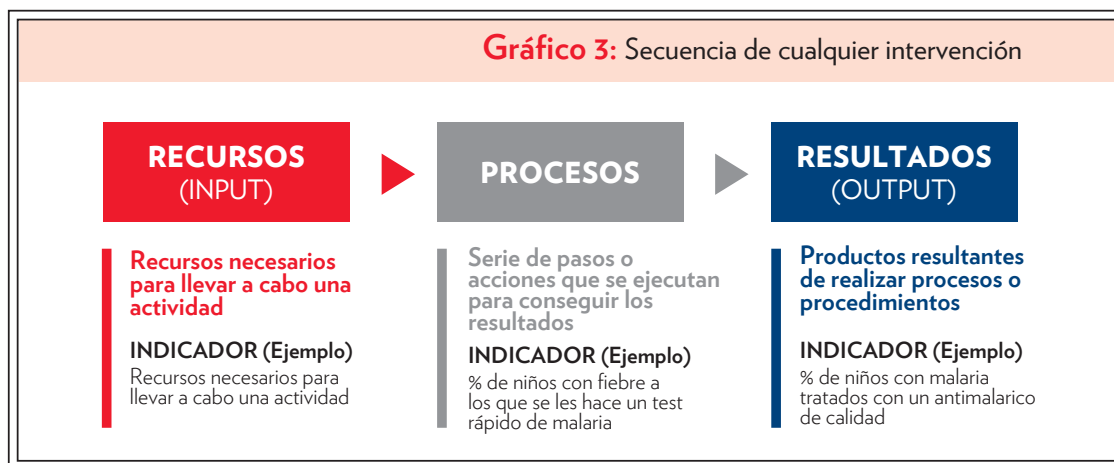
- **Efectivo o eficaz:** Las intervenciones que se realizan se basan en la evidencia científica y responden a las necesidades de la población a la que atienden.
- **Eficiente:** La asistencia sanitaria se realiza de una manera tal que maximiza los recursos utilizados (económicos, materiales o humanos) y minimiza las pérdidas.
- **Accesible:** El servicio es accesible geográficamente para toda la población a la que da cobertura y cuenta con los recursos necesarios para implementar todas las intervenciones (recursos humanos, medicamentos, equipamiento, infraestructura...). Asimismo, el personal cuenta con las habilidades necesarias para desarrollar sus funciones.
- **Centrada en el paciente:** La asistencia se realiza teniendo en cuenta las preferencias y expectativas de los/as usuarios/as de ese servicio.
- **Equitativo:** Toda persona, sin importar su sexo, raza, etnia, clase social, etc. debe poder acceder al servicio si lo necesita.
- **Seguro:** El riesgo para los usuarios debe ser el mínimo posible.

2.2. ¿Cómo medimos la calidad asistencial? Indicadores de calidad

Con el fin de evaluar la calidad asistencial de una forma transparente y consistente a lo largo del tiempo, se utilizan los **indicadores**. Con estos indicadores intentamos medir de una forma lo más objetiva posible, las características del servicio o la unidad sanitaria en relación a las dimensiones descritas en la sección anterior.

Cualquier intervención tiene una secuencia lógica en la que se utilizan unos recursos (**estructura**) para realizar unas actividades (**proceso**) que tendrán una serie de consecuencias (**resultado**). Utilizando esta lógica, los indicadores los podemos dividir en distintos tipos:

- **Indicadores de estructura:** Miden si existen los recursos necesarios (infraestructura, equipamiento, suministros médicos, vehículos o personal) para ejecutar las distintas actividades
- **Indicadores de proceso:** Como se apuntó anteriormente, en cualquier intervención, son necesarias una serie de actividades intermedias para conseguir el resultado deseado.
- **Indicadores de resultado:** Por último, y como consecuencia de todas las acciones desarrolladas en un servicio o centro de salud, se van a producir una serie de resultados. A la hora de evaluar la calidad asistencial, estamos interesados en conocer hasta qué punto se han conseguido los resultados esperados.



Como norma general, cualquier indicador que se utilice para medir la calidad debe tener las siguientes características:

- **Específico:** Mide de forma fiable los cambios que nos interesan.
- **Medible:** Tenemos los recursos y capacidad necesarios para medir este indicador.
- **Alcanzable:** La meta establecida se puede conseguir en el tiempo propuesto y con las actividades identificadas.
- **Relevante:** Útil para la toma de decisiones.
- **Acotado en el tiempo.**

3. EL PROCESO DE MEJORA DE CALIDAD

Mejorar la calidad de un servicio o de un centro de salud es un proceso continuo en el que se analiza la situación para identificar los problemas, se realizan una serie de actividades para corregir esos problemas y se vuelve a analizar la situación comenzando el proceso de nuevo.

El proceso de mejora de calidad incluye un conjunto de actividades que deberán ser realizadas en su mayor medida por el personal del propio centro sanitario con el apoyo y supervisión de agentes externos. Estas actividades van dirigidas a identificar cuáles son las necesidades de mejora, planificar e implementar acciones que modifiquen esa situación y, por último, monitorear que esos cambios se han producido.

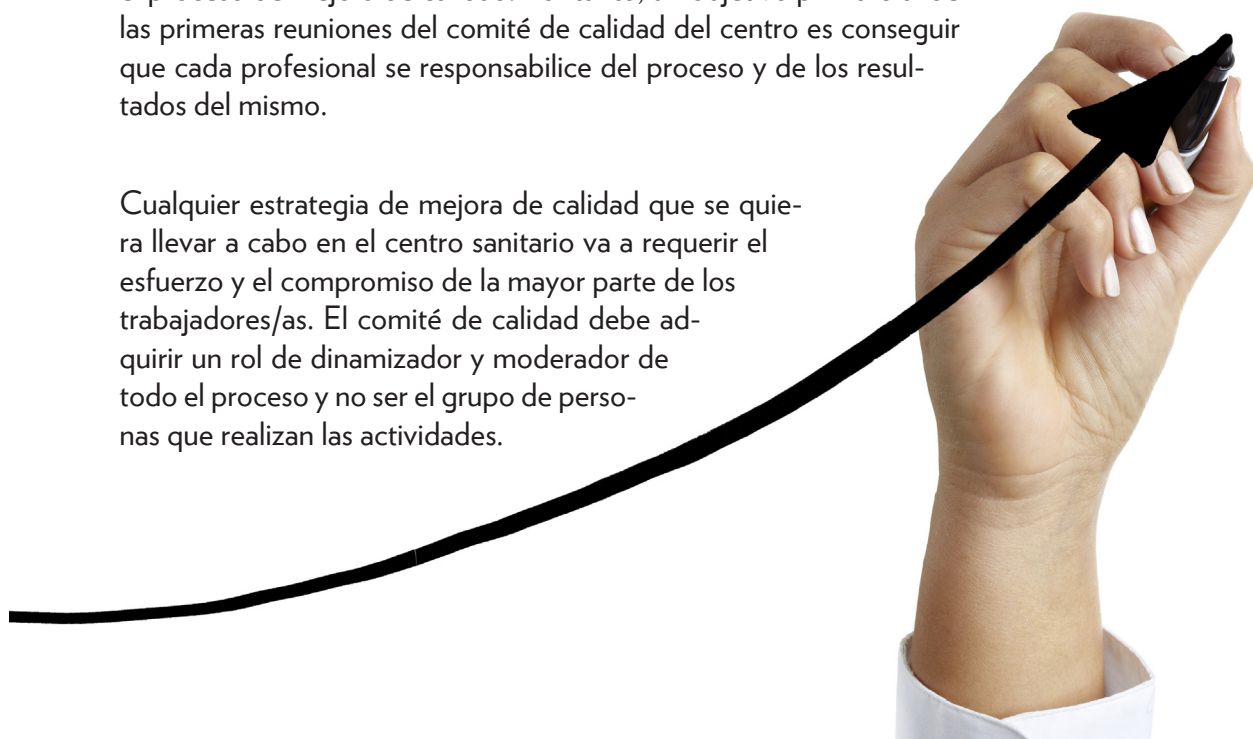
Por tanto, debemos entender la mejoría de calidad de los centros de salud como:

- **Ejercicio dinámico en el que se realizan actividades coordinadas.**
- **Proceso interno de mejora. (NO impuesto)**
- **Una función propia del personal del centro sanitario. (NO de los responsables del MINSABS o del Hospital Distrital)**
- **Una medida de mejora y NO de control o fiscalización por parte de las autoridades sanitarias.**

3.1. Creación del comité de mejora de calidad

Es fundamental que TODO el personal del centro esté involucrado en el proceso de mejora de calidad. Por tanto, un objetivo primordial de las primeras reuniones del comité de calidad del centro es conseguir que cada profesional se responsabilice del proceso y de los resultados del mismo.

Cualquier estrategia de mejora de calidad que se quiera llevar a cabo en el centro sanitario va a requerir el esfuerzo y el compromiso de la mayor parte de los trabajadores/as. El comité de calidad debe adquirir un rol de dinamizador y moderador de todo el proceso y no ser el grupo de personas que realizan las actividades.



