Ministerio
de Salud Pública

No. 00068-2019

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 3, numeral 1, dispone que es deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna, el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;

Que, la citada Constitución de la República, en el artículo 32, ordena que: *"La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional."*;

Que, el artículo 361 de la Norma Suprema establece que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, quien será la responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud;

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 3, prevé que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades; y, un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado;

Que, el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud determina que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia de dicha Ley y que las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias;

Que, el artículo 6 de la Ley Ibídem, preceptúa entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: *"(...). 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares; (...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud, (...)"*;

Que, el Código Orgánico Administrativo, en el artículo 130, dispone: *"Competencia normativa de carácter administrativo. Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea esta competencia para la*

Av. República de El Salvador N° 36-64 y Suecia
Telf.: (593 2) 3 814 400
www.salud.gob.ec

máxima autoridad legislativa de una administración pública. La competencia regulatoria de las actuaciones de las personas debe estar expresamente atribuida en la ley.";

Que, con Decreto Ejecutivo No. 901 expedido el 18 de octubre de 2019, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador designó como Ministra de Salud Pública a la magister Catalina de Lourdes Andramuño Zeballos;

Que, con Acuerdo Ministerial No. 00004520 publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 118 de 31 de marzo de 2014, se emitió el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, mismo que señala como misión de la Dirección Nacional de Normatización, desarrollar y definir todas las normas, manuales, protocolos, guías y otras normativas relacionadas a la gestión de la salud;

Que, es necesario contar con un instrumento que sirva para estandarizar la metodología para la notificación y ejecución de auditorías de calidad de la atención en salud de los casos de muerte materna, con la finalidad de formular planes de acción locales que contribuyan a mejorar la respuesta en el Sistema Nacional de Salud para la disminución de la mortalidad materna en el Ecuador; y,

Que, con memorando No. MSP-VGVS-2019-1345-M de 22 de octubre de 2019, la Viceministra de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, Subrogante, solicitó la elaboración del presente Acuerdo Ministerial, para lo que adjuntó el informe técnico correspondiente.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154, NUMERAL 1, DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO

ACUERDA:

Art. 1.- Aprobar y autorizar la publicación del Manual denominado ***"Notificación, auditoría de calidad de la atención y planes de acción de casos de muerte materna".***

Art. 2.- Disponer que el Manual ***"Notificación, auditoría de calidad de la atención y planes de acción de casos de muerte materna"***, sea aplicado a nivel nacional como una normativa del Ministerio de Salud Pública, de carácter obligatorio para los profesionales de la salud del Sistema Nacional de Salud.

Art. 3.- Publicar el citado Manual en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

ÚNICA.- Deróguese todas las normas de igual o menor jerarquía que se opongan al presente Acuerdo Ministerial, expresamente el Acuerdo Ministerial No. 0000103 de 6 de febrero de 2006, publicado en el Registro Oficial No. 219 de 2 de marzo de 2006, a través del cual se aprobó el *"Manual para la vigilancia epidemiológica e investigación de la mortalidad materna".*

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de las Direcciones Nacionales de Primer Nivel de Atención en Salud y de Hospitales; a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud; a la Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud a través de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud; a la Subsecretaría Nacional de Vigilancia Epidemiológica a través de la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica; y, a la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad a través de la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, 13 NOV. 2019

Mgs. Catalina Andramuño Zeballos
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

REPÚBLICA DEL ECUADOR MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

	Nombre	Área	Cargo	Sumillas
Revisado	Esp. Ronald Cedeño	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	
	Dra. Diana Molina	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretaria Encargada	
	Med. Félix Chong	Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública	Subsecretario Encargado	
	Arq. Helman Salcedo	Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud	Subsecretario	
	Mgs. Sara Aucancela	Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad	Subsecretaria	
	Dr. Paúl Auz Jarrín	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinador	
	Abg. Angelita Suárez	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Directora	
Elaboración Acuerdo	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Coordinadora de Gestión Interna	

Av. República de El Salvador Nº 36-64 y Suecia
Telf.: (593 2) 3 814 400
www.salud.gob.ec

00068-2019

Notificación, auditoría de calidad de la atención y planes de acción de casos de muerte materna

Manual [redacted]

2019

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Toda una Vida

EL GOBIERNO DE TODOS

00068-2019

XXXXXXXXXXX
Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Notificación, auditorías de calidad de la atención en salud y formulación de planes de acción de los casos de muerte materna. Manual. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Gerencia Institucional de Estrategias y Articulación de Salud Materna y Neonatal y Dirección Nacional de Derechos e Igualdad e Interculturalidad, Dirección Nacional de Normatización; 2019.
-------XX p:

1. Muerte maternal
2. Auditorias de calidad
3. Vigilancia
4. Notificación
5. Planes de acción
6. Manual

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social.
Teléfono: (593) 2 381 4400/ (593) 2 381 4450
www.salud.msp.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Normatización – MSP

Este manual constituye una herramienta para los establecimientos de salud responsables de la captación, notificación, respuesta inmediata, auditoría de calidad y elaboración de planes de acción de los casos de muerte materna.

Publicado en
ISBN

Como citar esta obra:
Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Notificación, auditorías de calidad de la atención en salud y formulación de planes de acción de los casos de muerte materna. Manual Quito: Dirección Nacional de Normatización, MSP; 2019. Disponible en: www.salud.gob.ec

Corrección de estilo:
Hecho en Ecuador – Printed in Ecuador

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Mgs. Catalina Andramuño Ministra de Salud.
Dr. Ronald Roberty Cedeño Vega, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud.
Dr. Julio Javier Lopez, Viceministro de Atención Integral en Salud.
Dra. Diana Molina, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de Salud, Encargada.
Dr. Felix Antonio Chong, Subsecretario Nacional de Vigilancia de la Salud Pública.
Mgs. Sara Pilar Aucancela, Subsecretaria Nacional de Promoción de Salud e Igualdad.
Mgs. Luis Enrique Regalado, Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud,
Arq. Helmán Ivan Salcedo, Subsecretario Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud.
Dr. Alfredo José Olmedo Valarezo, Director Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
Mgs. Amelia Briones, Directora Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.
Ab. María Cisne Ojeda, Directora Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión.
Dr. Wilson Hernán Mereci Becerra, Gerente Institucional de Estrategias y Articulación de Salud Maternal y Neonatal.
Dr. Esteban Avilés, Director Nacional de Normatización, Subrogante.

Equipo de autores y redactores

Beltrán Romero Raquel, PhD. en Medicina, especialista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud de Salud.
Acosta Acosta Janeth, obstetriz, especialista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud de Salud.
Baquero Becerra María Augusta, magister en Administración en Salud, especialista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.
Barona Terán Elizabeth Maestra en Políticas Públicas con mención con Gestión del Desarrollo, Quito
Chávez Mario, especialista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.
Escobar Jenny, médico, Quito.
Lovato Silva Raquel, obsteriz, analista, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
Padilla Ochoa Maribel, magister, Quito.
Merino Carlos Merino, Medico, Quito.
Morán Quiñones Mara, medica, Quito

Colaboradores y validadores
Aizaga Carrera Ramiro, doctor en Medicina y Cirugía, Quito.
Adrianzen Neyra Sheila, medico, Quito.
Aguirre Arauz Patricio, antropólogo, Quito.
Arellano Haro Ana, obstetriz, analista, Dirección Nacional de Hospitales.
Briones Paredes Amelia, Doctora en Medicina y Cirugía, Directora Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.
Bonifaz Guerrero Belén, médica familiar y comunitaria, Quito.
Cascante Castañeda Alejandra, médica, Directora Distrital de Salud 17D02-Calderón a Guayllabamba.
Córdova Córdova Nieves, abogada, Responsable de la Gestión de Análisis de Casos, Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, Quito.
Estrada Nereida, médico, Quito.
Florencia Mosquera Jenniffer, médica, Quito.
Gualavisí Verónica médica Quito.
Guerrero Carmen, médica Quito.
Hernández Maldonado Carlos, médico, Quito.
Macías Carreño Patricia, médica, Gestión Interna de Calidad de los Servicios de Salud - Coordinación Zonal 8 – Salud.
Martínez Falconi Ivonne, médica, Quito.
Menéndez Haro Carlos, médico, Quito.
Raza Amaya Ximena, magíster en Salud Pública, Coordinadora, Dirección Nacional de Normatización.
Ponce Anabel, enfermera, Quito.
Ponce Perez Roberto, médico, Coordinador Auditoría Médica Hospital Carlos Andrade Marín.
Salazar Valencia Zoila, doctora en medicina, Quito.
Usiña Pinchao Jhon Orlando, magister, Director de Seguimiento de Planes, Programas, Proyectos, MIDUVI.

Contenido

1. Presentación

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica y la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, asumiendo a la mortalidad materna como un problema de salud pública prioritario en la agenda nacional y en el marco del plan de mejoramiento continuo de la calidad de atención de los servicios de salud, ha considerado pertinente la elaboración del "Manual de notificación, auditoría de calidad de la atención en salud y formulación de planes de acción de los casos de muerte materna".

El presente documento responde a la necesidad imprescindible de organizar sistemáticamente los procedimientos, metodologías e instrumentos que permitirán estandarizar la notificación, la respuesta inmediata, auditoría y cierre de casos de muerte materna, que implementan los equipos nacionales, y desconcentrados responsables del proceso, cuyos productos contribuyen a la toma de decisiones sobre los planes y programas de salud materna, mejoramiento de la calidad de la atención en salud y acceso al derecho a la salud.

En este contexto, se incide en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los Objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, responsabilidades ineludibles de la Autoridad Sanitaria Nacional; de conformidad con los mandatos constitucionales para garantizar los derechos a la salud y a la vida de las mujeres.

Mgs. Catalina Andramuño
Ministra de Salud Pública

2. Introducción

A nivel mundial durante el año 2013 se produjeron 289.000 muertes maternas, lo que significa un descenso del 45% con respecto a 1990.(1) En el año 2010, en África subsahariana y Asia meridional se produjo el 85% de las muertes, con un total de 245.000 muertes maternas.(2)

La razón de mortalidad materna en las regiones en desarrollo fue 15 veces más alta que en las regiones desarrolladas.(3) Al año 2013 en el extremo más alto, África Subsahariana tuvo una razón de muerte materna de 510 casos fatales; en el extremo más bajo de la escala, entre las regiones en desarrollo, Asia Oriental tuvo un número de apenas 39 muertes por cada 100.000 niños nacidos vivos.(1)

En el Ecuador en el año 1990 la razón de mortalidad materna (RMM) fue de 153,5 por 100.000 nacidos vivos estimados (dato que tiene subregistro), para el año 2014 la RMM fue 49,16 por 100.000 nacidos vivos estimados,(4) siendo la reducción en este período de tiempo para el país de 68%; superior a América Latina y el Caribe que redujeron el 50% de muertes maternas lo que le otorga al Ecuador un porcentaje superior al promedio mundial que es de 44%.(5) Al año 2015 la RMM fue de 44,58 con un total de 150 casos de muerte maternas según registros de la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC),(4) y en el 2017 llegó a 42.8.(6)

3. Antecedentes y justificación

La mortalidad materna es considerada un indicador universal de calidad de la atención en los establecimientos de salud y de las condiciones de vida, dado que el mayor porcentaje de decesos es evitable. En este sentido, es un indicador que mide el nivel de desarrollo de un país y evidencia las condiciones en las que viven las mujeres y sus familias.(7)

Para el Gobierno Nacional reducir la mortalidad materna es un eje fundamental dentro de las políticas del sector social; por ello en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y/o a la Estrategia Territorial Nacional (ETN), reducir la razón de mortalidad materna de 44,6 a 40.9 fallecimientos por cada 100 000 nacidos vivos a 2021", es la meta.(8)

El presente manual establece una metodología para la notificación, auditorías de calidad de la atención en salud y elaboración de planes de acción de los casos de muerte materna, y tiene como base al "Manual de Normas y Procedimientos del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica, SIVE-Mortalidad Evitable, el cual fue elaborado con un enfoque epidemiológico.

A partir de este documento se ha realizado una recopilación y sistematización de la información para definir la metodología e instrumentos a aplicar, que faciliten el auto análisis y la aplicación de medidas de respuesta, con el fin de reducir los casos de muerte materna.

Para este fin, las auditorías de calidad de la atención en salud, de los casos de muerte materna se convierten en una herramienta que ayuda a identificar de manera sistemática e integral los principales factores que determinaron el fallecimiento de las pacientes, lo que contribuye a la toma de decisiones para el mejoramiento de la calidad en los establecimientos de salud, así como el ejercicio del derecho a la salud.

Las instancias del Ministerio de Salud Pública (MSP), a nivel nacional, zonal, distrital y de establecimientos de salud que deben cumplir con los lineamientos establecidos en este

establecimientos de salud que deben cumplir con los lineamientos establecidos en este documento normativo son Vigilancia de la Salud Pública, Calidad de los Servicios de Salud, Derechos Humanos Género e Inclusión, así como las instancias correspondientes de los otros subsistemas públicos y privados de salud.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Estandarizar la metodología para la notificación y ejecución de auditorías de calidad de la atención en salud de los casos de muerte materna, con la finalidad de formular planes de acción locales que contribuyan a mejorar la respuesta en el Sistema Nacional de Salud para la disminución de la mortalidad materna en el Ecuador.

4.2 Objetivos específicos

1. Proveer procedimientos e instrumentos para registrar la información de la notificación y de las auditorías de calidad de la atención en salud en los casos de muerte materna.
2. Proporcionar herramientas que permitan identificar los determinantes sociales que inciden en la muerte materna.
3. Facilitar herramientas para la elaboración y monitoreo de los planes de acción, y para el cierre de los casos de muerte materna.

5. Alcance

La aplicación del presente manual es de cumplimiento obligatorio para los profesionales de salud del Sistema Nacional de Salud ante el fallecimiento de una mujer durante el embarazo, parto y posparto

6. Glosario de términos

Acción insegura: (falla activa) se considera tanto a los actos como a las omisiones que tienen el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud.(9)

Auditoría de la calidad de la atención en los servicios de salud: Es un proceso de evaluación sistemático de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios, que se fundamenta en el análisis la historia clínica, inspección in situ, entrevistas al paciente, familiares del paciente, profesionales de la salud y cualquier otro mecanismo que sea legalmente aceptado como fotografías, grabaciones, videos de los exámenes realizados al paciente etc .

Auditoría externa de la calidad de la atención en los servicios de salud: es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada.(10)

Auditoría interna de la calidad de la atención en los servicios de salud: es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.(10)

Cierre de caso de muerte materna: constituye el caso de muerte materna que ha sido investigada, registrada y en el que se ha cerrado el caso en el sistema de vigilancia epidemiológica.(4)

Comité Hospitalario de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud: es un comité que tiene como objeto realizar actividades de carácter técnico, analítico, evaluativo, preventivo y correctivo más no punitivo, con el fin de identificar claramente las oportunidades de mejora de los procesos de atención en salud, teniendo como herramienta de investigación la auditoría para el mejoramiento de la calidad de dicha atención.(11)

Equipos de mejoramiento de la calidad: están conformados obligatoriamente por una selección de los profesionales, servidores y/o trabajadores de la salud de diferente perfil profesional, con estrecha relación de trabajo con el proceso susceptible de mejora, y nivel de jerarquía, es decir es un equipo multidisciplinario. Estos equipos deberán conformarse en todos los establecimientos de salud, de todos los niveles de atención y complejidad; cada servicio, proceso o área deberá contar con un equipo de mejoramiento de la calidad, según su organización interna o nivel de complejidad.(11)

Evento adverso: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.(9)

Evento centinela: es un suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos o tiene riesgo de causarlos. Se llama centinela porque su ocurrencia sirve de alarma y obliga a la organización a su evaluación inmediata y a dar respuesta para controlar la aparición de nuevos casos.(12)

Factores contributivos: son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente, predisponiendo a una acción insegura (falla activa).(9)

Fallas latentes: error que es precipitado por una consecuencia de procesos de gestión y organización y representa el máximo peligro para los sistemas complejos. Las fallas latentes no se pueden prever, pero si se detectan pueden corregirse antes de que contribuyan a causar percances.(9)

Hallazgos: Se refiere a cualquier situación deficiente y relevante que se determine durante la auditoría de la calidad de atención de salud, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas.(13)

Inmovilización de historia clínica: es resguardar la historia clínica del caso de muerte materna, para impedir que cualquier persona pueda tomarla, hasta que esta sea copiada, foliada y entregada la copia a los auditores del caso.

Muerte materna: es el evento que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la edad gestacional y sitio del embarazo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.(14)

Muerte materna directa: es la que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto o puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.(14)

Muerte materna evitable: es la muerte de una mujer en período del embarazo, parto, o

puerperio que se pudo evitar si se hubiera tomado la decisión oportuna de acudir a los servicios de salud a tiempo y haber recibido atención oportuna y adecuada.(14)

Muerte materna incidental: es aquella que no está relacionada con el embarazo, parto o puerperio ni con una enfermedad preexistente o intercurrente que se agrava por el efecto del mismo, y ocurre como una causa externa a la salud de la madre, es decir las denominadas accidentales o incidentales. Algunos ejemplos son accidentes de tránsito, muerte violenta por desastres naturales, herida por arma de fuego, homicidios, etc.(14)

Muerte materna indirecta: es la que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. (14)

Muerte materna tardía: es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, después de los 42 días hasta un año luego de la terminación del embarazo. (14)

Papeles de trabajo: Son el conjunto de documentos, planillas, en las cuales el auditor registra los datos, deja constancia de la información obtenida durante el proceso de auditoría; los papeles de trabajo también pueden constituir la información almacenada en cintas, películas u otros medios electrónicos. Dichos papeles están sujetos a reserva y podrán ser examinados por las autoridades competentes, en caso necesario.(15)

Plan de acción: es una intervención de carácter técnico que introduce cambios para mejorar la calidad de los procesos asistenciales y administrativos relacionados con la muerte materna, a través de un conjunto de acciones contextualizadas y evaluables, utilizando un plan de acción que genere aprendizajes en los establecimientos de salud. (15)

Plenaria: reunión que convoca a todos los profesionales de la salud de los establecimientos involucrados en la atención de la paciente y a las autoridades respectivas, así como al equipo auditor externo zonal y a las autoridades de salud de la Unidades desconcentradas zonales y distritales, afín de elaborar el plan de acción en base a las recomendaciones del informe de auditoría.

Protocolo de Londres: es una Metodología de investigación que se basa en un documento elaborado para el análisis de incidentes clínicos, su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva del evento adverso. (16)

Esta metodología integra la realización de entrevistas a familiares, personal sanitario y visitas técnicas a los establecimientos de salud, contribuyendo a revelar una serie de acontecimientos que condujeron al resultado del evento adverso, abarcando en gran medida lo sucedido, siguiendo la ruta de atención de salud que realiza la paciente durante su embarazo, incluyendo el primer contacto con los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, así como la atención por la medicina ancestral hasta su deceso.(16)

Razón de muerte materna (RMM): número de muertes maternas ocurridas durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo por cada 100.000 nacidos vivos en un periodo determinado.(17)

Recomendaciones: (acción correctiva): describe acciones de mejora a realizar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, para subsanar las causas de las no conformidades (factores contributivos) identificadas en la auditoría, también deben considerarse las oportunidades de mejora identificadas en la auditoría, así como aquellas

acciones o prácticas correctas identificadas a fin de que sean mantenidas o preservadas.(13)

Vigilancia epidemiológica: conjunto de actividades y procedimientos sobre enfermedades, muertes y síndromes sujetos a vigilancia, así como sus determinantes, que generan información sobre el comportamiento y la tendencia de los mismos, para la implementación de intervenciones en forma oportuna, a fin de lograr el control inmediato de dichos eventos.

7. Desarrollo

El presente documento normativo contempla cinco fases secuenciales y en cada una de ellas se cumplen actividades a implementarse a nivel nacional, zonal y distrital, mismas que se detallan a continuación:

Fase 1: Notificación de casos de muerte materna.
Fase 2: Realización de la auditoría interna inmediata.
Fase 3: Realización de la Auditoría Externa Zonal.
Fase 4: Elaboración del plan de acción para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención materna.
Fase 5: Cierre del caso de muerte materna.

7.1. Fase 1: Notificación de casos de muerte materna

7.1.1. Vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica de los casos de muerte materna se realiza en dos modalidades: vigilancia pasiva de notificación sistemática y vigilancia activa mediante la búsqueda activa de casos sospechosos de muerte materna.

7.1.1.1 Vigilancia pasiva de notificación sistemática

La vigilancia del evento de mortalidad materna consiste en determinar y proyectar el comportamiento del evento; es obligatoria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud y es parte de los subsistemas que componen el Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica denominado SIVE Mortalidad Evitable (subsistema que realiza la vigilancia de dos eventos centinelas: mortalidad materna y mortalidad neonatal).

Por ser la vigilancia de la mortalidad materna un evento de interés de salud pública se establece como evento de notificación obligatoria e inmediata que tiene la finalidad de generar información oportuna y de calidad para establecer estrategias de prevención y control a corto y mediano plazo.

a) Mecanismos de notificación

Se han establecido tres mecanismos de notificación en caso de presentarse una muerte materna, que tienen relación con la temporalidad y el tipo de notificación, así: notificación inmediata, notificación en el formulario y aplicativo; y, notificación negativa obligatoria semanal en caso de no presentarse ninguna muerte materna.

- **Notificación sistémica**

Se realiza en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, ante una

defunción materna ocurrida ya sea en un establecimiento de salud o en la comunidad. Se reporta al nivel administrativo correspondiente de forma inmediata una vez conocido el caso, inclusive en fines de semana y feriados, por el medio de comunicación o vía más rápida: sea teléfono, fax, correo electrónico, mensajería digital.

- Para el primer nivel de atención (establecimientos de salud tipo A, B y C), el responsable de notificar todo caso de muerte materna es la máxima autoridad del establecimiento (director/director administrativo), al responsable de epidemiología del distrito o quien cumpla con sus funciones.
- Para el segundo y tercer nivel de atención la notificación es realizada por el responsable de epidemiología del establecimiento de salud al responsable de epidemiología de la Unidad desconcentrada zonal.
- Para el resto de los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria la notificación es realizada por la máxima autoridad de salud del establecimiento al responsable de epidemiología distrital o quien cumpla sus funciones.
- Ante la ocurrencia de un caso de muerte materna en la comunidad identificado por los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS) o una persona de la comunidad, se comunica el caso al establecimiento de salud del MSP más cercano, y este a su vez comunica al responsable de epidemiología de la distrital o zonal o quien cumpla sus funciones, según corresponda.
- El responsable de epidemiología distrital o quien cumpla sus funciones, notifica a su respectiva autoridad y al responsable de epidemiología de la zona o a quien cumpla sus funciones, el caso de muerte materna mediante correo institucional.
- El responsable de epidemiologia zonal o quien cumpla sus funciones notifica la ocurrencia de un caso de muerte materna, a través de correo institucional a la máxima autoridad de la Unidad Desconcentrada Zonal, a las Direcciones Nacionales de Vigilancia Epidemiológica (o a quien cumpla con sus funciones), Calidad de los Servicios de Salud y la Gerencia Institucional de Estrategias y Articulación de Salud Materna y Neonatal o de quien cumpla con sus funciones, de manera simultánea.
- El epidemiólogo zonal o quien cumpla sus funciones, una vez ocurrido el evento, acude al establecimiento de salud donde falleció la paciente y/o donde fue referida/derivada, para juntamente con el técnico de estadística del establecimiento de salud ordenar, foliar, escanear, fotocopiar, y certificar la historia clínica original de la paciente del caso de muerte materna.
- Luego de esto, y en presencia del personal de estadística del establecimiento de salud, elabora un acta de entrega/recepción de la copia de la historia clínica en donde conste el número de fojas, fecha del evento de muerte materna y fecha de la inmovilización de la historia clínica, firma del epidemiólogo zonal que recibe la fotocopia de la historia clínica y firma del personal de estadística que entrega la fotocopia del documento original.
- El epidemiólogo zonal o quien cumpla sus funciones, además gestiona la cadena de custodia de la historia clínica, siendo responsable de esa custodia el representante legal del establecimiento de salud.
- En caso de referencia/derivación que involucre a varios establecimientos de salud, se garantiza el mismo proceso descrito en cada uno de los establecimientos, para lo cual el epidemiólogo zonal o quien cumpla sus funciones, se desplaza a cada uno de ellos y con el técnico de estadística del establecimiento de salud procede a ordenar, foliar, escanear, fotocopiar y certificar la historia clínica original de la paciente; y, gestiona la cadena de custodia de la historia clínica, siendo responsable de esa custodia el representante legal de cada establecimiento de salud.

- En caso de que por la referencia/derivación de la paciente estén involucrados en la atención establecimientos de salud de otra unidad desconcentrada zonal, el epidemiólogo zonal o quien cumpla sus funciones, de donde falleció la paciente notifica a su par de la otra unidad desconcentrada zonal quien realiza el mismo procedimiento anteriormente descrito y gestiona la cadena de custodia de la historia clínica, siendo responsable de la misma el representante legal de cada establecimiento de salud, para continuar con la ejecución de la auditoría Externa Zonal respectiva.
- El responsable de epidemiología zonal o quien cumpla sus funciones, notifica la ocurrencia de un caso de muerte materna, a través de correo institucional a la Dirección Zonal de Provisión y Calidad o a quien cumpla sus funciones.
- La Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica reporta semanalmente a la DNCSS los casos de muerte materna que cumplan con los criterios de inclusión para auditoría: muertes maternas directas, de notificación pasiva, y que hayan ocurrido hasta los 42 días posterior al evento del parto.
- El epidemiólogo zonal o quien cumpla sus funciones, entrega la copia de la historia clínica ordenada, debidamente foliada y sumillada al responsable o analista de calidad de la unidad desconcentrada zonal

Una vez notificado el caso de muerte materna, la DNCSS revisa si cumple con los criterios de inclusión para en los casos que se realiza una auditoría de la calidad de la atención (caso de notificación sistemática, y producida hasta los 42 días posteriores al parto), los responsables de calidad, epidemiología y promoción de la salud de las unidades desconcentradas zonales o quienes cumplan sus funciones, proceden a realizar la Auditoría Externa Zonal.

Los casos que no cumplen con los criterios de inclusión (muertes maternas tardías, y muertes maternas confirmadas y encontradas en búsqueda activa), se realiza la investigación epidemiológica por el epidemiólogo del distrito o quien cumpla sus funciones y/o del establecimiento de salud. La solicitud de investigación epidemiológica de estos casos es comunicada por el Director de Vigilancia de Salud (o quien cumpla con sus funciones) de la unidad desconcentrada zonal. El informe de investigación epidemiológica será enviado a la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, o a quien cumpla sus funciones.

- **Notificación en el formulario y aplicativo**

La notificación del caso de muerte materna se consolida con el llenado del formulario de notificación (anexo 1) y el ingreso de la información al aplicativo informático, hasta las 24 horas siguientes luego de conocido el caso; sí la muerte materna ocurre en fin de semana o feriado se ingresa la información al aplicativo el primer día laborable siguiente.

- Cuando la muerte ocurre en un establecimiento de salud del primer nivel de atención y hospitales básicos, el responsable del establecimiento de salud de la Red Pública Integral de Salud y de Red Privada Complementaria llena el formulario de notificación de la muerte materna y envía al epidemiólogo del distrito (o a quien cumpla sus funciones) correspondiente, en forma física o digital (escaneado) para su registro en el sistema informático de muerte materna (anexo 1).
- Cuando la muerte ocurre en la comunidad, el responsable de la notificación (la familia, líder comunitario, promotor de salud o cualquier persona integrante de la comunidad) comunica al establecimiento de salud más cercano, y éste a su vez reporta al epidemiólogo distrital (o a quien cumpla con sus funciones) , en forma física o digital (escaneado) para su registro en el sistema informático de muerte materna (anexo 1).