Para conseguir esto, algunos pasos recomendados son:

1. *Presentación en el centro de salud del proceso de mejora de calidad, sus objetivos y fines. Es importante que en esta presentación quede claro que el proceso de mejora de calidad es algo que se debe realizar como grupo y que en responsabilidad de todos/as el conseguirlo. Asimismo, no se debe perder de vista que todo este proceso se realiza para mejorar la calidad asistencial y, por tanto, la persona que hace uso del centro de salud debe estar en el centro de todas las actividades.*
2. *Elección del Comité de mejora de calidad en el centro de salud. El número de integrantes y sus responsabilidades va a depender enormemente de las características del centro de salud, el personal existente y la carga de trabajo de cada profesional.*
3. *Iniciar el proceso de mejora de calidad durante esa primera reunión estableciendo un plan de acciones a corto plazo. Se aconseja comenzar por un análisis de la situación de algunos servicios/áreas (ver más adelante).*

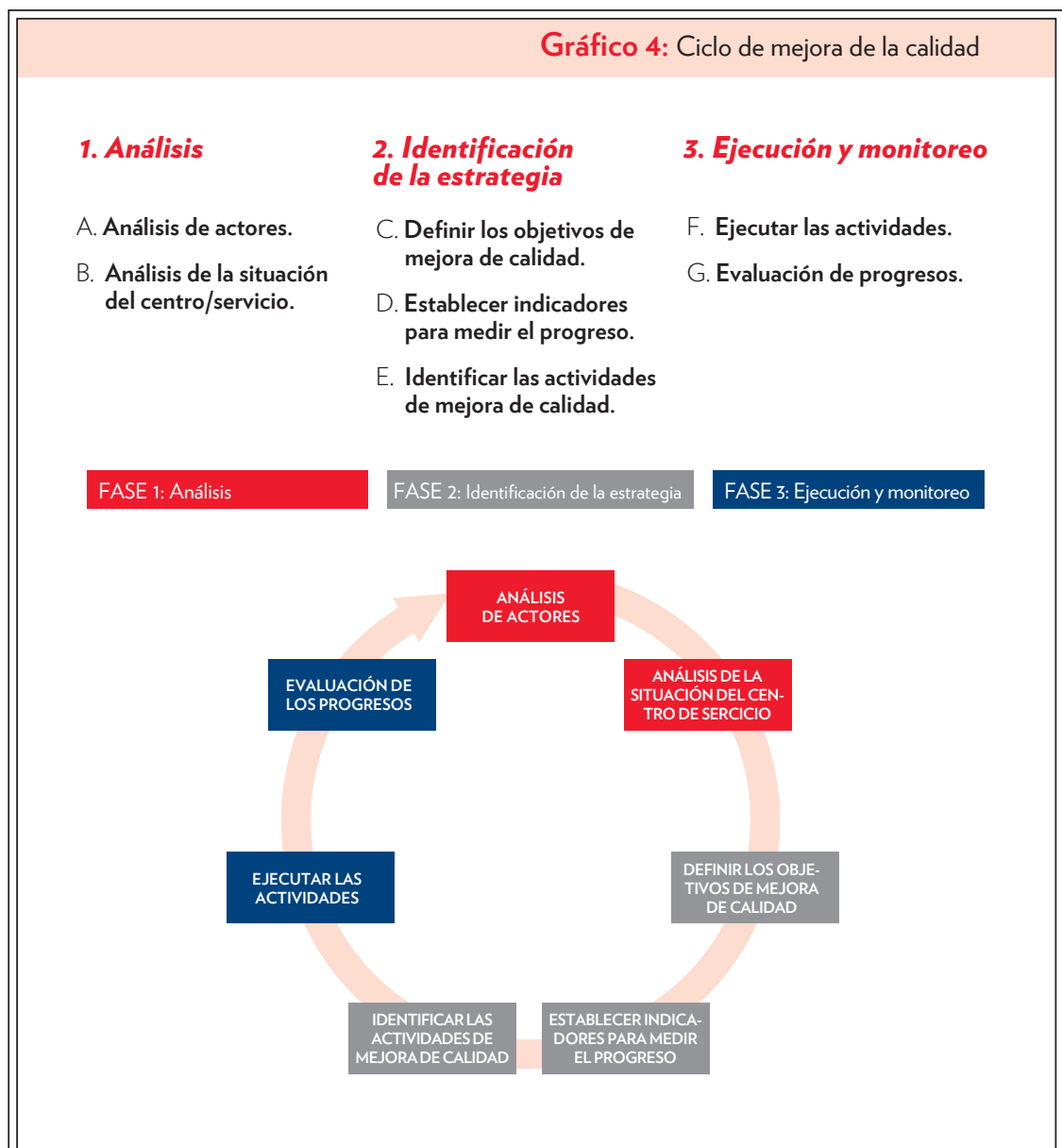
Por último, es importante que los comités de los distintos centros de salud se reúnan para unificar el desempeño, establecer metas comunes o planificar los siguientes pasos a seguir. En estas reuniones se puede valorar la elección de un grupo de personas que se encargarán de coordinar la labor de los distintos comités y de realizar supervisiones entre centros.



3.2. El ciclo de mejora de calidad

Una vez se ha formado el comité de calidad del centro de salud, se inicia el ciclo de la mejora de calidad propiamente dicho. Como su nombre indica es un ciclo y, por tanto, nunca acaba. La asistencia en salud debe tender a la excelencia de forma progresiva y escalonada. Asimismo, es importante tener en cuenta que el proceso no es tan rápido como a todos nos gustaría, siendo mejor dar pequeños pasos pero firmes que grandes mejoras que no se van a mantener en el tiempo.

La mejora de la calidad asistencial supone analizar la situación de un centro o servicio, identificar qué aspectos pueden ser mejorados, realizar los cambios oportunos y evaluar si hemos conseguido los resultados esperados con esos cambios. Este proceso se suele representar en 3 fases con 7 “escalones” en total:



A. Análisis de actores

El primer paso consiste en analizar quien debe estar involucrado en cada fase del ciclo de mejora de la calidad asistencial. Asimismo, es fundamental identificar quien va a formar parte del proceso de toma de decisión sobre los cambios que se deben realizar en el centro o servicio.

Es evidente que el personal del centro debe estar representado en la toma de decisiones, pero hay otros actores que también deben tenerse en cuenta como son los usuarios/as del centro, los/as representantes de los comités de barrio o las autoridades civiles. Es interesante realizar periódicamente un mapa de actores que permita identificar todos los posibles grupos o personas que deben ser involucrados.

B. Análisis de la situación del centro/servicio

Este es un ejercicio crucial en el proceso de mejora de calidad y debe dedicarse el tiempo necesario para realizarlo. El alcance del análisis va a depender principalmente de la capacidad y tiempo disponible del personal involucrado en el proceso de mejora de calidad.

Existen diversas herramientas para realizar un análisis de la situación de los servicios. En este manual nos centramos en tres de ellas:

- 1. Análisis de los indicadores nacionales de la estrategia de APS: el centro de salud, como parte de la red sanitaria del país, debe cumplir con una serie de metas nacionales y distritales. Estas metas se pueden encontrar en los distintos protocolos de actuación bien por enfermedades (paludismo o VIH) o por grupos de población o aparatos (AIEPI o salud reproductiva).***
- 2. Estudio de la calidad asistencial realizado en los centros de salud apoyados por FRS (2012)***
- 3. Herramientas específicas creadas con este manual (Anexo 1).***

Tanto los resultados del estudio descrito en el Cuadro 1 (página siguiente) como los cuestionarios utilizados para recoger los datos o la metodología aplicada, pueden ser utilizados en esta fase para analizar la situación de servicios o centros de salud.

Por otro lado, se han creado una serie de cuestionarios que pueden ser utilizados por el equipo de mejora de la calidad del centro de salud en esta fase de análisis. Se ha creado un cuestionario por cada servicio asistencial y gerencial del centro (ver más adelante explicación detallada). En estos cuestionarios se definen unos criterios de calidad que recogen información sobre recursos disponibles, procesos y resultados generales. Aunque estos cuestionarios pueden ayudar al equipo de mejora de calidad a realizar un análisis inicial de la calidad asistencial de los distintos servicios, conforme el proceso de mejora de calidad se desarrolle, los criterios de calidad deberán cambiarse y adaptarse a las nuevas necesidades de los pacientes y del centro.

CUADRO 1. ESTUDIO ASISTENCIAL EN CENTROS DE SALUD (2012)

Se analizaron 5 áreas o componentes en 7 centros de salud apoyados por FRS.

AREA 1. Recursos disponibles en las unidades sanitarias

- Recursos humanos
- Ptotocolos y guías para la consulta
- Infraestructura y mobiliario
- Medicación básica en la consulta

AREA 2. Relación sanitario/paciente: observada por una persona externa en el desarrollo de la consulta a 5 pacientes en los servicios de:

- Consulta general
- Control prenatal
- Control del niño sano y vacunación

AREA 3. Análisis de los registros de enfermedades prevalentes en la consulta general para estimar algunos indicadores de desempeño de los profesionales.

AREA 4. Observación directa del manejo del paciente. Control prenatal, control del niño sano y vacunación: cumplimiento de los criterios de calidad observada en el desarrollo de la consulta a 5 pacientes de servicio.

AREA 5. Entrevista a dos pacientes de cada servicio (consulta general, CPN y vacunación) para analizar la información sobre su proceso, tratamiento y pronóstico. Se ha explorado la información con la que cuenta el paciente al salir de cada consulta.

Al final de esta fase se habrá establecido una robusta línea de base que permita planificar la estrategia de mejora de calidad y evaluar los progresos realizados. Se debe poder responder a las siguientes preguntas:

- 1. ¿Cuáles son las deficiencias en eficacia del servicio?**
- 2. ¿Cuáles son las deficiencias en eficiencia del servicio?**
- 3. ¿Cuáles son las deficiencias en accesibilidad del servicio?**
- 4. ¿Cuáles son las deficiencias en aceptabilidad cultural del servicio?**
- 5. ¿Cuáles son las deficiencias en equidad del servicio?**
- 6. ¿Cuáles son las deficiencias en seguridad para los pacientes del servicio?**

C. Definir los objetivos de mejora de calidad

Una vez la situación del centro es conocida en sus diferentes áreas, llega el momento de decidir como grupo qué objetivos de mejora de calidad se van a establecer para el siguiente periodo (normalmente siguientes 3 a 6 meses). Es posible que en el momento del análisis se identifiquen varios problemas, pero es fundamental en esta fase establecer objetivos realistas y que puedan ser conseguidos en el tiempo establecido. Asimismo, es conveniente que el centro, como unidad autónoma, defina los objetivos de mejora de calidad en base a sus propios recursos, sin contar con hipotéticas ayudas externas. En resumen, los objetivos deben ser realistas y realizables.

Por otro lado, los objetivos de mejora de calidad deben nacer del análisis de situación realizado y del consenso de todos los participantes.

D. Establecer indicadores para medir el progreso

Una vez se han definido los objetivos de calidad a conseguir, es el momento de identificar los indicadores que nos van a permitir medir si estamos consiguiendo esos objetivos. Siempre que se pueda, se deben utilizar indicadores estandarizados que permitan comparar con otras unidades sanitarias y en el tiempo. Para esto son muy útiles los indicadores de los programas nacionales o las estrategias distritales, ya que deben ser medidos en todos los centros de forma rutinaria.

E. Identificación de las actividades de mejora de calidad

Una vez se saben los objetivos que se quieren conseguir, hay que planificar las actividades que se quieren realizar para conseguir esos objetivos que se medirán con los indicadores propuestos. Las actividades son acciones concretas con responsable claro y resultados esperados específicos.

F. Ejecución de actividades de mejora.

Todas las fases anteriores tienen como objetivo identificar una serie de actividades que pueden mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población. No sirve de nada si al final del proceso de análisis e identificación de objetivos, las actividades se realizan parcialmente o no se realizan. Es, por tanto, la fase en la que realmente se van a producir los cambios y en la que el trabajo en equipo y la apropiación van a ser determinantes.

G. Monitoreo

Como se ha comentado en párrafos anteriores, el ciclo de mejora de la calidad asistencial es continuo, por lo que se debe medir los resultados obtenidos en un tiempo determinado para comenzar un nuevo ciclo de la mejora en nuestros centros sanitarios.

4. HERRAMIENTAS DE LA EVALUACIÓN DE CALIDAD

Las herramientas recogidas en el presente manual se han creado utilizando tanto estándares internacionales como documentos creados en países con características similares a Guinea Ecuatorial. No deben entenderse como documentos estáticos, sino que han de adaptarse a las necesidades y situación de cada centro de salud.

Las fuentes de datos utilizadas para complementar estas herramientas (u otras que puedan identificarse por parte de los equipos de mejora de calidad) son:

- 1. Revisión de registros y estadísticas:** Útiles para valorar cómo el personal introduce los datos y valorar la actividad realizada según los datos registrados. Esto permite reconocer errores en la introducción de los datos así como identificar problemas de salud y del propio servicio evaluado.
- 2. Observación directa:** Es el mejor método para evaluar un proceso o procedimiento sanitario, siempre y cuando se respeta la intimidad y confidencialidad sanitario-paciente.
- 3. Combinación de cuestiones en diferentes escenarios:** Para evaluar el nivel de conocimientos que posee el personal.

Entre los elementos que son necesarios para medir la calidad asistencial de los servicios de salud podemos destacar:

4.1. Informe trimestral de calidad

Este documento permite recoger un resumen de los principales problemas encontrados y las actividades de mejora de calidad que se pusieron en marcha para solucionarlo. También puede usarse a modo de reporte de las acciones de calidad a otras instancias (Distrito) o a otros centros de salud.

4.2. Equipo de mejora de calidad

Acta en la que quedan definidos los/as integrantes del equipo de mejora de calidad.

4.3. Calendario anual de actividades de mejora

Este documento tiene como objetivo planificar las actividades de calidad a lo largo del año, permitiendo un seguimiento exhaustivo del proceso.

4.4. Ficha general de la unidad sanitaria

Esta ficha ofrece un resumen de la situación del centro sanitario y de su progreso a lo largo del año. Este documento sirve tanto al equipo de mejora de calidad del centro como a un equipo externo que quiere hacer seguimiento de la unidad.

4.5. Análisis de situación de la unidad sanitaria

Documento que debe ser utilizado para realizar el análisis de la situación del centro de salud (Fase 2 del proceso de mejora de calidad). Está distribuido por áreas del centro de salud e identifica criterios utilizados en el análisis de calidad en distintos países. Por supuesto, estos criterios son dinámicos y pueden variar en función de las necesidades del centro o conforme se vayan consiguiendo metas. Es decir, puede ser que en el momento actual sea importante que uno de los criterios sea que la sala de espera tenga un techo, pero una vez el techo esté construido y se haya mejorado esta situación, el criterio pierde su valor y deberá ser cambiado por otro.



La primera parte del documento es el resumen de cada una de las secciones y deberá ser completada con los resultados del análisis de cada área. El criterio de valoración para cada pregunta va en función de las sub-preguntas que la conforman. Por ejemplo:

203	¿Existen mecanismos de coordinación y organización de las actividades de la unidad?	SI	PARC	NO
203 A	Indique las reuniones mensuales de Consejo Directivo de la Unidad realizadas desde el inicio del año (Indique el número)			
Nº de reuniones realizadas con acta				
Nº de reuniones realizadas sin acta				
Nº total de reuniones mensuales que deberían haberse realizado en el periodo				
203 B	¿Existe un horario definido para los distintos servicios? (Marque con una X)			
Si, está en un sitio accesible a todos los profesionales				
Si pero es difícil para los profesionales consultarlo				
No hay un horario por escrito				
203 C	¿Existe plan en el que se defina el puesto que ocupa cada profesional diariamente? (Marque con una X)			
Si, está en un sitio accesible a todos los profesionales				
Si pero es difícil para los profesionales consultarlo				
No hay un plan por escrito				

Para poder decir que SI existen mecanismos de coordinación y organización de las actividades de la unidad, las respuestas a las tres preguntas siguientes (*se hacen reuniones de consejo directivo, existe un horario definido, existe un plan diario de organización del personal*) deben ser positivas. Si se cumple alguna pero no todas se considerarán que está PARCIALMENTE conseguido y si se cumplen menos de un 25% de los criterios, se considerará que NO se cumple el criterio de calidad general.

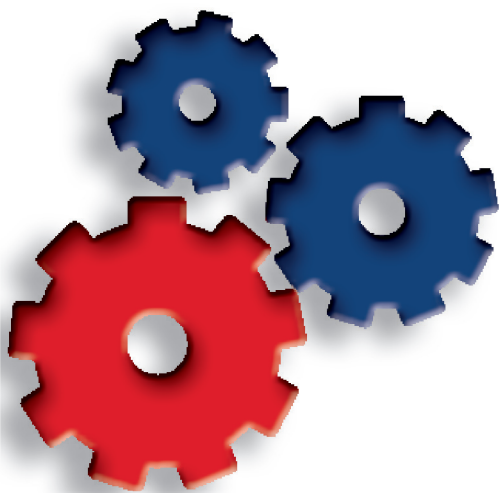
No es necesario que se haga un análisis de la calidad de todas las áreas a la vez, ya que puede suponer un tiempo considerable para el profesional que lo haga. Por el contrario, se puede hacer el análisis de situación por áreas de una forma progresiva y al final del proceso presentar todos los resultados en una reunión para poder identificar oportunidades de mejora prioritarias. Sí que es aconsejable que se haga un análisis de cada área del centro de salud al menos una vez cada 6 meses.

4.6. Identificación de objetivos de calidad

Este documento recoge los acuerdos de acción para mejorar la calidad de un determinado servicio. Está dividido en función de las distintas dimensiones de calidad y debería ser el resultado del consenso de todos los participantes en el proceso de mejora de calidad. Para cada dimensión a mejorar, se deben describir claramente los problemas identificados (Fase 2-3), definir unos objetivos de mejora de calidad (Fase 4) e identificar unas actividades para conseguirlos (Fase 5).

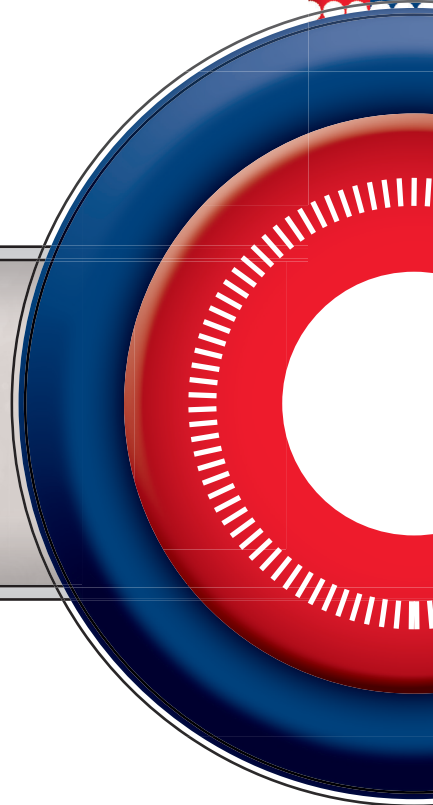


ANEXOS



HERRAMIENTAS
de mejora de calidad

el paciente en el centro de las decisiones



ANEXO 1. INFORME TRIMESTRAL DE CALIDAD

CENTRO		RESPONSABLE	
FECHA		FIRMA	

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	INTERVENCIONES REALIZADAS
CARACTERÍSTICAS GENERALES	
DIRECCIÓN	
ADMINISTRACIÓN	
SIS	
CONSULTA EXTERNA	
SALUD REPRODUCTIVA	

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	INTERVENCIONES REALIZADAS
PAV	
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	
CONTROL DE INFECCIONES	
OTROS	

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Fdo. **Responsable del Centro de Salud**

ANEXO 2. EQUIPO DE MEJORA DE CALIDAD

CENTRO DE SALUD		FECHA	
------------------------	--	--------------	--

Integrantes del equipo de mejoría de calidad del centro de salud:

RESPONSABLE DEL EQUIPO	
ÁREA DE VACUNACIÓN Y ATENCIÓN AL NIÑO	
ÁREA DE SALUD REPRODUCTIVA	
ÁREA DE CONSULTA GENERAL Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS	
ÁREA DE SERVICIOS GENERALES	
ÁREA...	
ÁREA...	
ÁREA...	