- Los responsables de epidemiología de las unidades desconcentradas distritales (o quienes cumplan con sus funciones) realizan el ingreso al aplicativo informático de vigilancia de muerte materna - SNMM de todos los casos de muerte materna notificados por el Primer Nivel de Atención, incluyendo hospitales básicos del Ministerio de Salud Pública, además los casos notificados por los establecimientos de salud del resto de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria de su jurisdicción.
- Los responsables de epidemiología de los hospitales generales y de especialidades del Ministerio de Salud Pública realizan el llenado del formulario de notificación epidemiológica (anexo 1) y el ingreso al aplicativo informático de vigilancia de muerte materna – SNMM.
- Con la información proporcionada, la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica elabora semanalmente la Gaceta Epidemiológica de casos de muerte materna que se envía a las autoridades correspondientes de acuerdo a sus competencias. Además, se elabora el reporte de casos de muerte materna que contiene información nominal y se envía a la Dirección Nacional de Calidad de Servicios de Salud (DNCSS) de manera confidencial, para el inicio del proceso de auditoría de calidad de la atención en salud según la metodología establecida. Con la información generada en territorio se obtienen indicadores de proceso y de resultado que permiten la toma de decisiones en todos los niveles administrativos (anexo 2).

- **Notificación negativa obligatoria semanal**

La notificación negativa obligatoria semanal forma parte de los mecanismos de notificación y se aplica cuando durante la semana epidemiológica no han existido casos de muerte materna en ningún establecimiento de salud del Sistema Nacional de Salud, y que para fines prácticos del sistema de vigilancia se reporta semanalmente por parte de los distritos a la unidad desconcentrada zonal vía correo electrónico institucional hasta el día martes de cada semana.(4)

b) Instrumentos – formularios para la notificación

El instrumento de la notificación de la mortalidad materna es el formulario de notificación y cierre de caso de muerte materna (anexo 1).

7.1.1.2 Búsqueda activa de casos sospechosos de muertes maternas

La búsqueda activa de casos sospechosos de muertes maternas es el proceso mediante el cual se coteja los casos de muerte materna notificados entre el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) con la colaboración de la Dirección General del Registro Civil - Identificación y Cedulación.

El objetivo es disminuir el subregistro de reporte de casos de muerte materna y así contar con datos reales de la mortalidad materna determinando la magnitud, distribución geográfica y causalidad de las muertes maternas a través de un proceso coordinado y sistemático entre el MSP, INEC y Dirección General del Registro Civil - Identificación y Cedulación, para obtener un mismo dato oficial sobre el número de muertes maternas al finalizar el año.

Para realizar la búsqueda activa de casos de muertes maternas se lleva a cabo actividades relacionadas con los procesos de recolección, análisis, estandarización, validación y presentación de resultados, utilizando los siguientes instrumentos de recolección para la investigación según la institución:

INEC:

- Base de datos de nacidos vivos.
- Base de datos de las defunciones fetales.
- Base de datos de registros de egresos hospitalarios.
- Base de datos de la Dirección Nacional de Delitos contra la vida.

Dirección General del Registro Civil - Identificación y Cedulación (DGRCIC):

- Base de datos de cedulados y no cedulados.

Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica (DNVE) del MSP:

- Base de datos de notificación en el sistema informático de la DNVE.

La DNVE realiza dos búsquedas activas anuales: una de enero a junio y la otra de julio a diciembre, con las bases de datos del INEC, con datos de mujeres en edad fértil de 10 a 50 años; utiliza para ello los respectivos certificados de defunción y la lista de las 55 causas básicas (Anexo 4) que pueden estar ocultando una muerte materna.

La DNVE envía estos certificados a cada una de la Unidad desconcentrada zonal por provincia de fallecimiento para realizar la respectiva investigación epidemiológica, ya sea en un establecimiento de salud o en el domicilio, utilizando el formulario de búsqueda activa (anexo 3).

La investigación de los casos sospechosos de la búsqueda activa es responsabilidad únicamente de los epidemiólogos de cada uno de los distritos y hospitales, quienes llenan de manera individual en el formulario de búsqueda activa (anexo 3), y envían su investigación a los epidemiólogos de las Unidades desconcentradas zonales, para ser remitidos al nivel central.

Es importante que en la entrevista que realiza el epidemiólogo, profundice los siguientes hallazgos:

- Si la paciente fue realizada una salpingectomía y la fecha de realización de esta.
- Si la paciente estaba en período menopaúsico (tiempo en años, meses).
- La edad del último niño vivo o muerto al momento de fallecimiento.
- Las causas probables que los familiares asumen como causa de muerte (si la muerte fue en domicilio).
- Los diagnósticos probables de la muerte en la historia clínica única (si la muerte fue en un hospital).
- La fecha del último parto, cesárea, aborto, embarazo ectópico o molar para poder identificar el período en que ocurre la muerte, independientemente si la muerte es directa o indirecta.
- Si la paciente no tuvo hijos, o nunca se embarazó.

7.2 Fase 2: Realización de la auditoría interna inmediata de la calidad de la atención de salud

Todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud donde se produjo la muerte materna deben realizar la auditoría interna inmediata de la calidad de la atención en salud otorgada a la paciente, en el plazo máximo de 72 horas (elaboración, entrega a la de la Unidad desconcentrada zonal, para revisión y posterior entrega a la DNVE y a la Gerencia Institucional de Estrategias y Articulación de Salud Maternal y Neonatal (o a quien cumpla

con sus funciones), contados a partir del fallecimiento de la paciente. Para el inicio inmediato de la auditoría no requiere notificación previa por parte de ninguna autoridad Zonal o Nacional.

Los establecimientos donde se produce la muerte materna deberán notificar a los establecimientos de salud de donde fue referida/derivada la paciente para que estos establecimientos realicen también una auditoría interna inmediata de la calidad de los servicios otorgados a la paciente.

La Unidad desconcentrada zonal solicita obligatoriamente los informes de auditoría interna de los casos de muerte materna de todos los establecimientos donde se produzca una muerte, y procede a revisarlos. El responsable de la revisión de los informes de auditoría interna inmediata es el Director Zonal de Provisión y Calidad o a quien cumpla con sus funciones. Una vez revisado el informe se remite por correo institucional a la DNVE y a la Gerencia Institucional de Estrategias y Articulación de Salud Maternal y Neonatal o a quien cumpla con sus funciones, dentro de las 72 horas contadas a partir del fallecimiento de la paciente.

Para la elaboración del informe de auditoría interna inmediata, entrega a la Unidad desconcentrada zonal respectiva desde el establecimiento de salud y revisión por parte del Director Zonal de Provisión y Calidad o quien cumpla con sus funciones, el plazo es de 72 horas contadas a partir del fallecimiento de la paciente.

7.2.1. Generalidades

- El técnico de estadística del establecimiento de salud con la historia clínica ordenada, foliada y escaneada, entrega una fotocopia de la misma al responsable de realizar la auditoría interna inmediata.
- El Informe de auditoría interna inmediata en el primer nivel de atención es realizado por la Gestión Interna de Provisión y Calidad distrital (o quien cumpla sus funciones).
- El Informe de auditoría interna inmediata en los hospitales: básicos, generales, de especialidad y especializados, es realizado por la Unidad de Calidad del mismo establecimiento de salud.
- El personal de salud que realiza el informe de auditoría interna inmediata no debe tener conflicto de interés en el caso y previamente a la ejecución de la auditoría debe firmar la declaración de no tener conflicto de interés en el caso a auditarse. (Anexo 7)
- La auditoría interna inmediata se realiza siguiendo la metodología del Protocolo de Londres. El informe de auditoría interna se elabora en el formato que cada establecimiento o Unidad desconcentrada distrital diseñe para el efecto, en el que necesariamente debe constar lo siguiente:
    - Datos generales de la paciente
    - Datos del establecimiento de donde fue referida de ser el caso, con un pequeño resumen del estado de la paciente al ingreso.
    - Resumen cronológico de las atenciones otorgadas a la paciente en el establecimiento de salud donde se realiza la auditoría desde su ingreso hasta la referencia/derivación o hasta el fallecimiento.
    - Hallazgos
    - Acciones inseguras, factores contributivos y recomendaciones
- Los Informes de auditoría interna inmediata, son aprobados por la máxima autoridad distrital o la autoridad del establecimiento de salud según corresponda y se envían obligatoriamente a través de correo electrónico institucional, a la Unidad desconcentrada zonal correspondiente.
- Los hospitales básicos, generales, de especialidad y especializados, presentan los Informes de auditoría interna inmediata, al Comité Hospitalario de Gestión de la

Calidad de la Atención en Salud, instancia que actúa de acuerdo con las funciones establecidas.

- En los establecimientos de salud del primer nivel de atención, el monitoreo de la ejecución de las recomendaciones es realizado por el responsable de la Gestión de Provisión y Calidad distrital o a quien cumpla sus funciones.
- En los establecimientos de salud de los subsistemas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Policía Nacional y Gobiernos Autónomos Descentralizados y de la Red Privada Complementaria, el Informe de auditoría interna, debe ser elaborado por la instancia pertinente de cada establecimiento de salud, y es de su responsabilidad el monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones.
- La Unidad desconcentrada zonal correspondiente y la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud podrán solicitar las auditorías internas de casos de muerte materna a los establecimientos en cualquier momento que lo consideren pertinente. De no haberse realizado las auditorías internas se solicita informe de descargo previo a envío a la Dirección de talento humano para medidas correspondientes por incumplimiento.
- La Unidad desconcentrada zonal correspondiente revisa el informe de auditoría interna inmediata y remite en un plazo no mayor a 72 horas contados desde el fallecimiento la paciente a la Gerencia Institucional de Estrategias y Articulación de Salud Maternal y Neonatal o a quien cumpla con sus funciones y a la DNVE.

7.2.2. Proceso para la elaboración, socialización y entrega del Informe de auditoría interna inmediata

1. Organizar la información del caso, analizar y elaborar el Informe de auditoría interna inmediata en el formato establecido.
2. Convocar a plenaria a autoridades y colaboradores del establecimiento de salud, para socializar el informe de auditoría interna y revisar las correcciones inmediatas para evitar que se produzcan las mismas fallas en la atención.
3. Validar las correcciones inmediatas planeadas en el informe de auditoría interna y levantar acta respectiva.
4. Revisar y firmar informe de auditoría interna inmediata por la autoridad respectiva del establecimiento de salud.
5. Solicitar ejecución de las correcciones inmediatas en el establecimiento de salud por la autoridad competente.
6. Enviar el informe de auditoría interna inmediata a la Unidad desconcentrada zonal respectiva.

7.3. Fase 3: Realización de la Auditoría Externa Zonal de la calidad de la atención de salud

De los casos notificados por la DNVE se auditan los que cumplan con los criterios detallados a continuación:

- Casos de notificación sistemática
- Muertes maternas hasta los 42 días post parto

Las DNVE notifica semanalmente los casos de muerte materna que cumplan con los criterios antes señalados a la DNCSS y a su vez esta Dirección solicita por Sistema de gestión Documental a la Unidad desconcentrada zonal correspondiente el inicio inmediato de la Auditoría.

Una vez que la DNCSS notifica el caso a la Unidad desconcentrada zonal, el responsable

de Gestión de Calidad de Servicios de Salud Zonal o quien cumpla con sus funciones, activa al equipo de auditoría externa zonal, integrada por:

- Analista/s de la Gestión de Calidad de Servicios de Salud Zonal, o quien/es cumpla con sus funciones, presiden el equipo.
- Analista de la Gestión de Vigilancia de la Salud (epidemiólogo zonal). O quien cumpla con sus funciones-
- Analista/s de la Gestión de Derechos Humanos, Equidad, Interculturalidad y Participación Social en Salud, de la Unidad desconcentrada zonal. o quien/es cumpla con sus funciones

En las situaciones que se requiera pueden ser convocados médicos especialistas para la correspondiente asesoría técnica.

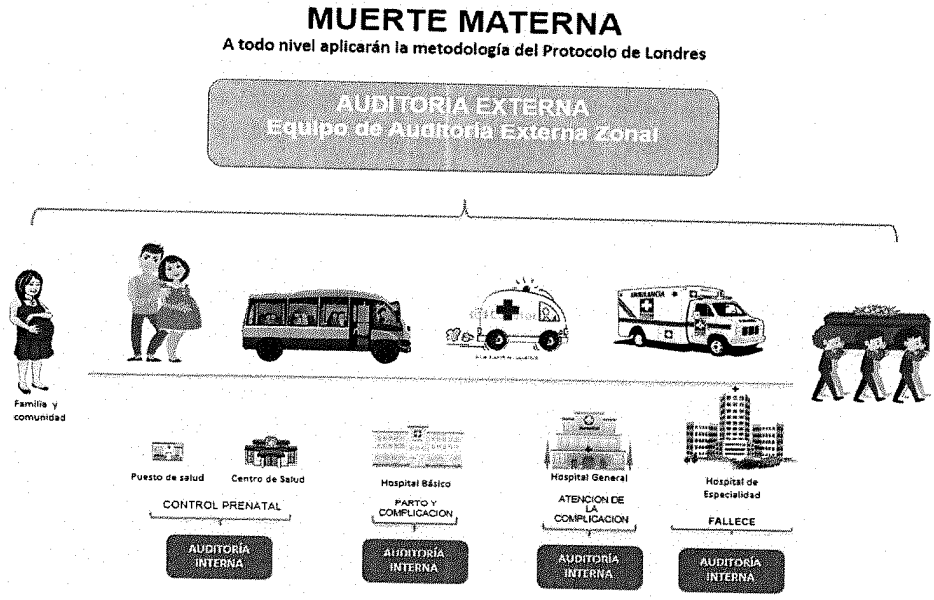
Los miembros del equipo que realizan la auditoría firman la declaración de no tener conflicto de interés (anexo 7)

En caso de que los establecimientos de salud señalen inconformidad con los resultados de la auditoría externa realizada por las Unidades desconcentradas zonales pueden solicitar la realización de una nueva auditoría externa a la DNCSS mediante un informe motivado de solicitud. De considerar pertinente, la DNCSS realiza la auditoría cuyos resultados son inapelables y las recomendaciones de cumplimiento obligatorio.

7.3.1. Generalidades

- Se realiza la auditoría externa del último período gestacional en todos los establecimientos de salud involucrados en la atención de la paciente como se señala en el gráfico 1.

Gráfico 1: Esquema del proceso que sigue el equipo de auditoría externa zonal para evaluar la calidad de la atención en salud en los diferentes niveles de atención.