ANEXO 3. CALENDARIO ANUAL DE ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA CALIDAD

CENTRO DE SALUD		AÑO	
RESPONSABLE		FIRMA	

[illegible]

ANEXO 4. FICHA GENERAL DE LA UNIDAD SANITARIA

Esta ficha ofrece un resumen de la situación del centro sanitario y de su progresión a lo largo del año. Este documento sirve tanto al equipo de mejora de calidad del centro como a un equipo externo que quiera hacer seguimiento de la unidad.

001. NOMBRE DE LA UNIDAD SANITARIA:

002. DISTRITO:

003. PROVINCIA:

004. TELÉFONO:

005. TIPO DE UNIDAD SANITARIA

- ☐ HOSPITAL REGIONAL
- ☐ HOSPITAL PROVINCIAL
- ☐ HOSPITAL DISTRITAL
- ☐ CENTRO DE SALUD
- ☐ CONSULTORIO
- ☐ PUESTO DE SALUD

006. PROPIEDAD

- ☐ US PÚBLICA
- ☐ US PRIVADA SIN ÁNIMO DE LUCRO
- ☐ US PRIVADA CON ÁNIMO DE LUCRO

007. PERFIL POBLACIONAL

	RURAL	URBANO
POBLACIÓN TOTAL		
NIÑOS 0 A 11 MESES (4%)		
NIÑOS 0 A 4 AÑOS (11%)		
EMBARAZADAS (5%)		
PARTOS (4,5%)		
MUJERES 15-49 AÑOS (24%)		

008. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA UNIDAD SANITARIA

- ☐ ELECTRICIDAD
- ☐ POZO O MANANTIAL PROTEGIDO
- ☐ ALJIBE
- ☐ CANALIZACIÓN DE AGUA DE LA CIUDAD
- ☐ SISTEMA DE SANEAMIENTO ADECUADO
- ☐ VENTILACIÓN ADECUADA
- ☐ LIMPIEZA ADECUADA
- ☐ TIENE TRANSPORTE PARA TRASLADO DE EMERGENCIAS
- ☐ TIENE TRANSPORTE PARA TRABAJO COMUNITARIO

PUNTUACIÓN GLOBAL DE LA SUPERVISIÓN

	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	FINAL
SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES					
SECCIÓN 2: DIRECCIÓN					
SECCIÓN 3: ADMINISTRACIÓN					
SECCIÓN 4: SIS					
SECCIÓN 5: CONSULTA EXTERNA					
SECCIÓN 6: SALUD REPRODUCTIVA					
SECCIÓN 7: PAV					
SECCIÓN 8: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA					
SECCIÓN 9: CONTROL DE INFECCIONES					
TOTAL					

INDICADORES Y METAS

[illegible]

ANEXO 5. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA UNIDAD SANITARIA

RESPONSABLE

FECHA DEL ANÁLISIS

SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES

RESPUESTA

PUNTUACIÓN

101

¿Tiene la unidad sanitaria una infraestructura física adecuada?

102

¿Tiene la unidad sanitaria la cartera de servicios que le corresponde?

103

¿El personal de la unidad sanitaria está presente en la unidad sanitaria?

104

¿Existen mecanismos de control, motivación y formación de los RRHH?

SI: 10 PUNTOS | PARCIALMENTE: 5 PUNTOS | NO: 0 PUNTOS

PUNTUACIÓN
MEDIA

COMENTARIOS/ACUERDOS

SECCIÓN 2: DIRECCIÓN

RESPUESTA

PUNTUACIÓN

201

¿Tiene la unidad un plan operacional para el año en curso?

202

¿Se hace un seguimiento adecuado del plan operacional?

203

¿Existen mecanismos de coordinación y organización de las actividades de la unidad?

204

¿Existen mecanismos de comunicación con los usuarios de la unidad?

SI: 10 PUNTOS | PARCIALMENTE: 5 PUNTOS | NO: 0 PUNTOS

PUNTUACIÓN
MEDIA

COMENTARIOS/ACUERDOS



SECCIÓN 3: ADMINISTRACIÓN		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
301	¿Se realiza una gestión de los fondos adecuada?		
302	¿Se realiza una gestión adecuada de los recursos materiales de la unidad sanitaria?		
303	¿Se realiza una gestión adecuada de los medicamentos en esta unidad sanitaria?		
304	¿Se realiza una gestión adecuada de los medios de transporte en esta unidad sanitaria?		
SI: 10 PUNTOS PARCIALMENTE: 5 PUNTOS NO: 0 PUNTOS		PUNTUACIÓN MEDIA	
COMENTARIOS/ACUERDOS			

SECCIÓN 4: SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
401	¿Se archivan y salvaguardan correctamente la información sanitaria del SIS?		
402	¿Se realiza un análisis de la información sanitaria de su área de influencia?		
403	¿Se cuentan con los recursos necesarios para el correcto funcionamiento del SIS?		
SI: 10 PUNTOS PARCIALMENTE: 5 PUNTOS NO: 0 PUNTOS		PUNTUACIÓN MEDIA	
COMENTARIOS/ACUERDOS			

SECCIÓN 5: CONSULTA EXTERNA		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
501	¿Cuenta el local donde se pasa la consulta externa con unas condiciones adecuadas?		
502	¿Se da un trato humano y cortés a los pacientes y sus acompañantes?		
503	¿Existe un archivo adecuado de la información de los pacientes?		
504	¿Se realiza correctamente la referencia y contrarreferencia de los pacientes?		
SI: 10 PUNTOS PARCIALMENTE: 5 PUNTOS NO: 0 PUNTOS		PUNTUACIÓN MEDIA	
COMENTARIOS/ACUERDOS			

SECCIÓN 6: SALUD REPRODUCTIVA		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
601	¿La sala donde se realiza la consulta prenatal (CPN) reúne las condiciones adecuadas?		
602	¿Se da un trato humano y cortés a las pacientes y sus acompañantes en la CPN?		
603	¿Se ofrece una asistencia adecuada de las mujeres en CPN?		
604	¿Cuenta el paritorio con condiciones adecuadas para atender los partos?		
605	¿Los partos en la unidad son atendidos por el personal adecuado?		
606	¿Cuenta la unidad con una consulta de planificación familiar (PF) adecuada?		
SI: 10 PUNTOS PARCIALMENTE: 5 PUNTOS NO: 0 PUNTOS		PUNTUACIÓN MEDIA	
COMENTARIOS/ACUERDOS			

SECCIÓN 7: PROGRAMA AMPLIADO DE VACUNACIÓN (PAV)		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
701	¿La sala donde se realiza la vacunación reúne las condiciones adecuadas?		
702	¿Se realiza una vacunación adecuada?		
703	¿La gestión logística de las vacunas es adecuada?		
SI: 10 PUNTOS PARCIALMENTE: 5 PUNTOS NO: 0 PUNTOS		PUNTUACIÓN MEDIA	
COMENTARIOS/ACUERDOS			

SECCIÓN 8: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
801	¿Existen estructuras comunitarias que favorezcan la participación de la comunidad en las decisiones en el ámbito de la salud?		
802	¿Existen mecanismos de comunicación con la comunidad?		
803	¿La unidad sanitaria realiza actividades comunitarias asistenciales, de prevención y promoción de la salud?		
SI: 10 PUNTOS PARCIALMENTE: 5 PUNTOS NO: 0 PUNTOS		PUNTUACIÓN MEDIA	
COMENTARIOS/ACUERDOS			

SECCIÓN 9: CONTROL DE INFECCIONES		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
901	¿Existen mecanismos funcionando para el control de infecciones en la unidad?		
902	¿Existen mecanismos de eliminación de residuos biológicos?		
SI: 10 PUNTOS PARCIALMENTE: 5 PUNTOS NO: 0 PUNTOS		PUNTUACIÓN MEDIA	
COMENTARIOS/ACUERDOS			

SECCIÓN 1 | Anexo 5

CARACTERÍSTICAS GENERALES

101	¿Tiene la unidad sanitaria una INFRAESTRUCTURA física adecuada?	SI	PARC	NO
101 A	Indique qué características tiene la SALA DE ESPERA de la unidad sanitaria			
	☐ Sala cubierta con techo y paredes con ventanas			
	☐ Sala cubierta con techo y paredes sin ventanas			
	☐ Sala con techo pero sin paredes			
	☐ Sala al aire libre			
	☐ Con sillas para los pacientes			
	☐ Sin sillas para los pacientes			
101 B	¿Tienen puertas y ventanas las zonas de consulta y laboratorio de la unidad sanitaria?			
	☐ Si, todas			
	☐ Algunas			
	☐ Ninguna			
101 C	¿Tiene la unidad sanitaria los recursos generales necesarios?			
	☐ SI ☐ NO Teléfono fijo de la unidad			
	☐ SI ☐ NO Teléfono móvil de la unidad			
	☐ SI ☐ NO Radio			
	☐ SI ☐ NO Internet			
	☐ SI ☐ NO Ordenador			
	☐ SI ☐ NO Electricidad 24 horas			
	☐ SI ☐ NO Electricidad en horario de consulta y para emergencias			
	☐ SI ☐ NO Electricidad con horario indeterminado			
101 D	¿Existen barreras arquitectónicas que dificultan el acceso de los pacientes discapacitados?			
	☐ Si			
	☐ No			

102	¿Tiene la unidad sanitaria la CARTERA DE SERVICIOS que le corresponde en función del nivel asistencial y las características de la zona?			SI	PARC	NO
102 A	Indique el número de consultas/salas, número de días y las horas que se encuentra abierto cada servicio					
Nº Salas abiertas	Nº días a la semana	Nº horas al día	Cartera de Servicios	Total horas semanales abierta		
			Consulta de adultos			
			Consulta pediátrica			
			Consulta niño sano			
			Consulta de pacientes crónicos			
			Visitas domiciliarias de pacientes			
			Vacunación			
			Consulta prenatal			
			Paritorio			
			Hospitalización			
			Farmacia			
			Laboratorio			
			Radiología			
			Otro (especificar)			
			Otro (especificar)			
			Otro (especificar)			
			Otro (especificar)			
			Otro (especificar)			
			Otro (especificar)			
			Otro (especificar)			
			Otro (especificar)			

Recoger solo los que deban estar presentes en función del nivel asistencial

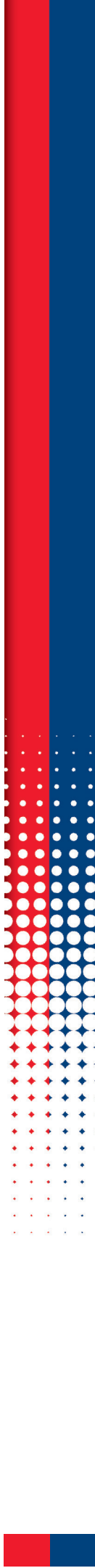
102 B	Indica si se han ofertado los siguientes servicios en el último mes
SALUD REPRODUCTIVA	
☐ SI ☐ NO	Control prenatal
☐ SI ☐ NO	Realización de parto normal
☐ SI ☐ NO	Consulta postparto
☐ SI ☐ NO	Consulta de planificación familiar
ASISTENCIA AL NIÑO SANO	
☐ SI ☐ NO	Vacunación a niños menores de 5 años
☐ SI ☐ NO	Administración de Vitamina A a niños de 6 a 59 meses
☐ SI ☐ NO	Salud escolar
MANEJO Y TRATAMIENTO DE DETERMINADAS ENFERMEDADES	
☐ SI ☐ NO	Diagnóstico y tratamiento antipalúdico
☐ SI ☐ NO	Diagnóstico y tratamiento de ITS
☐ SI ☐ NO	Seguimiento y tratamiento de hipertensos
☐ SI ☐ NO	Seguimiento y tratamiento de diabéticos
☐ SI ☐ NO	Seguimiento y tratamiento de personas con una enfermedad mental
☐ SI ☐ NO	Abordaje integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)
☐ SI ☐ NO	Consejería y diagnóstico de confirmación de VIH
☐ SI ☐ NO	Seguimiento y tratamiento de personas que viven con VIH
☐ SI ☐ NO	Prevención de la transmisión Madre-Hijo (PTMH)
☐ SI ☐ NO	Diagnóstico y tratamiento antituberculoso
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	
☐ SI ☐ NO	Actividades de promoción de la salud en la comunidad
☐ SI ☐ NO	Despistaje de enfermedades crónicas
☐ SI ☐ NO	Actividades de sensibilización para la prevención

103	¿El personal de la unidad sanitaria está presente en la unidad sanitaria?		SI	PARC	NO
103 A	Indique el número de profesionales que deben estar en la unidad sanitaria ("asignados") y el que realmente se encuentra en la unidad ("presentes")				
Asignados	Presentes	Profesionales	% de ausentes		
		Nº de médicos			
		Nº de matronas			
		Nº de ATS/enfermero/a			
		Nº de auxiliares de enfermería			
		Nº de auxiliares de vacunación			
		Nº de auxiliares de salud reproductiva			
		Nº de técnicos de laboratorio			
		Nº de agentes de saneamiento ambiental			
		Nº de consejeros de VIH titulados			
		Nº de Gerentes/Administradores/as			
		Nº de Trabajadores/as sociales			
		Nº de Administrativos/as			
		Nº de Mozos de limpieza			
		Otro (especificar)			
		Otro (especificar)			
		TOTAL			

104	¿Existen mecanismos de control, motivación y formación de los RRHH de la unidad?		SI	PARC	NO
104 A	¿Existe un libro de control de la asistencia?				
☐ Si, está relleno correctamente el día de la supervisión					
☐ Sí pero no está relleno el día de la supervisión					
☐ Sí pero no lo puedo ver					
☐ No existe					

104 B	Indique cuál de los siguientes mecanismos dirigidos a motivar al personal están presentes
☐	Descripción de cada puesto
☐	Sistemas de rotación de los profesionales
☐	Planes de 3 continua
☐	Plan de promoción interna
☐	Vivienda para el personal
☐	Incentivo económico
104 C	¿Tiene la unidad sanitaria los siguientes materiales de consulta?
☐ SI ☐ NO	Guía de vacunación
☐ SI ☐ NO	Manual de normas de paludismo
☐ SI ☐ NO	Manual de normas de VIH
☐ SI ☐ NO	Manual de normas AIEPI
☐ SI ☐ NO	Manual de normal TBC
☐ SI ☐ NO	Manual de normas de CPN, parto y post parto
☐ SI ☐ NO	Guías terapéuticas

PUNTUACIÓN TOTAL SECCIÓN 1		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
101	¿Tiene la unidad sanitaria una INFRAESTRUCTURA física adecuada?		
102	¿Tiene la unidad sanitaria la CARTERA DE SERVICIOS que le corresponde?		
103	¿El PERSONAL de la unidad sanitaria está presente en la unidad sanitaria?		
104	¿Existen mecanismos de control, motivación y formación de los RRHH?		
SI: 10 PUNTOS PARCIALMENTE: 5 PUNTOS NO: 0 PUNTOS		PUNTUACIÓN MEDIA	
COMENTARIOS/ACUERDOS			



SECCIÓN 2 | Anexo 5

DIRECCIÓN

201	¿Tiene la unidad un plan operacional para el año en curso?	SI	PARC	NO
201 A	¿Tiene la unidad un plan de acción para el año en curso?			
	☐ Si, nos presenta una copia por escrito			
	☐ Si pero no tiene una copia accesible			
	☐ No tiene plan operacional			
201 B	¿Están contempladas en el plan operacional actividades curativas, preventivas de promoción y rehabilitadoras?			
	☐ Si			
	☐ No			
201 C	¿Existe un cronograma de ese plan operacional?			
	☐ Si			
	☐ No			
201 D	Indique cuál de los siguientes participó en la elaboración del plan operacional			
	☐ SI	☐ NO	Personal sanitario de la unidad sanitaria	
	☐ SI	☐ NO	Personal sanitario de los niveles inferiores y superiores	
	☐ SI	☐ NO	Autoridades civiles	
	☐ SI	☐ NO	Representantes de medicina tradicional	
	☐ SI	☐ NO	Equipo Distrital de Salud	
	☐ SI	☐ NO	Representantes de ONGs y organizaciones civiles	
	☐ SI	☐ NO	Comité de salud comunitario	
201 E	¿Están contempladas en el plan las poblaciones sanitariamente vulnerables de forma específica?			
	☐ Si			
	☐ No			

202	¿Se hace un seguimiento adecuado del plan operacional?	SI	PARC	NO
202 A	¿Se revisa periódicamente el desarrollo del plan en reuniones específicas para ello?			
	☐ Si, nos presenta el último informe de seguimiento			
	☐ Si pero no realizan informe			
	☐ No hacen seguimiento			
202 B	¿Se analiza el gasto realizado hasta la fecha y se compara con el presupuestado para ese mismo periodo?			
	☐ Si			
	☐ No			
202 C	Indique cuál de los siguientes participan en las reuniones de seguimiento del plan operacional			
	☐ SI ☐ NO Personal sanitario de la unidad sanitaria			
	☐ SI ☐ NO Personal sanitario de los niveles inferiores y superiores			
	☐ SI ☐ NO Autoridades civiles			
	☐ SI ☐ NO Representantes de medicina tradicional			
	☐ SI ☐ NO Equipo Distrital de Salud			
	☐ SI ☐ NO Representantes de ONGs y organizaciones civiles			
	☐ SI ☐ NO Comité de salud comunitario			

203	¿Existen mecanismos de coordinación y organización de las actividades de la unidad?	SI	PARC	NO
203 A	Indique las reuniones mensuales de Consejo Directivo de la Unidad realizadas desde el inicio del año			
	☐ N° de reuniones realizadas con acta			
	☐ N° de reuniones realizadas sin acta			
	☐ N° total de reuniones mensuales que deberían haberse realizado en el periodo			

203 B	¿Existe un horario definido para los distintos servicios?
	☐ Si, está en un sitio accesible a todos los profesionales
	☐ Si pero es difícil para los profesionales consultarlo
	☐ No hay un horario por escrito
203 C	¿Existe plan en el que se defina el puesto que ocupa cada profesional diariamente?
	☐ Si, está en un sitio accesible a todos los profesionales
	☐ Si pero es difícil para los profesionales consultarlo
	☐ No hay un plan por escrito