Fuente: Elaboración propia DNCSS

- El informe de auditoría externa zonal se elabora en el formato respectivo (anexo 5), aplicando la metodología del Protocolo de Londres, en un término de 15 días laborables contados a partir de que el caso es notificado para ser auditado. El volumen de casos a auditar por la Unidad desconcentrada zonal no excederá de 24 casos al año, si hubiese más casos estos únicamente serán investigados por epidemiología. Sin embargo, en caso de que la autoridad solicite la realización de una auditoría a pesar de que la Unidad desconcentrada zonal haya llegado a los 24 casos auditados debe realizar la auditoría.
- La elaboración de la auditoría externa zonal está a cargo del equipo de auditoría externa zonal, la revisión a cargo del Director de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud Zonal o quien cumpla con sus funciones y del Director Zonal de Vigilancia Epidemiológica o quien cumpla con sus funciones, finalmente la aprobación es responsabilidad de la autoridad máxima de la Unidad desconcentrada zonal.
- Cuando existan casos de muerte materna en los cuales estén involucradas dos o más Unidades desconcentradas zonales, en cada Unidad desconcentrada zonal se activa el equipo de auditoría externa zonal, se remite los respectivos Informes de auditoría externa zonal al Responsable de Gestión de Calidad de Servicios de Salud de la Unidad desconcentrada zonal o quien cumpla con sus funciones, donde ocurrió el fallecimiento de la paciente, para la consolidación de la información en un único Informe de auditoría externa zonal que se entrega a la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.
- La entrega de los informes para consolidación a la Unidad desconcentrada zonal donde ocurrió el fallecimiento se exceptúa en aquellos casos que permanecieron menos de 24 horas en la zona donde se produjo su fallecimiento; en estos casos, los respectivos Informes de auditoría externa zonal se entregarán al Responsable de Gestión de Calidad de Servicios de Salud zonal de donde fue referida o derivada la paciente o a quien cumpla con sus funciones, para que sea esa Unidad desconcentrada zonal quien consolide la información.
- En las Unidades desconcentradas zonales, que presenten un número de casos de muerte materna que exceda la capacidad resolutiva del equipo de auditoría para la elaboración del Informe de auditoría externa en los tiempos establecidos, el Director de Provisión y Calidad Zonal o quien cumpla con sus funciones, dispone la activación del/os equipo/s de reserva de la Unidad desconcentrada zonal capacitado/s.
- El/os equipo/s adicional/es activado/s para la elaboración del Informe de auditoría externa, deben tener conocimiento de la metodología e instrumentos a aplicar; estos equipos son monitoreado/s por el equipo zonal principal, y están conformados por profesionales de la Unidades desconcentradas distritales o de los hospitales del Ministerio de Salud Pública que no hayan participado en la atención de la paciente.
- Cada Informe de auditoría externa zonal, es suscrito por los profesionales que participaron en la elaboración, revisión y aprobación.
- En los casos de muerte materna en los que estuvieron involucrados establecimientos de salud de otros subsistemas de salud: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Gobiernos Autónomos Descentralizados y establecimientos de salud de la Red Privada Complementaria, la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria, remite el Informe de auditoría externa zonal a las Autoridades de esos subsistemas.
- Si mediante el Informe de auditoría externa zonal se observan presuntas infracciones al marco jurídico vigente, la Unidad desconcentrada zonal remite dicho informe a las instancias correspondientes para continuar el trámite pertinente con copia a la DNCSS.

- Los Informes de auditoría externa zonal son sistematizados por la Dirección Nacional de Calidad de Servicios de Salud, con la finalidad de elaborar informes semestrales de resultados de las auditorías externas de los casos de muerte materna, que contribuyan a la toma de decisiones por las autoridades para implementar políticas y estrategias encaminadas a la disminución de muerte materna.

7.3.2. Funciones del equipo de auditoría externa zonal

El equipo de auditoría externa zonal debe estar conformado por un grupo de profesionales encargados de realizar la auditoría. Los integrantes del equipo no deben haber participado en la atención y gestión de la paciente del caso de muerte materna y deben firmar una declaración de no tener conflicto de interés. De acuerdo con la conformación del equipo detallada en párrafos precedentes, a continuación, se describen las funciones de cada integrante:

a) Responsable y/o analista zonal de calidad o quien cumpla con sus funciones

- Liderar el equipo de auditoría externa zonal.
- Solicitar la realización de la auditoría interna inmediata a la Unidades desconcentradas distritales y establecimientos de salud involucrados en la atención del caso de muerte materna.
- Convocar a reuniones a los integrantes del equipo de auditoría externa zonal para participar en la auditoría de calidad de la atención de salud, las veces que sean necesarias.
- Coordinar la recopilación de la información y el proceso de auditoría de calidad de la atención de salud con los actores, instancias y establecimientos de salud involucrados.
- Planificar, organizar y ejecutar las entrevistas a los profesionales de la salud y las visitas técnicas a los establecimientos de salud.
- Participar en las entrevistas a los familiares, y otras personas de la comunidad, aplicando los instrumentos correspondientes.
- Coordinar, facilitar y dirigir la plenaria para socializar el Informe de auditoría externa zonal con el objeto de elaborar el plan de acción.
- Revisar el plan de acción, mismo que debe estar técnicamente bien elaborado por el establecimiento de salud y entregar a la DNCSS.
- Coordinar el monitoreo del plan de acción.
- Remitir el informe de seguimiento a la implementación de los planes de acción a la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.
- Elaborar actas de las reuniones para constancia de las actividades realizadas.

b) Epidemiólogos zonales o quienes cumplan con sus funciones

- Presentar el Formulario de Notificación Epidemiológica, mismo que sirve como insumo para la auditoría de calidad de la atención en salud.
- Custodiar la copia de la historia clínica entregada por el establecimiento de salud.
- Participar activamente para el levantamiento de la información de la auditoría externa de calidad de la atención en salud.
- Realizar el análisis epidemiológico del caso de muerte materna.
- Participar activamente en la elaboración del Informe de auditoría externa zonal del caso de muerte materna.
- Participar activamente en la plenaria y proveer insumos para la elaboración del

plan de acción.

- Realizar el cierre de caso de muerte materna en el sistema informático SNMM, del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, adjuntando los documentos de respaldo.
- Elaborar y entregar los informes epidemiológicos de los casos de muerte que no cumplen con los criterios de inclusión para la auditoría externa.

c) Analistas de Promoción de la Salud responsable de derechos humanos o quien cumpla con sus funciones.

- Participar activamente en el proceso de auditoría externa de la calidad de atención en salud y en las reuniones de trabajo necesarias.
- Planificar, y dirigir las entrevistas a los familiares y a las otras personas de la comunidad, aplicando la "Guía temática para investigación cualitativa de casos de muerte materna" de acuerdo con su correspondiente instructivo, a la organización y planificación de estas (anexo 8).
- Facilitar el acceso del equipo de auditoría externa zonal hacia la familia y comunidad, tomando en cuenta las barreras socioculturales que pueden existir como lenguaje, costumbres, creencias, etc.
- Determinar que preguntas del formato de "Consentimiento informado" se aplican a los informantes que participen en las entrevistas de la familia. (anexo 9).
- Participar activamente en la elaboración del Informe de auditoría externa zonal del caso de muerte materna.
- Participar activamente en la plenaria y proveer insumos para la elaboración del plan de acción.

d) Médico/s especialista/s

- Participar activamente en las reuniones de trabajo.
- Participar activamente en la plenaria en caso de requerir su presencia.

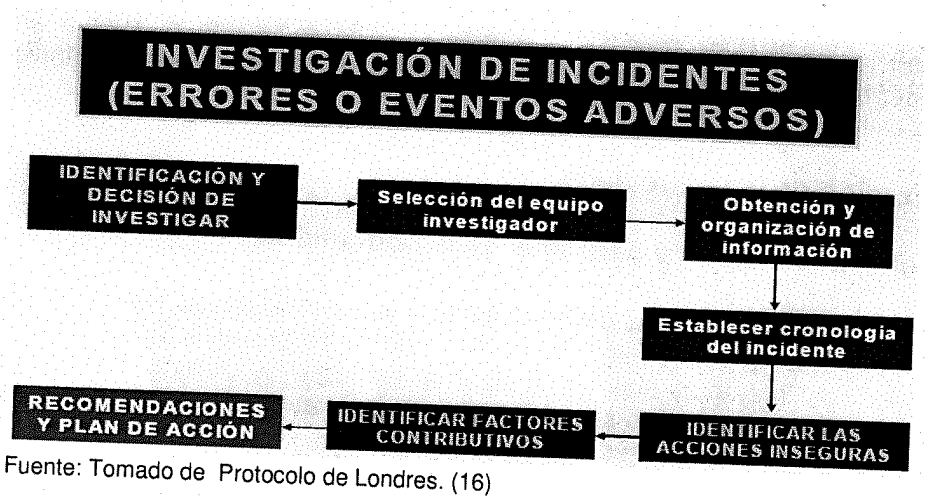
7.3.3. Procedimiento para la realizar el Informe de auditoría externa zonal

Para la ejecución del procedimiento, se aplica la metodología del protocolo de Londres. Esta metodología integra la realización de entrevistas a familiares, personal sanitario y visitas técnicas a los establecimientos de salud, contribuyendo a revelar una serie de acontecimientos que condujeron al resultado del evento adverso, abarcando en gran medida lo sucedido; siguiendo la ruta de atención de salud que realiza la paciente durante su embarazo, que incluye el primer contacto con los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, así como la atención por la medicina ancestral hasta su deceso.(13)

Finalizada la investigación, el equipo elabora un Informe de auditoría externa zonal de muerte materna, en el formulario establecido (anexo 5).

Los pasos señalados se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico 2. Metodología del Protocolo de Londres



Fuente: Tomado de Protocolo de Londres. (16)

7.3.3.1. Procedimiento para la aplicación de la metodología del Protocolo de Londres

a) Obtener y organizar la información

- **Recolección de documentación**

  - Escaneo de la historia clínica original, en la mejor calidad posible, enviado vía correo electrónico institucional o nube de almacenamiento.
  - Copia clara de la historia clínica única certificada, sumillada y foliada, misma, en formato físico de cada uno de los establecimientos donde fue atendida la paciente.
  - Ficha de notificación epidemiológica.
  - Certificado de defunción.
  - Informe de la autopsia médico legal.
  - informes de auditoría interna inmediata realizados por los establecimientos de salud involucrados.
  - Registros administrativos, por ejemplo: listas de turnos del personal, registros de llamadas al SIS ECU 911, registros de la referencia y derivación, etc.

- **Entrevistas**

  - Entrevistas al personal de salud involucrado en la atención de la paciente.
  - Entrevistas a familiares, personas de la comunidad.

- **Visitas**

  - Visita técnica a los establecimientos de salud involucrados en la atención de la paciente.

b) Organización de la información y elaboración del resumen del caso

- Organizar la información documental

- Verificar la presencia de las copias de las historias clínicas.
- Realizar un análisis a profundidad de la documentación, y a la vez elaborar el resumen de la cronología del evento. La cronología del evento hace referencia al resumen de la secuencia ordenada por fechas de las atenciones de salud recibidas por la paciente (la información contenida en el resumen debe tener características de relevancia, pertinencia y veracidad, guardar coherencia con el evento en análisis, ser resumida de manera lógica, no ser copia textual de la historia clínica única, no utilizar ningún tipo de siglas).

c) Realización de las entrevistas

- **Entrevistas a familiares y personas de la comunidad**

Las entrevistas a familiares y personas de la comunidad son claves para la identificación de los factores familiares, y determinantes sociales que pudieron influir en la muerte materna, los cuales difícilmente se obtienen a partir de los registros clínicos. Asimismo, se indaga en el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma que incidieron en la oportunidad de procurar la atención médica.

Las entrevistas deben responder al enfoque de derechos humanos, con el fin de fundamentar recomendaciones en el ámbito de Promoción de la Salud.

Previo a efectuar las entrevistas, se debe:

- Diseñar las entrevistas a ser aplicadas a los familiares y personas de la comunidad; para lo cual, se utilizan los hallazgos, incongruencias y vacíos de información identificados en el análisis de la documentación (papel de trabajo).
- Revisar y aplicar la "Guía temática para investigación cualitativa de casos de muerte materna". No es necesario aplicar la guía en mención en su totalidad, puesto que esta guía al ser un compendio de preguntas lo que permite es facilitar el proceso de entrevistas
- Establecer un listado de las posibles preguntas a realizar y registrar en los papeles de trabajo preestablecidos.
- Aplicar las entrevistas a varios informantes si fuera necesario. Por ejemplo: partera para el ítem de interculturalidad, hermana para el de relaciones de género, etc.
- Coordinar fecha y hora de la entrevista con los familiares y la comunidad.

- **Ejecución de las entrevistas a familiares y personas de la comunidad**

Las entrevistas son lideradas por el analista de Promoción de la Salud responsable de Derechos Humanos Zonal o quien cumpla con sus funciones y participan todos los integrantes del equipo de auditoría externa zonal.

Las entrevistas se desarrollan en el marco de un diálogo o conversación espontánea. Para grabar la entrevista, se solicita permiso a los entrevistados.

Las entrevistas a los familiares y personas de la comunidad se realizan por única vez.

El entrevistado puede estar acompañado por quien desee, y puede realizar las preguntas sobre el proceso de revisión que se está desarrollando en torno a la muerte de su familiar/conocida.

Se realiza una síntesis de la entrevista con lo relevante y pertinente para el análisis.

- **Entrevistas al personal de salud involucrado en la atención de la paciente**

Esta actividad se realiza con la finalidad de conocer percepciones, puntos de vista, aclaraciones, mediante las narraciones e interrogantes planteadas por el equipo de auditoría externa.

Las entrevistas deben servir además para que el profesional involucrado en la atención de la paciente realice un análisis que le permita reconocer y/o reflexionar sobre las fallas de acción o de omisión, que se produjeron en el proceso de atención.

Previo a efectuar las entrevistas, el equipo auditor realiza revisiones bibliográficas pertinentes de acuerdo con el caso.

- Realizar el diseño de la entrevista con los hallazgos, incongruencias y vacíos de información identificados en el análisis de la documentación.
- Establecer los listados de las posibles preguntas para la identificación de los factores contributivos. Estos listados se modifican en función de las respuestas dadas por los entrevistados.
- Identificar al personal de salud y administrativo (en caso necesario) a quienes se realizan las entrevistas, que deben ser las personas que directa o indirectamente estuvieron involucradas en la atención de la paciente.
- Organizar y planificar las entrevistas, coordinando con las autoridades de los establecimientos de salud fecha y hora.