204	¿Existen mecanismos de comunicación con los usuarios de la unidad?	SI	PARC	NO
204 A	¿Está la cartera de servicios de la unidad visible en un sitio transitado accesible a los usuarios?			
	☐ Si			
	☐ No			
204 B	¿Están expuestos al público los precios?			
	☐ Si, está en un sitio accesible a todos los profesionales			
	☐ Si pero es difícil para los usuarios consultarlo			
	☐ No están expuestos			
204 C	¿Cuál de los siguientes mecanismos de comunicación con los pacientes están funcionando?			
	☐ Buzón de quejas / sugerencias			
	☐ Reuniones periódicas con responsables comunitarios			
	☐ Realización de encuestas de satisfacción			
	☐ Otro (especificar)			

PUNTUACIÓN TOTAL SECCIÓN 2		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
201	¿Tiene la unidad un plan operacional para el año en curso?		
202	¿Se hace un seguimiento adecuado del plan operacional?		
203	¿Existen mecanismos de coordinación y organización de las actividades de la unidad?		
204	¿Existen mecanismos de comunicación con los usuarios de la unidad?		
SI: 10 PUNTOS PARCIALMENTE: 5 PUNTOS NO: 0 PUNTOS		PUNTUACIÓN MEDIA	
COMENTARIOS/ACUERDOS			

SECCIÓN 3 | Anexo 5

ADMINISTRACIÓN Y RECURSOS HUMANOS

301	¿Se realiza una gestión de los FONDOS adecuada?	SI	PARC	NO
301 A	¿Existe un libro de contabilidad?			
	☐ Existe y se utiliza regularmente			
	☐ Existe pero NO se utiliza regularmente			
	☐ No existe libro de contabilidad			
301 B	¿Está accesible en el momento de la supervisión la hoja de balance diario mensual?			
	☐ Si, está accesible y cumplimentada hasta el día anterior			
	☐ Está accesible pero cumplimentada de forma parcial o errónea			
	☐ No existe o no está accesible			
301 C	En el caso de que exista un libro de contabilidad ¿coincide el valor anotado con los fondos existentes en la caja del centro?			
	☐ Si			
	☐ No			
301 D	¿Están archivados, ordenados y accesibles los justificantes de cobro y gasto de la unidad sanitaria?			
	☐ Si			
	☐ No			

302	¿Se realiza una gestión adecuada de los RECURSOS MATERIALES de la unidad sanitaria?	SI	PARC	NO
302 A	¿Están accesibles los albaranes y facturas de compra de los recursos adquiridos en el presente año?			
	☐ Si			
	☐ No			
302 B	¿Existe un inventario actualizado de los recursos con los que cuenta la unidad sanitaria?			
	☐ Si, está en un sitio accesible el día de la supervisión			
	☐ Si pero no está accesible el día de la supervisión			
	☐ No se ha hecho inventario en el último año			
302 C	¿El almacén del material cumple con las condiciones mínimas para todos los almacenes sanitarios?			
	☐ Si			
	☐ No			
302 D	Las fichas de control de stock de 5 materiales elegidos previamente (trazadores)			
	☐ Están cumplimentadas correctamente y actualizadas			
	☐ Están cumplimentadas correctamente pero desactualizadas			
	☐ Están cumplimentadas incorrectamente			
	☐ No están cumplimentadas			
302 E	Indique el equipamiento que el día de la supervisión está averiado			
	Equipamiento	Tiempo que dura la avería		
	☐ Microscopio			
	☐ Nevera de vacunación			
	☐ Ordenador			
	☐ Otro (especificar)			
	☐ Otro (especificar)			

303	¿Se realiza una gestión adecuada de los MEDICAMENTOS en esta unidad sanitaria?	SI	PARC	NO
303 A	¿Cuenta la unidad con TODOS los medicamentos básicos para ese nivel asistencial?			
	☐ Si			
	☐ No			
303 B	¿El almacén de los medicamentos cumple con las condiciones mínimas para todos los almacenes sanitarios?			
	☐ Si, está en un sitio accesible el día de la supervisión			
	☐ Si pero no está accesible el día de la supervisión			
302 C	¿Está disponible la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LNME) en la unidad?			
	☐ Si			
	☐ No			
303 D	Las fichas de control de stock de 5 medicamentos elegidos previamente (trazadores)			
	☐ Están cumplimentadas correctamente y actualizadas			
	☐ Están cumplimentadas correctamente pero desactualizadas			
	☐ Están cumplimentadas incorrectamente			
	☐ No están cumplimentadas			
303 E	¿Se aplica correctamente el plan FIFO para los 5 medicamentos elegidos previamente (trazadores)?			
	☐ Si			
	☐ No			

304	¿Se realiza una gestión adecuada de los MEDIOS DE TRANSPORTE en esta unidad sanitaria?	SI	PARC	NO
304 A	¿Existe medio para trasladar a enfermos urgentes a otro nivel?			
	☐ Si			
	☐ No			
304 B	¿Existe y está accesible un plan de mantenimiento del vehículo?			
	☐ Si, está en un sitio accesible el día de la supervisión			
	☐ Si pero no está accesible el día de la supervisión			
304 C	¿Se cumplimenta regularmente y correctamente el libro del vehículo?			
	☐ Si			
	☐ No			

PUNTUACIÓN TOTAL SECCIÓN 3		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
301	¿Se realiza una gestión de los FONDOS adecuada?		
302	¿Se realiza una gestión adecuada de los RECURSOS MATERIALES de la unidad sanitaria?		
303	¿Se realiza una gestión adecuada de los MEDICAMENTOS en esta unidad sanitaria?		
304	¿Se realiza una gestión adecuada de los MEDIOS DE TRANSPORTE en esta unidad sanitaria?		
SI: 10 PUNTOS PARCIALMENTE: 5 PUNTOS NO: 0 PUNTOS		PUNTUACIÓN MEDIA	
COMENTARIOS/ACUERDOS			

SECCIÓN 4 | Anexo 5

SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA

401	¿Se archivan y salvaguardan correctamente la información sanitaria del SIS?	SI	PARC	NO
401 A	¿Existe en la unidad una persona responsable del SIS?			
	☐ Si			
	☐ No			
401 B	¿Están accesibles los últimos 12 informes mensuales de SIS para ese nivel asistencial (asistencial, act. Comunitaria, EDO, financiero...)?			
	☐ Si, todos			
	☐ Si pero no están todos			
	☐ No están accesibles			
401 C	¿Se protege la intimidad de los pacientes impidiendo que los libros de consulta y de laboratorio puedan ser vistos por personal no sanitario?			
	☐ Si			
	☐ No			

402	¿Se realiza un análisis de la información sanitaria de su área de influencia?	SI	PARC	NO
402 A	¿Se realizan reuniones de análisis de la información sanitaria de la zona de influencia?			
	☐ Si, todos los meses			
	☐ Si, de forma periódica (mayor a mensual)			
	☐ Sí pero sin una planificación			
	☐ No se realizan			
402 B	¿Quién participa en las reuniones de análisis de la información? (si se realizan)			
	☐ Responsable de la unidad			
	☐ Administrador/a			
	☐ Sanitarios			
	☐ Personal de servicios auxiliares			
	☐ Representantes de unidades sanitarias del área de influencia			
	☐ Parteras tradicionales			
	☐ Curanderos de la zona			
	☐ Representantes de la comunidad			
	☐ Otro (especificar)			

402 C	¿Se realiza un informe periódico de feed-back con el análisis de la información del área de influencia?
	☐ Si
	☐ No

403	¿Se cuentan con los recursos necesarios para el correcto funcionamiento del SIS?	SI	PARC	NO
403 A	Indique cuál de los siguientes recursos están disponibles en el momento de la supervisión			
	☐ Copias en blanco de los distintos informes mensuales			
	☐ Copias en blanco de las hojas diarias mensuales (hojas de cargo)			
	☐ Ordenador con impresora para poder cumplimentar e imprimir los documentos			
	☐ Internet para enviar los informes			
	☐ Teléfono para poder informar de EDO y epidemias			

PUNTUACIÓN TOTAL SECCIÓN 4		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
401	¿Se archivan y salvaguardan correctamente la información sanitaria del SIS?		
402	¿Se realiza un análisis de la información sanitaria de su área de influencia?		
403	¿Se cuentan con los recursos necesarios para el correcto funcionamiento del SIS?		
SI: 10 PUNTOS PARCIALMENTE: 5 PUNTOS NO: 0 PUNTOS		PUNTUACIÓN MEDIA	

COMENTARIOS/ACUERDOS

SECCIÓN 5 | Anexo 5

CONSULTA EXTERNA

501	¿Cuenta el local donde se pasa la consulta externa con unas condiciones adecuadas?	SI	PARC	NO
501 A	¿Cuál de los siguientes recursos se encuentran en el local el día de la supervisión?			
	☐ Mesa y silla			
	☐ Camilla			
	☐ Biombo			
	☐ Termómetro			
	☐ Fonendoscopio			
	☐ Guantes de latex			
	☐ Depresores			
501 B	¿Tiene el local agua para el lavado de manos en el momento de la supervisión?			
	☐ Si agua corriente			
	☐ Si palangana con agua			
	☐ No hay agua			
501 C	Indique cuál de las siguientes medidas para proteger la intimidad de los pacientes impidiendo que sean vistos u oídos por personal no sanitario están presentes el día de la supervisión			
	☐ Ventanas con cortinas			
	☐ Puertas con candado en el interior			
	☐ Localización de la camilla de exploración para no ser vista desde la entrada			
	☐ Biombo			
	☐ Sábanas para tapar a los y las pacientes			

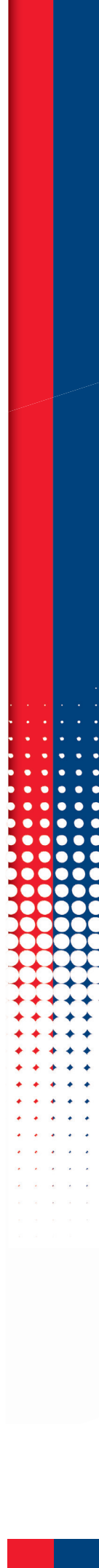
502	¿Se da un trato humano y cortés a los pacientes y sus acompañantes?	SI	PARC	NO
502 A	¿Saluda el sanitario al paciente al entrar en la consulta?			
	☐ Si			
	☐ No			
502 B	¿Se cierra la puerta de la consulta antes de comenzar el proceso asistencial?			
	☐ Si			
	☐ No			

502 C	¿Invita el sanitario a sentarse al paciente y/o al acompañante?
	☐ Si
	☐ No
502 D	Durante el proceso de asistencia ¿pregunta el sanitario al paciente si tiene dudas?
	☐ Si
	☐ No
502 E	¿Explica el sanitario los cuidados que debe realizar el paciente en el domicilio?
	☐ Si
	☐ No

503	¿Existe un archivo adecuado de la información de los pacientes?	SI	PARC	NO
503 A	¿Se utiliza el libro de consulta oficial del MINSABS?			
	☐ Si			
	☐ No			
503 B	¿Existe un archivo de la información de pacientes crónicos con las historias individuales de cada uno?			
	☐ Si			
	☐ No			

504	¿Se realiza correctamente la referencia y contrarreferencia de los pacientes?	SI	PARC	NO
504 A	¿Están accesibles el día de la supervisión los formularios de referencia y contrarreferencia?			
	☐ Si			
	☐ No			
504 B	¿Está disponible en la consulta el protocolo de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles?			
	☐ Si			
	☐ No			
Analice la última referencia realizada. Indique en cuál de los siguientes aspectos se cometió algún fallo				
	☐ Indicación de la transferencia			
	☐ Cuidados de urgencia en la unidad sanitaria antes de ser transferido			
	☐ Cumplimentación de la hoja de referencia y contrarreferencia			
	☐ Seguimiento posterior			

PUNTUACIÓN TOTAL SECCIÓN 5		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
501	¿Cuenta el local donde se pasa la consulta externa con unas condiciones adecuadas?		
502	¿Se da un trato humano y cortés a los pacientes y sus acompañantes?		
503	¿Existe un archivo adecuado de la información de los pacientes?		
504	¿Se realiza correctamente la referencia y contrarreferencia de los pacientes?		
SI: 10 PUNTOS PARCIALMENTE: 5 PUNTOS NO: 0 PUNTOS		PUNTUACIÓN MEDIA	
COMENTARIOS/ACUERDOS			



SECCIÓN 6 | Anexo 5

SALUD REPRODUCTIVA

601	¿La sala donde se realiza la consulta prenatal (CPN) reúne las condiciones adecuadas?	SI	PARC	NO
601 A	¿Cuál de los siguientes recursos se encuentran en el local el día de la supervisión?			
	☐ Mesa y silla			
	☐ Camilla obstétrica			
	☐ Termómetro			
	☐ Cinta métrica			
	☐ Estetoscopio de Pinaurd			
	☐ Guantes de látex			
	☐ Protocolo nacional de atención prenatal			
	☐ Libro de registro de embarazadas			
	☐ Fichas individuales de CPN			
601 B	¿Está disponible en la sala agua potable y Fansidar para realizar el TPI?			
	☐ Si			
	☐ No			
601 C	¿Tiene el local agua para el lavado de manos en el momento de la supervisión?			
	☐ Si agua corriente			
	☐ Si palangana con agua			
	☐ No hay agua			
601 D	Indique cuál de las siguientes medidas para proteger la intimidad de las pacientes impidiendo que sean vistos u oídos por personal no sanitario están presentes el día de la supervisión			
	☐ Ventanas con cortinas			
	☐ Puertas con candado en el interior			
	☐ Localización de la camilla de exploración para no ser vista desde la entrada			
	☐ Biombo			
	☐ Sábanas para tapar a las pacientes			

602	¿Se da un trato humano y cortés a las pacientes y sus acompañantes en la CPN?	SI	PARC	NO
602 A	¿Saluda el sanitario a la paciente al entrar en la consulta?			
	☐ SI ☐ NO			
602 B	¿Se cierra la puerta de la consulta antes de comenzar el proceso asistencial?			
	☐ SI ☐ NO			
602 C	¿Invita el sanitario a sentarse a la paciente y/o al acompañante?			
	☐ SI ☐ NO			
602 D	Durante el proceso asistencial ¿pregunta el sanitario a la paciente si tiene dudas?			
	☐ SI ☐ NO			
602 E	¿Indica el sanitario la fecha de la siguiente consulta prenatal?			
	☐ SI ☐ NO			

603	¿Se ofrece una asistencia adecuada de las mujeres en CPN?	SI	PARC																																																		
603 A	Observe la asistencia realizada a 5 mujeres y responda a las siguientes preguntas para cada una																																																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CASO 1</th> <th colspan="2">CASO 2</th> <th colspan="2">CASO 3</th> <th colspan="2">CASO 4</th> <th colspan="2">CASO 5</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">¿Se explora la coloración conjuntival?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">¿Se exploran edemas en miembros inferiores?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">¿Se toma una medición de TA?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>	CASO 1		CASO 2		CASO 3		CASO 4		CASO 5		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	¿Se explora la coloración conjuntival?										¿Se exploran edemas en miembros inferiores?										¿Se toma una medición de TA?										
CASO 1		CASO 2		CASO 3		CASO 4		CASO 5																																													
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																												
¿Se explora la coloración conjuntival?																																																					
¿Se exploran edemas en miembros inferiores?																																																					
¿Se toma una medición de TA?																																																					

604	¿Cuenta el paritorio con condiciones adecuadas para atender los partos?	SI	PARC	NO
604 A	¿Existe una sala específica para la atención al parto?			
	☐ Si			
	☐ No			

604 B	Indique cuál de los siguientes recursos están disponibles el día de la supervisión
	☐ Camilla obstétrica
	☐ Instrumental para parto normal (centro de salud) y complicado (Hospital Distrital)
	☐ Kit de parto
	☐ Sábanas
	☐ Sistema de veno punción y suero
	☐ Stock de urgencias obstétricas
	☐ Pesabebés
	☐ Aspirador de secreciones
604 C	Indique cuál de las siguientes medidas para proteger la intimidad de las pacientes impidiendo que sean vistas u oídas por personal no sanitario están presentes el día de la supervisión
	☐ Ventanas con cortinas
	☐ Puertas con candado en el interior
	☐ Localización de la camilla de exploración para no ser vista desde la entrada
	☐ Biombo
	☐ Sábanas para tapar a las pacientes

605	¿Los partos en la unidad son atendidos por el personal adecuado?	SI	PARC	NO
605 A	Indique quién realiza los partos en esta unidad			
	☐ Médico con formación específica en atención al parto			
	☐ Médico SIN formación específica en atención al parto			
	☐ Matrona			
	☐ Enfermero/a			
	☐ Auxiliar de enfermería con formación específica en atención al parto			
	☐ Auxiliar de enfermería sin formación específica en atención al parto			
	☐ Otro (Especificar)			

606	¿Cuenta la unidad con una consulta de Planificación Familiar (PF) adecuada?	SI	PARC	NO
606 A	¿Existe personal formado específicamente en PF?			
	☐ Si			
	☐ No			
606 B	¿Existen métodos anticonceptivos disponibles en el centro?			
	☐ Si			
	☐ No			
606 C	¿Existen herramientas de IEC (carteles, panfletos...) sobre PF en la unidad?			
	☐ Si			
	☐ No			

PUNTUACIÓN TOTAL SECCIÓN 6		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
601	¿La sala donde se realiza la consulta prenatal (CPN) reúne las condiciones adecuadas?		
602	¿Se da un trato humano y cortés a las pacientes y sus acompañantes en la CPN?		
603	¿Se ofrece una asistencia adecuada de las mujeres en CPN?		
604	¿Cuenta el paritorio con condiciones adecuadas para atender los partos?		
605	¿Los partos en la unidad son atendidos por el personal adecuado?		
606	¿Cuenta la unidad con una consulta de Planificación Familiar (PF) adecuada?		
SI: 10 PUNTOS PARCIALMENTE: 5 PUNTOS NO: 0 PUNTOS		PUNTUACIÓN MEDIA	
COMENTARIOS/ACUERDOS			

SECCIÓN 7 | Anexo 5

PROGRAMA AMPLIADO DE VACUNACIÓN (PAV)

701	¿La sala donde se realiza la VACUNACIÓN reúne las condiciones adecuadas?	SI	PARC	NO
701 A	¿Cuál de los siguientes recursos se encuentran en el local el día de la supervisión?			
	☐ Mesa y silla			
	☐ Jeringas y agujas (específicas de vacunación)			
	☐ Contenedor de bioseguridad			
	☐ Protocolo nacional de Vacunación			
	☐ Libro de registro de vacunación			
	☐ Fichas de seguimiento del niño			
701 B	¿Tiene el local agua para el lavado de manos en el momento de la supervisión?			
	☐ Si agua corriente			
	☐ Si palangana con agua			
	☐ No hay agua			