- **Ejecución de las entrevistas al personal de salud**

La aplicación de las entrevistas debe ser liderada por el responsable o analista de Gestión de Calidad de los Servicios de Salud Zonal o quien cumpla con sus funciones y debe participar el resto del equipo.

Es importante tener en cuenta que la entrevista debe ejecutarse en un ambiente de reserva y de forma individual con cada uno de los profesionales y que las declaraciones deben desarrollarse en el marco de un diálogo o conversación espontánea, en base a las preguntas definidas previamente, evitando la confrontación y los juicios de valor. La entrevista debe durar 30 minutos por persona entrevistada.

En el caso de que se vaya a grabar la entrevista se debe comunicar a los entrevistados de esta actividad.

Las actividades para cumplir se detallan a continuación:

- Contactar con la máxima autoridad del establecimiento de salud y explicar técnicamente que la finalidad de la auditoría contribuye al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud del establecimiento.
- Realizar la entrevista aplicando las preguntas previamente definidas.
- Invitar al entrevistado a realizar las preguntas que considere necesarias, e identificar las fallas que se presentaron en la atención de la paciente, sin que este análisis signifique establecer culpables.
- Identificar el grado de adherencia del profesional a las Guías de práctica clínica, o el nivel de conocimiento de estas.
- Guiar la entrevista incentivando al entrevistado a identificar las condiciones en las

que se desarrollaron las acciones inseguras y solicitar que sugiera recomendaciones respecto a los factores contributivos por él identificados.

- Realizar una síntesis de la entrevista con lo relevante y pertinente en los papeles de trabajo (anexo 6) para comunicar los resultados de la misma a las autoridades del establecimiento de salud.

d) Visitas técnicas a los establecimientos de salud

El equipo de auditoría externa realiza una visita a cada uno de los establecimientos de salud donde fue atendida la paciente para verificar ciertos puntos claves que se determinaron en el análisis de la historia clínica única y en las entrevistas. La visita debe ser liderada por el analista de Calidad Zonal, o quien cumpla con sus funciones.

- Realizar una reunión de trabajo con el fin de analizar los hallazgos y vacíos de información identificados en la revisión de la documentación, las entrevistas a los familiares, personas de la comunidad y personal de salud.
- Establecer los listados de los servicios a visitar, las preguntas a realizar, (se puede de contar con listados adicionales como, por ejemplo: kits de claves obstétricas). Los listados se deben registrar en los papeles de trabajo.
- Planificar con las máximas autoridades de cada establecimiento de salud la fecha y hora para realizar la visita.

Para ilustrar la importancia de las visitas técnicas, se menciona a continuación un ejemplo:

Se evidenció en la historia clínica única, que no se realizó el examen de proteinuria, por lo tanto, la pregunta planteada en la entrevista al personal de salud fue ¿Por qué no se realizó una prueba de proteinuria?, y la respuesta fue: "no hubo tirillas de proteinuria (tiras reactivas)".

Ante lo cual se acude al establecimiento de salud para verificar la existencia o no de tirillas en el momento de la atención de la paciente y todo aquello relacionado con el abastecimiento y disponibilidad permanente de tirillas: inventarios de bodega y farmacia, identificación de rupturas de stock y de procesos de compra en marcha, entre otros elementos, para comprender de forma integral por qué ocurre el desabastecimiento de tirillas de proteinuria.

- **Ejecución de las visitas técnicas**

Es importante tener en cuenta que las visitas técnicas deben desarrollarse en un marco de respeto, evitando la confrontación y los juicios de valor. Además, las mismas deben ajustarse a los diseños previamente elaborados.

- Realizar la visita técnica en cada servicio he instancia administrativa planificada.
- Efectuar la visita observando detalladamente el proceso de atención sanitaria, en base al diseño previamente preparado, tomar notas, realizar fotografías de los documentos o de los espacios físicos según requerimientos.

e) Identificación de hallazgos

Para la consolidación de los hallazgos, se procede de la siguiente manera:

- Convocar a una reunión de trabajo para consolidar los hallazgos, acciones inseguras, factores contributivos, recomendaciones para la elaboración del

informe.

- Revisar a profundidad el resumen cronológico del caso, la información recolectada en las entrevistas a familiares, personas de la comunidad, personal de salud, y en las visitas técnicas a los establecimientos de salud involucrados.
- Consolidar los hallazgos en el ítem correspondiente del informe de auditoría externa zonal.
- Redactar los hallazgos de forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes:

Situación: Se describe la condición encontrada en el momento de la auditoría (lo que es).
Criterio: representa la norma, el estándar, o la unidad de medida con que se compara la condición ("deber ser").(13)
Causa: razón, circunstancias, motivos por los que ocurrió la condición.

El hallazgo debe ser relevante, verificable, estar basado en hechos y evidencias precisas que estén registrados y detallados en los papeles de trabajo, y debe ser redactado como afirmación inequívoca, libre de ambigüedades y de connotaciones emocionales o subjetivas. Además debe incluirse en lo posible la causa de la presentación del hallazgo, la cual debe estar sustentada con evidencia.(13)

Ejemplo:

"Captación de la mujer embarazada a las 30 semanas de gestación". La guía de práctica clínica de control prenatal señala que se debe captar tempranamente a la mujer embarazada, durante el primer trimestre del embarazo (GPC de Control Prenatal, página 12). Talento humano insuficiente por lo que no se realizan visitas domiciliarias.

Los hallazgos registrados en los papeles de trabajo se consolidan en orden cronológico y por establecimiento de salud en el informe de auditoría externa zonal.

f) Identificar las acciones inseguras

Se identifican las acciones inseguras que se produjeron durante el proceso de atención brindada a la paciente, y se procede como se detalla a continuación:

Determinar las acciones inseguras por cada establecimiento de salud; es posible que en algún establecimiento no se hayan producido acciones inseguras.

Redactar las acciones inseguras como afirmaciones inequívocas, libres de ambigüedades y de forma precisa.

A propósito del ejemplo anterior de hallazgo, la acción insegura es:

"No hubo captación temprana de la mujer embarazada por el establecimiento de salud del primer nivel de atención".

Se considera una acción insegura, debido a que se relaciona con una falla de omisión, ya que el "deber ser" señala que toda mujer embarazada debería tener su primer control prenatal antes de las 12 semanas de gestación, y el no captar a la usuaria para una evaluación oportuna e integral, pudiera provocar la no identificación temprana de factores de riesgo: ganancia inadecuada de peso, retardo del crecimiento fetal, infecciones no

tratadas, hipertensión arterial, enfermedades pre-existentes que se agravaron con el embarazo, etc.

Considerar en el informe las acciones inseguras que estén directamente relacionadas con la muerte de la paciente.

g) Identificar los factores contributivos

Determinadas las acciones inseguras, se identifican los factores contributivos de cada acción, ya que, cada una tiene su propio conjunto de condiciones que contribuyeron a la falla de acción u omisión.

Los factores contributivos se derivan de los hallazgos, y, continuando con el ejemplo anterior: La acción insegura es:

"No captación temprana de la mujer embarazada por el establecimiento de salud del primer nivel de atención".

El factor contributivo es la circunstancia por la que no realizó la captación, por ejemplo:

Número de equipos de atención integral de salud (EAIS) insuficientes en el primer nivel de atención, domicilio de la gestante de difícil acceso geográfico, desorganización en la planificación de las actividades extramurales, etc.

h) Elaborar recomendaciones

En la auditoría, tanto los hallazgos como las acciones inseguras y factores contributivos proveen una imagen de lo que sucedió en el caso de muerte materna, por lo que es necesario que en ese escenario se propongan recomendaciones, encaminadas a que no se presenten esas mismas fallas en una nueva atención gineco-obstétrica y así evitar muertes por las mismas causas.

El paso de conocer los problemas y plantear soluciones exige un gran esfuerzo y creatividad. Hacer recomendaciones es la base final del proceso de auditoría, por lo que se debe tomar el tiempo suficiente para su elaboración.

El propósito de hacer recomendaciones es lograr cambios positivos, y contribuir constructivamente a la solución del problema.(18)

Las recomendaciones deben ser integrales, alcanzables, tener correspondencia con la realidad, se debe identificar las instancias responsables de su ejecución y deben estar enfocadas a eliminar la causa que provocó el problema.

Para la elaboración de las recomendaciones, se utiliza el modelo *Double – SMART* que define criterios y permite hacer recomendaciones lo más efectivas y útiles posibles.

El modelo *Double – SMART,* evalúa 10 criterios interrelacionados y que se reafirman mutuamente:(18)

Specific	Específico
Measurable	Medible
Achievable	Alcanzable
Results-oriented	En función de resultados
Time-bound	Delimitada por el tiempo
+	+
Solution-suggestive	Enfocado a soluciones
Mindful of prioritisation, sequencing & risks	Orientado a prioridades, secuencias y riesgos
Argued	Fundamentada
Root-cause responsing	Sensible a las causas
Targeted	Dirigida

Específica: cada recomendación debe abordar únicamente un problema específico; y puede proponer una o más acciones específicas, pero cada una debe estar definida y separada mediante puntos o números. Esto facilita a las autoridades del establecimiento de salud entender e implementar la recomendación y ayuda también al monitoreo del cumplimiento de la recomendación. (18)

Medible: La recomendación debe estar diseñada de tal forma que tanto las autoridades como los órganos de monitoreo deben ser capaces de evaluar si se ha implementado y hasta qué punto.(18)

Alcanzable: toda recomendación debe procurar ser factible en términos operativos, enfatizando en lo que se debe hacer en función de lo razonable.(18)

En función de resultados: la descripción y el análisis del problema están incluidos en el cuerpo principal del informe (acciones inseguras y factores contributivos) por lo que no deben ser descritos en la recomendación. La recomendación debe diseñarse para producir un resultado concreto que mejore una determinada situación.(18)

Delimitada por el tiempo: en el diseño de la recomendación se debe incluir el tiempo en el que se sugiere debería ser implementada. La fecha se puede expresar en término de semanas o meses de implementación "inmediata". Otra posibilidad es emplear un marco de corto, mediano o largo plazo, pero debe quedar muy claro el significado de cada uno de los términos numéricos.(18)

Enfocada en soluciones: las recomendaciones deben ser concretas y concisas y además si fuera posible y necesario, deben incluir los detalles técnicos pertinentes para evitar una implementación equivocada.(18)

Orientada a prioridades, secuencias y riesgos: el equipo de auditoría debe priorizar la solución de problemas urgentes al diseñar las recomendaciones, además debe identificar si existen riesgos o problemas que se pueden presentar al implementar la recomendación a fin de tomarlos en consideración para futuras acciones.(18)

Fundamentada: las recomendaciones deben basarse en evidencia y análisis objetivo de alta calidad, recogido durante el proceso de auditoría. La recomendación debe estar fundamentada en el deber ser, contemplado en estándares internacionales, evidencia científica, así como la competencia profesional y las buenas prácticas de ejercicio profesional. Esta argumentación otorga credibilidad y ayuda al equipo de auditoría a defender su posición.(18)

Sensible a las causas: Las recomendaciones deben ir dirigidas a modificar los factores que contribuyeron a la muerte materna y no a las acciones inseguras o fallas en el proceso.(18)

Dirigida: los actores / instituciones con responsabilidad para implementar las recomendaciones legalmente y en la práctica deben ser identificadas correctamente en las recomendaciones.(18)

Si bien no todas las recomendaciones se pueden ajustar a todos los criterios, su elaboración debe estar apegada al mayor número de ellos, para hacerlas más efectivas.

Las recomendaciones procuran proponer formas concretas para modificar los factores que contribuyeron a la muerte materna y por tanto las capacitaciones no son actividades de primera elección.(18)

Ejemplo de diseño de recomendación:

Acción insegura: *captación de la mujer embarazada a las 30 semanas de gestación.*
Factor contributivo: *número de equipos de atención integral de salud (EAIS) insuficientes en el primer nivel de atención.*
Domicilio de la gestante de difícil acceso geográfico.
Desorganización en la planificación de las actividades extramurales, etc.
Recomendación:
En un plazo de 15 días contados a partir de que reciba el informe, el director del establecimiento de salud juntamente con el director distrital (o quien cumplas sus funciones) debe:

1. *Elaborar y poner en marcha un plan de redistribución del talento humano de la Unidad desconcentrada distrital, para asegurar las vistas domiciliarias.*
2. *Organizar el trabajo extramural conjunto con los TAPS a través de una planificación mensual de visitas domiciliarias.*
3. *Realizar una estrategia en conjunto con los líderes de la comunidad, para la captación temprana "puerta a puerta" de pacientes de difícil acceso geográfico.*

Acción insegura: *retraso en la decisión en aplicar el tratamiento definitivo para hemorragia post parto, control inadecuado de sangrado.*
Factor contributivo: *desconocimiento del médico tratante de la conducta a seguir en una paciente con hemorragia activa.*
Desorganización de los especialistas de turno del servicio de ginecología y emergencia para actuar en situaciones de emergencia obstétrica.
Desconocimiento de roles al activar una clave obstétrica.
Recomendación:
El Gerente del establecimiento de salud en un plazo de una semana debe:

1. *Ejecutar evaluaciones inmediatas del conocimiento a los ginecólogos del establecimiento en emergencias obstétricas y establecer correctivos luego de resultados.*

2. *Activar el comité de evitabilidad de muerte materna para presentación, análisis y búsqueda de soluciones en los casos de emergencia obstétrica.*
3. *Establecer flujos de priorización para atención de pacientes de emergencia por médicos tratantes de turno con apoyo de médicos de otras especialidades, o generales.*
4. *Organizar simulacros uno por mes de activación de claves obstétricas para profundizar en los roles que cada profesional debe cumplir.*

7.4 Fase 4: Elaboración del plan de acción para el mejoramiento continuo de la calidad y seguimiento y monitoreo a las recomendaciones

7.4.1 Elaboración del plan de acción

Con las recomendaciones del informe, cada establecimiento de salud debe elaborar un plan de acción (anexo 10) que permita que la recomendación se efectivice, el documento del plan de acción se remite a la Unidad desconcentrada zonal respectiva para su seguimiento.

Una vez que la máxima autoridad de la Unidad desconcentrada zonal apruebe el Informe de auditoría externa, el equipo de auditoría dispone de cinco días laborables para ejecutar una plenaria y obtener el plan de acción por cada establecimiento de salud que participó en el proceso de atención de salud del caso de muerte materna, es decir que disponen de máximo de 20 días laborables (15 días para la elaboración del informe y 5 días para la elaboración del plan de acción) contados a partir de la notificación del caso.