702	¿Se realiza una vacunación adecuada?	SI	PARC								
702 A	Observe la asistencia realizada a 5 niños entre 0 y 5 años y responda a las siguientes preguntas para cada uno										
		CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5					
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	¿Se ha vacunado al niño de acuerdo al calendario vacunal?										
	¿Ha limpiado la zona de inyección?										
	¿La localización elegida para administrar la vacuna es la correcta?										
702 B	¿Se informa a la madre de la fecha de la siguiente vacuna?										
	☐ Si, oralmente y por escrito en la ficha del niño										
	☐ Si, pero solo oralmente										
	☐ No se informa										

703	¿La gestión logística de las vacunas es adecuada?	SI	PARC	NO
703 A	¿Está la nevera en funcionamiento?			
	☐ Si			
	☐ No			
703 B	¿Existe y está cumplimentado un registro DIARIO de control de temperatura de la nevera de vacunación?			
	☐ Si			
	☐ No			
703 C	Indique si hay rotura de stock de alguna de las siguientes vacunas			
	☐ BCG			
	☐ DTP			
	☐ Polio			
	☐ Sarampión			
	☐ Tétanos			
703 D	¿Están cumplimentadas las fichas de control de stock de vacunas?			
	☐ Si			
	☐ No			

PUNTUACIÓN TOTAL SECCIÓN 7		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
701	¿La sala donde se realiza la VACUNACIÓN reúne las condiciones adecuadas?		
702	¿Se realiza una vacunación adecuada?		
703	¿La gestión logística de las vacunas es adecuada?		
SI: 10 PUNTOS PARCIALMENTE: 5 PUNTOS NO: 0 PUNTOS		PUNTUACIÓN MEDIA	
COMENTARIOS/ACUERDOS			

SECCIÓN 8 | Anexo 5

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

801	¿Existen estructuras comunitarias que favorezcan la participación de la comunidad en las decisiones en el ámbito de la salud?	SI	PARC	NO
801 A	Analice con el responsable de la unidad la situación de las estructuras comunitarias y responda a las siguientes preguntas			
		COMITÉ DE DESARROLLO POBLADO/ BARRIO/CIUDAD		COMITÉ DE SALUD POBLADO/ BARRIO/CIUDAD
		SI	NO	SI
	¿Está activo en el momento actual?			
	¿Existe una guía de funcionamiento de esos comités?			
	¿Han tenido una reunión en los últimos 12 meses?			
	Si se han reunido ¿Hay acta de esa reunión?			
801 B	¿Se ha realizado alguna actividad específica en los últimos 6 meses para promover la participación activa de las mujeres en los comités de participación comunitaria?			
	☐ Si			
	☐ No			
801 C	¿Se ha realizado alguna reunión con los responsables comunitarios para tratar temas de salud en los últimos 6 meses?			
	☐ Si, tienen acta de esa reunión			
	☐ Si pero no hay acta			
	☐ No			
801 D	¿Se ha realizado alguna reunión con curanderos y médicos tradicionales en los últimos 6 meses?			
	☐ Si, tienen acta de esa reunión			
	☐ Si pero no hay acta			
	☐ No			
801 E	¿Se ha realizado alguna actividad comunitaria en los últimos 6 meses para fomentar la participación de la población de la mejora de la unidad sanitaria?			
	☐ Si (indique cuál)			
	☐ No			

802	¿Existen mecanismos de comunicación con la comunidad?	SI	PARC	NO
802 A	¿Existe buzón de quejas y sugerencias accesible a los pacientes?			
	☐ Si			
	☐ No			
802 B	¿Se ha realizado alguna reunión con los responsables comunitarios para tratar temas de salud en los últimos 6 meses?			
	☐ Si, tienen acta de esa reunión			
	☐ Si pero no hay acta			
	☐ No			
802 C	¿Se ha realizado alguna reunión con curanderos y médicos tradicionales en los últimos 6 meses?			
	☐ Si, tienen acta de esa reunión			
	☐ Si pero no hay acta			
	☐ No			
802 D	¿Se ha realizado alguna actividad comunitaria en los últimos 6 meses para fomentar la participación de la población de la mejora de la unidad sanitaria?			
	☐ Si (indique cuál)			
	☐ No			

803	¿La unidad sanitaria realiza actividades comunitarias asistenciales, de prevención y promoción de la salud?	SI	PARC	NO
803 A	¿Hay un plan de cuidados domiciliarios de pacientes con salidas al terreno específicas para esto?			
	☐ Si			
	☐ No			
803 B	¿Hay un plan de actividades de sensibilización para el año en curso?			
	☐ Si, se puede ver el documento el día de la supervisión			
	☐ Si pero no se puede ver el documento			
	☐ No hay un plan			

SECCIÓN 9 | Anexo 5

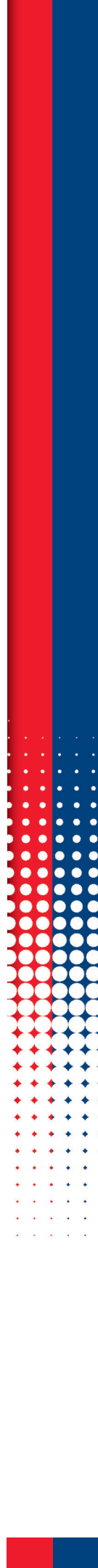
CONTROL DE INFECCIONES

901	¿Existen mecanismos funcionando para el control de infecciones en la unidad?	SI	PARC	NO
901 A	¿Cuál de los siguientes mecanismos de desinfección/esterilización se utilizan en la unidad?			
	☐ Autoclave			
	☐ Estufa			
	☐ Otro tipo de esterilización por presión (olla exprés)			
	☐ Desinfectantes químico (indicar cuál)			
	☐ Otro (indicar cuál)			
901 B	¿Hay acceso a agua y jabón en todas las salas donde se atiende pacientes?			
	☐ Si			
	☐ No			
901 C	¿Existen productos para la desinfección de superficies (lejía)?			
	☐ Si			
	☐ No			
901 D	¿Hay materiales de sensibilización sobre bioseguridad en el entorno sanitario visibles en la unidad?			
	☐ Si			
	☐ No			

902	¿Existen mecanismos de eliminación de residuos biológicos?	SI	PARC	NO
902 A	¿Cuál de los siguientes mecanismos de eliminación de residuos biológicos peligrosos se utilizan en la unidad?			
	☐ Incinerador			
	☐ Quema en lugar abierto			
	☐ Enterrar los residuos			
	☐ Otro (Indicar)			
902 B	¿Existen contenedores para desechar agujas en todas las salas donde se utilizan?			
	☐ Si			
	☐ No			

Puntuación Total Sección 9		Respuesta	Puntuación
901	¿Existen mecanismos funcionando para el control de infecciones en la unidad?		
902	¿Existen mecanismos de eliminación de residuos biológicos?		
SI: 10 PUNTOS PARCIALMENTE: 5 PUNTOS NO: 0 PUNTOS		Puntuación Media	

Comentarios/Acuerdos



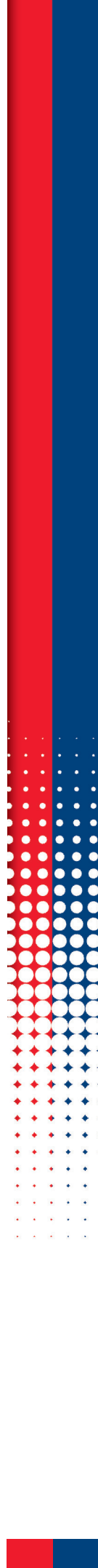
ANEXO 6. IDENTIFICACIÓN DE OBJETIVOS DE CALIDAD

CENTRO DE SALUD		FECHA	
SERVICIO		FIRMA	

DIMENSIÓN DE CALIDAD	PREGUNTAS	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
EFFECTIVIDAD	• ¿Se trabaja siguiendo los protocolos nacionales? • ¿Es el manejo clínico correcto?			
EFICIENCIA	• ¿Se malgastan recursos? • ¿Se utiliza productivamente el tiempo?			
ACCESIBILIDAD	• ¿Cuánto tiempo o dinero cuesta acceder al centro de salud para las personas que viven más alejadas?			
ACEPTABILIDAD CULTURAL	• ¿Están los usuarios satisfechos con la atención personal?			
EQUIDAD	• ¿Hay alguien que no accede al servicio a pesar de que lo necesita?			
SEGURIDAD	• ¿Son los procedimientos seguros para el paciente?			

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AIEPI	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.
APS	Atención Primaria de Salud.
BCG	Vacuna contra la tuberculosis (Bacillus Calmette-Guérin).
CPN	Control prenatal.
DPT	Vacuna contra la difteria, tosferina (Bordetella pertussis) y el tétanos.
EDO	Enfermedades de declaración obligatoria.
FIFO	First in first out.
IEC	Información, educación y comunicación.
ITS	Infecciones de transmisión sexual.
LNME	Lista nacional de medicamentos esenciales.
MINSABS	Ministerio de Salud y Bienestar Social.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PAV	Programa Ampliado de Vacunación.
PF	Planificación Familiar.
PTMH	Prevención de la transmisión Madre-Hijo (VIH).
SIS	Sistema de Información Sanitaria.
TA	Tensión arterial.
TBC	Tuberculosis.
TPI	Tratamiento preventivo intermitente.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.





MANUAL de MEJORA de la CALIDAD ASISTENCIAL para CENTROS de SALUD

EL PACIENTE en el centro de las decisiones

Este manual pretende ser una guía de apoyo en cada una de las fases del proceso de mejora de calidad asistencial de los centros de salud, con el objetivo de que el sistema sanitario de Guinea Ecuatorial siga el camino que ya ha empezado y que la población tenga acceso a un servicio de salud digno y profesional.

Este manual se ha realizado con la ayuda financiera de la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo (AECID)