El informe y el plan de acción elaborado por los establecimientos de salud que participaron en el proceso de atención del caso de muerte materna, se envían oficialmente a través del Sistema de Gestión Documental (Quipux) a la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.

Ningún establecimiento de salud puede negarse a elaborar un plan de acción.

En los casos de muertes maternas, que involucren a establecimientos de salud de dos o más Unidades desconcentradas zonales, la reunión de la plenaria debe ser organizada en cada Unidad desconcentrada zonal.

7.4.2 Planificación y organización de la plenaria

Una vez aprobado el informe de auditoría externa zonal, se realiza la plenaria, la que es coordinada por el responsable o analista zonal de calidad, o quien cumpla con sus funciones, para lo que se debe cumplir con las siguientes actividades:

- Planificar la plenaria posterior a la aprobación del informe de auditoría externa, definiendo fecha, hora y lugar a llevarse a cabo.
- Socializar el Informe de auditoría externa, y definir el plan de acción a partir de las acciones inseguras, factores contributivos y recomendaciones.
- Designar un secretario de la plenaria, que debe ser el responsable de elaborar el acta de la reunión.
- Desarrollar la plenaria en un marco de respeto y de alto nivel participativo, evitando controversias.
- Solicitar la participación del médico especialista que asesoró en la auditoría en el

caso de que existan controversias técnicas.

- Conformar mesas de trabajo, según los establecimientos de salud involucrados, en las que participen los delegados de cada establecimiento de salud, un delegado de la Unidad desconcentrada distrital y un delegado de la Unidad desconcentrada zonal según corresponda. El delegado de la unidad desconcentrada distrital o zonal según corresponda actúa como facilitador.
- Presentar como actividad final de la plenaria, una exposición del plan de acción definido en cada mesa de trabajo.
- Revisar y consolidar los planes de acción de cada mesa de trabajo, de parte del Responsable Zonal de Calidad, o quien haga sus veces, de la Unidad desconcentrada zonal.
  Remitir los planes de acción consolidados por el caso de muerte materna de parte de la máxima autoridad de la Unidad desconcentrada zonal a la Dirección Nacional de la Calidad de los Servicios de Salud, en el instrumento correspondiente, con copia a las Direcciones Nacionales de Hospitales, Primer Nivel, Articulación de la Red y Complementaria y a la Gerencia Institucional de Estrategias y Articulación de Salud Maternal y Neonatal o a quien haga sus veces.

En esta reunión participa el equipo de auditoría externa zonal, las autoridades de los establecimientos de salud, Jefes de Servicio y personal de salud involucrados en la atención de la paciente del caso de muerte materna.

- **Monitoreo y seguimiento de las recomendaciones**

Las recomendaciones deben ser monitoreadas en los establecimientos de salud del primer nivel de atención por el responsable de la Gestión Interna de Provisión y Calidad en los Servicios de Salud del Distrito o quien cumpla con sus funciones.

La responsabilidad para el monitoreo de las recomendaciones en los hospitales básicos, generales, de especialidad y especializados es del Comité Hospitalario de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.

Los informes de monitoreo descritos en los párrafos precedentes deben ser remitidos a la Gestión de Calidad zonal o a quien cumpla con sus funciones, para su revisión y análisis respectivo.

La Gestión de Calidad zonal o quien cumpla con sus funciones, realiza el seguimiento para verificar el cumplimiento de las recomendaciones en los establecimientos de salud, mediante la herramienta formulada para el efecto (anexo 11).

Las recomendaciones deben ser cumplidas en su totalidad en el tiempo estipulado en la formulación de la recomendación; la Dirección Nacional Calidad de los Servicios de Salud, emite un reporte de incumplimiento a la Dirección Nacional de Talento Humano de aquellos establecimientos que no cumplan con la totalidad de las recomendaciones.

7.5 Fase 5: Cierre de la notificación de casos de muerte materna

Para proceder al cierre del caso de muerte materna, el epidemiólogo que notificó el caso en el Sistema Informático hace uso del informe de auditoría externa zonal de muerte materna aprobado, para lo cual debe:

1. Ingresar el informe final en un archivo PDF en el SNMM.
2. Verificar el ingreso completo de toda la información en el sistema.
3. Llenar el icono correspondiente a "Muerte materna" en el cual se desglosa tres opciones:

- Confirmada
- Descartada
- No investigada

4. "Finalizar el caso" en el SNMM.
5. Notificar al establecimiento de salud donde falleció la gestante, que la auditoría externa concluyó, por lo que se libera la inmovilización del expediente clínico.

Cabe mencionar que esta acción es de carácter obligatorio y debe ser ejecutada sin excepción para todos los casos notificados con la finalidad de que se constate el cierre y fin del proceso de notificación y a su vez, se proceda al respectivo análisis de la información egresada.

8. Abreviaturas

CIE – 10:	Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición.
DNCSS:	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
DGRCIC	Dirección General del Registro Civil - Identificación y Cedulación
DNVE:	Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
INEC:	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
MM:	Muerte materna.
MSP:	Ministerio de Salud Pública.
RMM:	Razón de mortalidad materna.
SIVE:	Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica.
SNMM:	Sistema Nacional de Muerte Materna.
SNS:	Sistema Nacional de Salud.
SIS ECU 911	Sistema Integrado de Seguridad ECU 911.

9. Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Reducción mortalidad materna en 11 países de la Región [Internet]. 2014. Available from: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=220:rediccopm-mortalidad-materma-en-11-paises-de-la-region&Itemid=354&showall=1&lang=es
2. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet]. Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2012. p. 31. Available from: htto://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/C0B987D806F0801905257AF3005C9B4F/$FILE/Primera_parte.pdf
3. ISGlobal.org. Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad: la importancia de contar con datos de calidad [Internet]. 2014. p. 4. Available from: https://www.isglobal.org/documnts/10179/25254/Mortalidas+materna+desde+un+enfoque+de+equidad/9952a822-72b7-4144-8a74-c90a10d892b5
4. Ministerio de Salud Pública. Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica Norma técnica. Minist Salud Pública [Internet]. 2014; Available from: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/EDITOGRAN SIVE.pdf
5. ISAGS. Estrategia de Reducción Acelerada de la Muerte Materna en Ecuador [Internet]. 2017. p. 1. Available from: isags-unasur.org/es/ecuador-muerte-materna/
6. MSP. No Title [Internet]. 2017. p. 1. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/GACETA-DE-MM-TOTAL_2017.pdf
7. Dirección Nacional de Normatización MSP. Norma para el Cuidado Obstétrico y

Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud. 2013. 55 p.
8. Registro Oficial N° 521 del 02 de julio de 2019, en cuyo anexo 1 se indica las metas ajustadas con base en la aplicación de la "Norma técnica las

modificación, eliminación o incorporación de metas al Plan Nacional de Desarrollo (PND) y/o a la Estrategia Territorial Nacional (ETN).
9. MINSALUD. Seguridad del Paciente y Atención Segura [Internet]. p. 17,18. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf
10. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. 2007. 71 p.
11. Ministerio de Salud Pública. Reglamento para la Creación, Conformación y Funcionamiento de los Comites y Equipos de Mejoramiento de la Calidad en los Establecimientos de Salud del MSP.
12. Junta de Galicia. Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves en los Centros Sanitarios del Sistema Público de Salud de Galicia. [Internet]. 2013. Available from: https://extranet.sergas.es/catpb/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=2253https://extranet.sergas.es/catpb/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=2253
13. MINSA/DIGEPRES. Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud [Internet]. 2016. p. 22. Available from: bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3930.pdf
14. Organización Panamericana de la salud. CIE-10 clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 554 [Internet]. 2008;3(554):758. Available from: http://publications.paho.org/product.php?productid=990&cat=85&page=1
15. Hospital San José -Callao. Manual de Auditoría en Salud [Internet]. 2004. p. 44. Available from: hsj.gob.pe/web1/UGC/html/comite_auditoria/publicaciones/manual_auditoria.pdf
16. Sally Taylor-Adams y Charles Vincent. Traducción con modificaciones del documento de Sally Taylor-Adams Charles Vicent: System Analysis of Clinical Incidents: The London Protocol: Clinical Saferty Recherch Unit ,Impetial College 2004.
17. Eternoud Aramburo Marcela. Metodología para calcular la razón de mortalidad materna. Rev. Internacional de estadística y Geografía. Volumen 3, 2012;(Realidad, datos y espacio). Available from: https://www.inegi.org.mx/rde/RDE_05/doctos/rde_05_opt.pdf
18. Asociación para la prevención de la Tortura. Cómo hacer recomendaciones efectivas. Ginebra; 2008. p. 8. Available from: https://es.scribd.com/document/86488370/Como-Hacer-Recomendacione

10. Anexos

Anexo 1: Formulario de notificación epidemiológica

Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE EVITABLE
FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN Y CIERRE DE CASO DE MUERTE MATERNA

Semana Epidemiológica: ☐ **MM. Institucional** ☐ **MM. Comunitaria** **Notificación Negativa** ☐

NOTIFICACIÓN

DATOS DE LA UNIDAD OPERATIVA QUE NOTIFICA

1. Institución:
1. MSP ☐
2. IESS ☐
3. IESS CAMPESINO ☐
4. ISSFA ☐
5. ISSPOL ☐
6. Red Complementaria ☐

2. Tipo de unidad operativa
1. Puesto Salud ☐
2. CG ☐
3. CS ☐
4. CS tipo A ☐
5. CS tipo B ☐
6. CS tipo C ☐
7. CE ☐
8. HD ☐
9. HB ☐
10. HG ☐
11. HE ☐
12. HES ☐
13. HM ☐
14. UMG ☐
15. UMQ ☐
16. UMEO ☐
17. UF ☐
18. UA ☐

3. Ubicación de la unidad
Zona: _____ Provincia _____ Distrito: _____ Cantón: _____
Parroquia: _____ Localidad: _____

4. Nombre de la Unidad que notifica: _____

5. Fecha de notificación: ☐☐☐ *dd mm aaaa*

6. Lugar de captación: 1. UO Pública ☐ 2. UO. Privada ☐ 3. Registro Civil ☐ 4. Comunidad ☐

7. Murió en: 1.UO Pública ☐ 2. UO Privada ☐ 3. Casa ☐ 4. Camino ☐

8. Nombre y apellido de quien llena el formulario: _____

INFORMACIÓN DE LA FALLECIDA

10. Nombres y apellidos: _____ **11. FECHA DE NACIMIENTO:**

12. Nacionalidad: _____ **13.Cédula/pasaporte:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **14. HCU:** _____

15. Identificación etnica: 1. Indigena ☐ 2. Afroecuatoriana Afrodescendiente ☐ 3. Negra ☐ 4. Mulata ☐ 5. Montubia ☐ 6. Mestiza ☐ 7.Blanca ☐ 8.Otra ☐

16. Lugar de residencia habitual (dirección exacta): _____

17. Zona geográfica (donde reside la madre): 1. Urbana ☐ 2. Rural ☐

INFORMACIÓN INICIAL SOSPECHOSA DE MUERTE MATERNA

18.Fecha de ingreso a la Unidad operativa: ☐☐☐ *dd mm aaaa* **19. Referido** Si ☐ No ☐

20. Fecha de muerte: ☐☐☐ *dd mm aaaa* Hora: ☐☐ *hh mm* **21. Nombre de la unidad de la que se refiere:** _____

22. Período en el que ocurre la defunción: 1. Embarazo ☐ Edad gestacional ☐☐ semanas 2. Parto ☐
3. PP inmediato (24 horas) ☐ 4. PP mediato (1 día a 7 días) ☐ 5. PP tardío (8 a 42 días) ☐ 6. MM tardía (42 días y más)

23. Diagnóstico presuntivo o causa probable de la muerte: _____

CIERRE DE CASO

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LA MADRE

24. Estado civil:

C	UL	Se	D	V	Sol.

25. Ocupación: _____

26. Escolaridad: 1. Ninguno ☐ 2. Centro de Alfabetización/EBA ☐ 3. Primaria ☐ 4. Secundaria ☐ 5. Educación Básica ☐ 6. Bachillerato-Educación media ☐ 7. Ciclo post-bachillerato ☐ 8. Superior ☐ 10. Post-grado ☐ 11.Se ignora ☐

27. Antecedentes gineco-obstétricos: N° Gestas ☐ N° Partos ☐ N° Cesáreas previas ☐ N° Abortos ☐ N° de nacidos vivos ☐
Control prenatal Si ☐ No ☐ N° de controles ☐ **28. Condición del RN** 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. No dato ☐

29. Comorbilidad: Si ☐ No ☐ 1. HTA ☐ 2.Diabetes ☐ 3.TB ☐ 4. ITS ☐ 5.Anemia ☐
6.VIH/SIDA ☐ 7.Infección Urinaria ☐ 8.Otras: ☐ Especifique: _____

30. Acta de comité local: Si ☐ No ☐ **31. Ficha de investigación /Relato Historia de Vida** Si ☐ No ☐

CLASIFICACIÓN DE LA MUERTE

32. Muerte materna: Confirmada ☐ Descartada ☐ No investigada ☐

33. Tipo de muerte: Directa ☐ Indirecta ☐

34. Demoras y sus posibles causas:
Primera demora ☐ causas 1 _____ 2 _____ 3 _____
Segunda demora ☐ causas 1 _____ 2 _____ 3 _____
Tercera demora ☐ causas 1 _____ 2 _____ 3 _____

35.Se realizó autopsia? Si ☐ No ☐ Resultado: _____

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

A. Causa directa: _____
B. Causa interviniente: _____
C. Causa Básica de la muerte: _____ **CIE-10 (Causa básica):** _____
D. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte: _____ **N.- de Formulario de defunción:** _____

Form- M.M- 001-2013 MSP

Anexo 2: Tabla de indicadores de proceso, resultado, riesgo, magnitud y tendencia de la vigilancia de la muerte materna

INDICADORES	DESCRIPCION	FUENTE	USO	NIVEL DE MANEJO DEL INDICADOR	PERIODICIDAD	PARÁMETRO DE EVALUACIÓN
Cobertura con notificación inmediata de MM	Nº de MM notificadas en el plazo de 24 horas /Nº total de MM notificadas x 100	Sistema Informático de MM Egresos hospitalarios Formularios de notificación de MM	Monitoreo de puntualidad	Nivel distrital, zonal y nacional	Semanal	90 %
Porcentaje de MM investigadas	Nº de MM investigadas/Nº total de MM notificadas x100	Informe final de investigación	Cobertura de MM investigadas	Nivel distrital, zonal y nacional	Mensual	100 %
Nº MM notificadas	Nº de defunciones	Formularios de Notificación epidemiológica	Investigación de MM, importancia del problema y prioridades de intervención.	Establecimientos de salud, nivel distrital, zonal y nacional	Mensual y Anual	100 %
Nº de MM por semana epidemiológica	Nº de casos de MM por semana	Formulario de notificación epidemiológica	Definición de prioridades para su intervención	Establecimientos de salud, hospitales nivel distrital, zonal y nacional	Semanal	90 %
Nº y % de MM por causas básicas de defunción	Nº de MM por causa básica/Total de MM x100	Formulario de notificación epidemiológica Sistema Informático de MM	Definición de prioridades para su intervención	Establecimientos de salud, nivel distrital, zonal y nacional	Mensual, trimestral, semestral y Anual	100 %
Principales causas de MM según distritos y Hospitales	Nº y porcentaje de las MM según causa básica por distritos	Formulario de notificación epidemiológica Sistema Informático de MM	Definición de prioridades para su intervención	Establecimientos de salud, nivel distrital	Anual	100 %
Nº y porcentaje de MM por grupo de edad	Nº. de MM por grupo de edad/Total de MM x 100	Formulario de notificación epidemiológica Sistema Informático de MM	Identificación de riesgo por lugar Definición de prioridades para su intervención	Establecimientos de salud, hospitales, nivel distrital, zonal y nacional	Mensual y Anual	100 %
Nº y porcentaje de MM por lugar de ocurrencia	Nº de MM por lugar de ocurrencia/Total de MM x 100	Formulario de notificación epidemiológica Sistema Informático de MM	Identificación de riesgo por grupos de edad Definición de prioridades para su intervención	Establecimientos de salud, hospitales, nivel distrital, zonal y nacional	Mensual y Anual	100 %
Razón de MM	Nº de MM <42d /Nº de n.v estimados x 100.000	Informe final de Investigación de muerte materna con búsqueda activa	Definición de prioridades para su intervención	Nivel zonal y nivel nacional	Anual	100 %

Anexo 3: Formulario de búsqueda activa

Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
COORDINACIÓN DE SALUD Nº
FORMULARIO PARA IDENTIFICAR POSIBLE MUERTE MATERNA SOSPECHOSA
INVESTIGACIÓN HOSPITALARIA/DOMICILIARIA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA

Nombres y apellidos completos: .....
Nº de cédula de identificación..... Edad.....
Fecha de nacimiento: Día..... Mes..... Año.....
Residencia: Provincia..... Cantón.....
Parroquia.....

ANTECEDENTES DE LA FALLECIDA

Lugar de fallecimiento: Provincia..... Cantón..... Parroquia.....
Nombre del hospital de fallecimiento/Domicilio .....
Fecha de fallecimiento: Día..... Mes..... año.....
Antecedente de salpingectomía (ligadura): NO.....SI..... Fecha.....
Fecha de la última menstruación: Día... .... Mes..... Año.....
Fecha de último parto, cesárea, embarazo ectópico, o aborto: Día... Mes..... Año.....
La fallecida tuvo antecedentes de algún embarazos o abortos anterior al que se sospecha SI.....
NO.....
Edad del último hijo vivo o muerto al momento del fallecimiento.....
Uso de métodos anticonceptivos, en el año previo a la muerte: NO.....SI.....
¿Cuál?..... Tiempo uso.....

OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Por medio de la Historia clínica/entrevista al médico/familiar
.....
.....
.....
.....
Conclusión: Muerte Materna SI.....NO.....No concluye.....
Porqué.....
.....
Nombres y cargo del personal que realiza la investigación:
Realizado por: .....
Revisado por.....
Fecha de investigación.....

Anexo 4: Causas seleccionadas para (BA) como sospechosas de encubrir una muerte materna

Nº	Descripciòn	Còdigo CIE-10
1	Septicemia	A40 - A41
2	Pelviperitonitis	A542
3	Anemias por deficiencia de hierro	D50
4	Anemia posthemorrágica aguda	D62
5	Anemia de tipo no especificado	D649
6	Coagulación intravascular diseminada	D65
7	Púrpura trombocitopénica idiopática	D693
8	Otras trombocitopenias primarias	D694
9	Trombocitopenia secundaria	D695
10	Trombocitopenia no especificada	D696
11	Otras afecciones hemorrágicas especificadas	D698
12	Afección hemorrágica, no especificada	D699
13	Depleción del volumen	E86
14	Otros trastornos de los líquidos, de los electrólitos y del equilibrio ácido-básico	E87
15	Trastorno metabólico, no especificado	E889
16	Hipofunción adrenocortical consecutiva a procedimientos	E896
17	Trastorno endocrino y metabólico consecutivo a procedimientos, no especificado	E899
18	Epilepsia	G40
19	Lesión cerebral anóxica, no clasificada en otra parte	G931
20	Hipertensión intracraneal benigna	G932
21	Compresión del encéfalo	G935
22	Edema cerebral	G936
23	Trastorno del encéfalo, no especificado	G939
24	Enfermedades hipertensivas	I10-I15
25	Infarto agudo del miocardio	I21
26	Embolia pulmonar	I26
27	Cardiomiopatía	I42
28	Paro cardíaco, no especificado	I469
29	Taquicardia paroxística	I47
30	Fibrilación y aleteo auricular	I48
31	Otras arritmias cardiacas	I49
32	Insuficiencia cardíaca	I50
33	Hemorragia subaracnoidea	I60-I69 (Excluir I671, I673, I675,I680,I681,I682)
34	Embolia y trombosis arteriales	I74
35	Influenza	J10-J11
36	Neumonía	J12-J18
37	Edema pulmonar	J81
38	Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte	J96
39	Peritonitis	K65
40	Insuficiencia hepática, no clasificada en otra parte	K72
41	Insuficiencia renal aguda	N17, N19
42	Enfermedades inflamatorias de los organos èlvicos femeninos	N70-N73,N748
43	Hemorragia uterina (menstruación excesiva, frecuente e irregular,hemorragia postmenopaùsica)	N92

44	Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales especificadas y no especificadas	N938-N939
45	Abdomen agudo	R100
46	Coma, no especificado	R402
47	Fiebre de otro origen y de origen desconocido	R50
48	Convulsiones, no clasificadas en otra parte	R56
49	Choque hipovolémico	R571
50	Otras formas de choque	R578
51	Hemorragia, no clasificada en otra parte	R58
52	Muerte sin asistencia	R98
53	Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad	R99
54	Efectos adversos de gases anestèsicos	Y48
55	Efectos adversos de drogas o medicamentos no especificados	Y579
Fuente: Proyecto de Informaciòn y Anàlisis de OPS		
Realizado: DNVE		

Anexo 5: Formato de informe de auditoría externa zonal.

Ministerio de Salud Pública

Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud, Dirección Zonal de Promoción de la Salud, Dirección Zonal de Vigilancia Epidemiológica.

NÚMERO DE INFORME

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DE LOS CASOS DE MUERTE MATERNA

A. DATOS DE LA AUDITORÍA

COORDINACIÓN ZONAL	COMPARTIDO	PROCESO	CÓDIGO DEL CASO	FECHA DE AUDITORÍA: INICIO	VALIDACIÓN	APROBACIÓN	NÚMERO DE PÁGINAS

B. FUENTES DE INFORMACIÓN DE LA AUDITORÍA

INSTITUCIONES DEL SISTEMA	TIPOLOGÍA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UNICÓDIGO	Nº DE FOJAS DE LA HISTORIA CLÍNICA	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INMEDIATA	ENTREVISTA AL PERSONAL IMPLICADO	VISITA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	ENTREVISTAS EN LA COMUNIDAD (INFORMANTES CLAVES)	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	INFORME MÉDICO LEGAL

OBSERVACIONES:

C. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

FECHA Y HORA DEL FALLECIMIENTO			SEMANA EPIDEMIOLÓGICA		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÓDIGO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

EDAD	ESTADO CIVIL	AUTO IDENTIFICACIÓN ÉTNICA	NACIONALIDAD ÉTNICA	PUEBLOS	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	ESTADO DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN

BENEFICIARIA DE SEGURO DE SALUD	SEGURO DE SALUD	OCUPACIÓN	OTRA OCUPACIÓN

C.1 RESIDENCIA HABITUAL

ZONA	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	DISTRITO	ÁREA GEOGRÁFICA

C.2 RESIDENCIA OCASIONAL

ZONA	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	DISTRITO	ÁREA GEOGRÁFICA

C.3 ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS	HIJOS VIVOS	HIJOS MUERTOS	ÓBITO FETAL	ESPACIO INTERGENÉSICO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: CLÍNICOS	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: QUIRÚRGICOS

C.4 SITUACIÓN DEL EMBARAZO

EDAD GESTACIONAL DEL ÚLTIMO EMBARAZO (muerte)	Nº DE CONTROLES PRENATALES (CONSULTAS PLANIFICADAS)	Nº DE ATENCIONES DE MORBILIDAD	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

C.5 ATENCIONES POR EMERGENCIA OBSTÉTRICA:

FECHA	DIAGNÓSTICO

C.6 ATENCIÓN DEL ABORTO, PARTO, CESÁREA:

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO	LUGAR DONDE OCURRIÓ	PROFESIONAL O PERSONA QUE ATENDIÓ	FECHA	HORA

D. ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE REFERENCIA, DERIVACIÓN

ESTABLECIMIENTO QUE INICIA EL PROCESO	TIPOLOGÍA	FECHA Y HORA DE INGRESO	FECHA Y HORA DE INICIO DE REFERENCIA/DERIVACIÓN	FECHA Y HORA DE EGRESO	SUBSISTEMA DE REFERENCIA/DERIVACIÓN	ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE RECIBE A LA PACIENTE

E. DATOS DEL LUGAR O ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE PRODUCE LA MUERTE MATERNA

LUGAR DONDE OCURRE LA MM	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	NIVEL DE ATENCIÓN	TIPOLOGÍA	ZONA

PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITO	PERÍODO DE OCURRENCIA DE LA MUERTE MATERNA:	ESTANCIA HOSPITALARIA:	HORASÍDIAS DE HOSPITALIZACIÓN:

F. RESUMEN DE LAS ATENCIONES SANITARIAS RECIBIDAS POR LA PACIENTE EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

G. HALLAZGOS DE AUDITORÍA:

H. TABLA DE ACCIONES INSEGURAS, FACTORES CONTRIBUTIVOS Y RECOMENDACIONES POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD

H1. ACCIONES INSEGURAS		H2. FACTORES CONTRIBUTIVOS		H3. RECOMENDACIONES
CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	VARIABLES	DESCRIPCIÓN DEL FACTOR CONTRIBUTIVO	

I. CONCLUSIONES:

DEFUNCIÓN MATERNA	TIPO DE MUERTE	EVITABILIDAD DE LA MUERTE

DEMORAS	DESCRIPCIÓN DE LAS DEMORAS

J. DIAGNÓSTICOS DE MUERTE MATERNA

J1: CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

CAUSA DIRECTA

CAUSAS ANTECEDENTES

CAUSA BÁSICA

OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS

J2: HISTORIA CLÍNICA

J3: AUTOPSIA MÉDICO LEGAL

J4: EQUIPO DE AUDITORÍA EXTERNA ZONAL

CAUSA DIRECTA

CAUSA BÁSICA

J5. DIAGNÓSTICOS Y CODIFICACIÓN DEFINIDOS POR EL INEC

CAUSA DIRECTA

CAUSAS ANTECEDENTES

CAUSA BÁSICA

OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS

K. RECIÉN NACIDO

CONDICIONES DEL RECIÉN NACIDO AL NACER	SEXO	TUTELA DEL RECIÉN NACIDO

L. DETERMINANTES DE LA SALUD

DETERMINANTES DE LA SALUD IDENTIFICADOS	DESCRIPCIÓN

M. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

ELABORADO

ELABORADO	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
EQUIPO DE AUDITORÍA EXTERNA ZONAL			
EQUIPO DE AUDITORÍA EXTERNA ZONAL			
EQUIPO DE AUDITORÍA EXTERNA ZONAL			
EQUIPO DE AUDITORÍA EXTERNA ZONAL			
EQUIPO DE AUDITORÍA EXTERNA ZONAL			

REVISADO

REVISADO	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
DIRECTOR DE PROVISIÓN Y CALIDAD ZONAL			

APROBADO

APROBADO	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
COORDINADOR ZONAL			

Anexo 6: Papel de trabajo

Ministerio de Salud Pública	PAPEL DE TRABAJO (AUDITORÍA DE MUERTE MATERNA)	Código de la paciente
		MFAG0817

A. HALLAZGOS.

Se colocará los hallazgos de acuerdo al análisis de la historia clínica (incumplimiento de normativa, aspectos socio culturales, etc.), por cada establecimiento de salud / comunidad; en orden cronológico, los cuales nos permitirán realizar las preguntas a investigar durante las entrevistas a familiares/comunidad, talento humano en salud y la/s visita/s al/los establecimiento/s de salud. (se adaptará las filas de acuerdo a la necesidad)

a. COMUNIDAD

Relato de la Historia de Vida:

1. Hallazgo/s	2. Pregunta/s	3. Respuesta/s (identificar quién responde a la pregunta – parentesco)	4. Observaciones
		Esposo:	
		Vecino:	
		Madre:	
		Suegra:	
		Madre:	

Síntesis de la Visita a la Comunidad:
(Hechos relevantes de los antecedentes de la paciente contado desde los familiares/comunidad, condiciones socio culturales, etc.)

b. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO 1

1. Hallazgo/s	2. Pregunta/s	3. Respuesta/s (identificar quién responde a la pregunta – colocar cargo)	4. Observaciones	5. Firma

Síntesis de la Visita al Establecimiento de Salud:
(Se colocará datos relevantes encontrados en la visita al establecimiento de salud

c. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO 2

1. Hallazgo/s	2. Pregunta/s	3. Respuesta/s (identificar quién responde a la pregunta – colocar cargo)	4. Observaciones	5. Firma

Síntesis de la Visita al Establecimiento de Salud: *(Se colocará datos relevantes encontrados en la visita al establecimiento de salud)*

d. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO 3				
1. Hallazgo/s	**2. Pregunta/s**	**3. Respuesta/s** (identificar quién responde a la pregunta – cargo)	**4. Observaciones**	**5. Firma**

Síntesis de la visita al establecimiento de salud: *(se colocará datos relevantes encontrados en la visita al establecimiento de salud)*

B. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

Elaborado	Nombres y apellidos	Cargo	Firma
Equipo de investigación			
Equipo de investigación			
Equipo de investigación			

Anexo 7: Declaración de no tener conflicto de interés

Ministerio de Salud Pública	DECLARACIÓN DE NO TENER CONFLICTO DE INTERÉS	Fecha:

Por medio del presente:

Comunico a la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, Unidad desconcentrada zonal, Unidad desconcentrada distrital y Establecimientos de Salud, que no me encuentro impedido para analizar el caso de la señora:

_____

Ni tampoco tengo conflicto de intereses dentro del presente caso.

DATOS DEL ESPECIALISTA			
Nombres y apellidos	Especialidad	Cédula de identidad	Firma o huella digital

Anexo 8: Guía temática para investigación cualitativa de casos de muerte materna

Ministerio de Salud Pública

GUÍA TEMÁTICA PARA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA DE CASOS DE MUERTE MATERNA	Fecha de la entrevista

A. DATOS GENERALES

1. Unidad desconcetrada zonal	2. Lugar:	3. Nombre de la usuaria	4. Nombre del informante	5. Parentesco

B. HISTORIA DE LA VIDA

Cuéntenos qué sucedió con su familiar/conocida/o.

C. PREGUNTAS DE SEGUIMIENTO/ACLARACIÓN A LA HISTORIA DE VIDA

¿A qué distancia se encuentra el domicilio de la usuaria del establecimiento de salud más cercano, a través de que medio y cuál es el nombre del mismo?
¿Había transporte disponible para trasladar a la usuaria al establecimiento de salud durante el parto o emergencia, cuál?
¿En dónde, por quién y cómo fue atendido el parto y/o aborto?
¿De haber llegado la usuaria a un establecimiento de salud para el parto, cuánto tiempo tardaron en brindarle atención?
¿Quién recibió primero a su familiar en el establecimiento de salud? ¿Pudo identificar el nombre?, ¿cómo estaba vestido?
¿Le permitieron contar con un acompañante durante el parto?
¿Tuvieron que comprar o pagar por algún tipo de medicina o por algún examen?
¿Conoce usted si la usuaria estaba ingiriendo algún medicamento?. Puede indicar cuál medicamento? Quién le recetó?
¿A qué tiempo volvió a embarazarse luego de su última gestación? (Espacio intergenésico del último embarazo)
¿Cuántos hijos vivos tenía la señora y cuántos embarazos tuvo?
¿Conoce si previo al embarazo la usuaria usaba algún método de planificación familiar?
¿Le brindaron información suficiente en el establecimiento de salud el día de la emergencia y fallecimiento?

D. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

¿Dónde y con quién se realizó la primera atención del embarazo y por qué?	¿A los cuántos meses de gestación se hizo la primera atención?

¿Conoce si al iniciar los controles de embarazo le explicaron en el establecimiento de salud cómo, dónde y cuántas veces debe acudir a cita médica durante el periodo de gestación?
¿Conoce cuántas veces acudió a controles durante el embarazo y en dónde?
¿Conoce cuáles son los motivos por los que no acudió al control prenatal de manera consecutiva?
¿Sabe cómo fue la atención a la usuaria durante los controles prenatales en el establecimiento de salud?
¿Conoce si se le negó la atención en algún momento?

¿Conoce si la usuaria fue visitada por personal de salud en su domicilio?
¿Alguien del personal de salud que visitaba el domicilio es parte de su comunidad?
¿Tiene/contaba con el número telefónico o contacto de algún profesional de salud?

E. SALUD INTERCULTURAL

¿En su comunidad existen parteros/as?	
¿Tiene información si la usuaria visitaba frecuentemente a la partera/ro para conocer el estado de su embarazo?	
¿Sabe usted con quién prefería dar a luz y por qué?	
¿Cómo se llama la partera/ro que atendió a la usuaria y cómo se le puede ubicar?	¿Conoce si la partera es legitimada/reconocida por la comunidad?
Preguntas para entrevista con partero/ra:	
¿Tiene articulación con los servicios de salud?	
¿La partera/o ha participado en las capacitaciones que realiza el establecimiento de salud?	¿La partera/o conoce de las complicaciones que se podían presentar en el embarazo (signos de alarma/señales de peligro)?
¿A qué distancia se encontraba la partero/a del domicilio de la usuaria?	¿Cuántas veces atendió a la mujer y cuál fue su diagnóstico?
¿Qué tratamiento recomendó a la parturienta?	

E. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

¿Existe una organización comunitaria/barrial en el sector que vivía la usuaria para emergencia de salud?	
¿Existe comité local de salud en su localidad, que actividades realiza?	¿Existe comité de usuarias en su localidad, que actividades realiza?
¿La usuaria pertenecía a alguna organización/coordinaba con alguna de las de salud?	
¿Cómo se involucra la comunidad en caso de emergencia?	

F. FACTORES DE RIESGO – DISCAPACIDAD

¿La usuaria presentaba algún tipo de discapacidad?	
¿Qué tipo y grado de discapacidad tenía la usuaria? (verificar carnet)	¿Requería y contaba con cuidadores?
¿La usuaria recibía el bono Joaquín Gallegos y otra ayuda social?	**¿Por cuánto tiempo recibió el bono o ayuda social?**

G. RELACIONES DE GÉNERO

¿Qué actividades realizaba la usuaria en el hogar?	¿Recibía ayuda en las labores del hogar?
¿Algún miembro del hogar consume alcohol/u otras substancias?	**¿Conocía usted si la usuaria consumía alcohol u otra sustancia?**
¿Observó signos de depresión o tristeza?	
¿Sabía si existían problemas dentro del hogar?	¿Observó algún signo de golpes o lesiones?
¿Podía tomar decisiones propias sobre las cosas que hacía tanto dentro como fuera del hogar?	

¿Pedía permiso para salir o realizar actividades fuera de casa?

H. MOVILIDAD HUMANA

¿De qué nacionalidad era la usuaria?	
De haber sido ecuatoriana:	
¿El lugar donde residía la usuaria era su lugar de nacimiento u origen?	¿Cuáles fueron los motivos por los que la usuaria se cambió de domicilio?
De haber sido extranjera:	
¿Cuánto tiempo residía en el Ecuador?	¿Cuáles fueron los motivos por los que estaba viviendo en Ecuador?
¿Contaba con documentos de regularización?	¿Qué tipo de visa tenía?

I. CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

¿Quién mantenía el hogar?	
¿La usuaria era beneficiaria del bono de desarrollo humano?	¿Por cuánto tiempo?
¿Qué nivel de estudio tenía la usuaria?	**¿En qué y en dónde trabajaba la usuaria durante el embarazo?**
¿En qué y en dónde trabajaba la usuaria durante el embarazo?	
¿Qué actividades realizaba?	¿Cuántas horas dedicaba a esa ocupación?
¿La ocupación exponía a la usuaria a actividades de fuerza física, cuáles?	¿La ocupación exponía a la usuaria a contacto con substancias químicas u otros riesgos?
¿En qué trabajaba la usuaria antes del embarazo?	
¿Cuántas personas habitaban con la usuaria en la misma casa?	
¿De las personas que vivían en la misma casa cuál/es de ellas requerían cuidados directos de la usuaria?	
¿Conoce cuál era el gasto promedio mensual del hogar?	
Cuánto:	Nivel de ingreso del hogar:
¿Conocía si el sueldo que percibía le alcanzaba para cubrir sus necesidades?	

J. SALUD Y AMBIENTE

¿La casa donde vivía la usuaria tiene adecuada ventilación y luz?	Existen ventanas u otros espacios que facilitan el flujo de aire.
La iluminación en el hogar es suficiente y permanente, ¿Cuáles son las fuentes de iluminación en el hogar?	
¿La vivienda cuenta con provisión de servicios básicos?	
¿La provisión de agua es permanente?	¿De dónde proviene el agua que se consume en el hogar?
¿Se cuenta con alcantarillado o algún sistema de desecho de aguas servidas?	¿Cuál es el sistema de eliminación de basura (desechos sólidos) en el hogar?
¿El hogar cuenta con servicio permanente de energía eléctrica?	¿En el hogar se cuenta con servicio telefónico? ¿De qué tipo?

K. PREGUNTAS DE CIERRE

¿El/la recién nacido/a está bien?	¿El/la recién nacido ha recibido atención médica posteriormente a lo ocurrido?

¿Desea agregar algo más a la información que nos ha proporcionado?
Agradecimiento y despedida

Anexo 9: Formulario de solicitud libre e informada para la entrevista en investigación de casos de muerte materna

Ministerio de Salud Pública

FORMULARIO DE SOLICITUD LIBRE E INFORMADA PARA LA ENTREVISTA EN INVESTIGACIÓN DE CASOS DE MUERTE MATERNA

Fecha

Conozco que el equipo del Ministerio de Salud Pública está trabajando para mejorar la atención en salud y prevenir la mortalidad materna a través de la identificación de los factores que pudieron contribuir en un acontecimiento fatal, es por ello que siempre que fallece una mujer por causas relacionadas al embarazo, parto o postparto se realiza una investigación. Se me ha explicado el objetivo de la presente entrevista, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que realicé. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como informante.

Conozco que los datos que doy en esta entrevista sólo serán utilizados por el equipo de investigación responsable de este proceso en el MSP, que se guardará toda la confidencialidad del caso lo cual incluye no utilizar mi nombre cuando se haga referencia a la información que de esta entrevista se obtenga así como tampoco se utilizará estos datos para fines judiciales. Comprendo además que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que esto tenga consecuencias para mí o para mi familia.

Acepto participar en la entrevista	SI	NO
Acepto que la entrevista sea grabada	SI	NO

DATOS DEL FAMILIAR		
Nombres y apellidos	Cédula de identidad	Firma o huella digital

DATOS DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA		
Nombres y apellidos	Cédula de identidad	Firma o huella digital

Si él o la informante no está en capacidad de firmar el consentimiento informado:
He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el/la informante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que_____ ha dado consentimiento libremente.

Nombre y apellido	Cédula de identidad	Parentesco	Firma o huella digital

Anexo 10: Formato Plan de Acción

RESPONSABLE DEL EMC:			
INTEGRANTES DEL EMC:			
CICLO Nro.:		FECHA DE INICIO	FECHA CONCLUSIÓN

MEJORAMIENTO CONTINUO

1. IDENTIFICAR 2. ANALIZAR: Estos pasos son abordados previamente por el proceso de Auditoría

3. DESARROLLAR: *Formular Hipótesis de los cambios para solucionar problema. Modelo de las TRES preguntas*

PREGUNTA 3.1: ¿Cuál es el Objetivo que se quiere lograr?

PREGUNTA 3.2: ¿Cómo sabremos que el cambio realizado produjo una mejora en el proceso? Identifique y escriba un indicador que le permita respaldar si hubo o no una mejora de calidad en el proceso de atención involucrado

PREGUNTA 3.3: ¿Cuáles son los cambios, las estrategias o las intervenciones que se quiere introducir en el proceso?

CAMBIO 1	CAMBIO 2	CAMBIO 3

4. PROBAR E IMPLEMENTAR (PEVA): PLANIFICAR, EJECUTAR, VERIFICAR, ACTUAR

4.1 PLANIFICAR:

FACTORES CONTRIBUTIVOS	INTERVENCIÓN (cambios, estrategias)	ACTIVIDADES	DONDE	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN	RECURSOS REQUERIDOS	RESPONSABLES
	0						
	0						
	0						

4.2 EJECUTAR: Redacte aquí, en resumen, las observaciones relevantes del Equipo técnico de gestión, sobre cómo ocurrió la implementación de los cambios en la realidad. Hubieron dificultades?

4.3 VERIFICAR: Escriba aquí qué es lo que sucedió con la situación inicial que quería ser mejorada, luego de que se implementó el o los cambio/s en este plan de acción (mejoró, quedó igual, empeoró?) Respalde lo dicho registrando el valor del indicador ANTES del Ciclo Rápido y DESPUÉS del Ciclo Rápido		(%) ANTES	(%) DESPUÉS

4.4 ACTUAR: Escriba aquí qué es lo que el Equipo técnico de gestión decidió hacer luego de la implementación de este plan de acción para el mejoramiento y de observar los resultados obtenidos.

	NOMBRES	CARGO	FIRMA
Aprobado por:			
Revisado por:			
Elaborado por:			

Anexo 11: Herramienta de seguimiento de cumplimiento de recomendaciones en casos de muerte materna

Ministerio de Salud Pública	HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES EN CASOS DE MUERTE MATERNA POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Fecha del seguimiento

A DATOS GENERALES DE LA USUARIA				
1. Apellido paterno	2. Apellido materno	3. Primer nombre	4. Segundo nombre	5. Código

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES			
1. Unidad desconcentrada zonal:	2. Unidad desconcentrada distrital:	3. Establecimiento De Salud:	4. Tipología:

C. DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO			
C.1. Recomendaciones propuestas	C.2. Responsable de la ejecución de la acción de mejora	C.3. Métodos de verificación utilizados para evaluar el cumplimiento de las recomendaciones	C.4. Porcentaje de cumplimiento de la recomendación
		C.5. Porcentaje total de cumplimiento de la recomendación:	

D. CONCLUSIONES

E. RECOMENDACIONES DEL INFORME DE SEGUIMIENTO

F. NOMBRES, CARGO Y FIRMAS DE RESPONSABILIDAD DEL EQUIPO ZONAL DE SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES		
Nombres y apellidos	Cargo	Firma

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	Arq. Helman Salcedo	Subsecretaria Nacional de la Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud	Subsecretario	
Solicitado y revisado	Dr. Esteban Aviles	Dirección Nacional de Normatización	Director Subrogante	
Revisado	Mgs. Ximena Raza Amaya	Dirección Nacional de Normatización	Coordinadora interna	
	Mgs. Amelia Briones Paredes	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud	Directora	
Elaborado	Dra.Raquel Beltrán	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud	Especialista de Auditoría	