

FORMATO DE DESCRIPCIÓN DETALLADA DE PROYECTO DE GESTIÓN EN RED 2016

ESTE FORMATO DEBERÁ REQUISITARSE EN ESTRICTO APEGO A LAS INSTRUCCIONES DE CADA APARTADO. SE SOLICITA NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO.

1.- Título del Proyecto: Se deberá señalar el tema central del proyecto relacionado con uno de los siete temas prioritarios señalados en la convocatoria, ser congruente con el objetivo general, así como describirse de forma clara y precisa. (Deberá ser idéntico al registrado en el Sistema en línea).

“COMUNICACIÓN INTEGRAL COMO MODELO DE ATENCION ENTRE LOS NIVELES DE SALUD PARA LA DISMINUCION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA DE LA JURISDICCION SANITARIA TOLUCA”

2.- Tema prioritario que abordará y componentes por medio de los cuales se desarrollará el Proyecto de Gestión en Red:

A) TEMAS PRIORITARIOS. Deberá seleccionar el tema prioritario sobre el que trata el proyecto.

B) COMPONENTES. Posteriormente elija por lo menos un tema de cada uno de los cuatro componentes (B1, B2, B3 y B4) y describa cómo por medio de los mismos se abordará el tema prioritario, para obtener resultados de valor y contribuir a la mejora de la calidad.

C) y D) Modelo de Gestión de Calidad en Salud y Salud a la Población.- Estos apartados son transversales, por lo que se consideran parte integral del proyecto.

A) TEMAS PRIORITARIOS			Marcar con una X el tema prioritario seleccionado
		Mejora de la calidad en la atención materna y perinatal.	X
		Mejora de la calidad en la atención al paciente con síndrome metabólico.	
		Mejora de la calidad en la atención al paciente con cáncer cérvico uterino.	
		Mejora de la calidad en la atención al paciente con cáncer de mama.	
		Mejora de la calidad en la atención de la salud mental.	
		Mejora de la calidad en la atención de tumores de la infancia y la adolescencia.	
		Mejora de la calidad en la atención de infarto agudo al miocardio y sus complicaciones.	
B) COMPONENTES			Marcar con una X al menos un tema de cada uno de los cuatro componente y para cada uno de ellos describir con detalle cómo se abordará en el proyecto
D) Salud en la población C) Modelo de Gestión de Calidad en Salud	B4) Organizaciones confiables y seguras	1.- Seguridad del Paciente: Metas Internacionales (modificado de Joint Commission):	
		1.1. Identificar correctamente a los pacientes.	
		1.2. Mejorar la comunicación efectiva.	X
		1.3. Mejorar la seguridad de los medicamentos.	
		1.3.1 Uso racional de medicamentos.	
		1.3.2 Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.	
		1.3.3 Disminución de riesgos por alergia a medicamentos.	
1.3.4 Prevención de errores en las etapas del proceso de medicación.			
		1.4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.	
		1.5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.	
		1.5.1 Bacteriemia Cero: Reducción de infecciones asociadas a catéter.	
		1.5.2 Reducción de Neumonía asociada a ventilador.	
		1.5.3 Reducción de infecciones asociadas a vías urinarias.	

		1.5.4 Reducción de infecciones asociadas a herida quirúrgica.	
		1.6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.	
		2.- Gestión de Riesgos.	
		3.- Medicina basada en la evidencia a través de las Guías de Práctica Clínica.	
		4.- Planes de Cuidados de Enfermería. 4.1 Clínica de heridas y ostomías.	
		5.- Calidad de los Servicios de Odontología.	
	B3) Experiencia Satisfactoria	6.- Participación Ciudadana: Aval Ciudadano.	x
		7.- Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación a los usuarios de los Servicios de Salud.	
		8.- Cultura de Seguridad del Paciente en Establecimientos de Atención Médica.	
	B2) Costos Razonables	9.- Diagnóstico oportuno de la Enfermedad.	
		10.- Prevención primaria y/o secundaria.	
		11.- Seguimiento del paciente para el control de la enfermedad.	
		12.- Coordinación entre los diferentes niveles de atención para la ubicación correcta del paciente en el nivel que le corresponda.	X
	B1) Acceso Efectivo	13.- Redes de Atención.	X
		14.- Red de Urgencias.	
		15.- Apoyo a la Acreditación.	
16.- Cuidados Paliativos.			

3.- Unidades que conforman la RED: Coloque el nombre completo de todas las unidades que conforman la Red; misma que deberá estar integrada por un mínimo de cuatro establecimientos de atención médica de primer nivel, uno de segundo nivel y/o uno de tercer nivel y estar coordinada por una Jurisdicción sanitaria, Región, Delegación o su equivalente. En caso de que la Red se conforme de más unidades, agregar las celdas en el nivel de atención correspondiente.

Jurisdicción/Región/Delegación/etc:	1 Jurisdicción Sanitaria Toluca / Estado de México
Unidades de Primer Nivel de Atención	1 CEAPS "Dr. Manuel Uribe y Troncoso"
	2 CEAPS "Andrés Quintana Roo"
	3 CEAPS "San Gaspar Tlahuelilpan"
	4 CSU Almoloya de Juárez
Unidades de Segundo Nivel de Atención	1 Hospital General "Dr. Nicolás San Juan"
Unidades de Tercer Nivel de Atención	1 Hospital Materno Perinatal "Monica Pretelini"

4.- Identificación y análisis del problema: Es la identificación y análisis descriptivo de la situación actual de la problemática que se pretende solucionar. Dicha descripción deberá estar sustentada con datos o cifras que permitan la detección de las causas que la originaron, así como su prioridad de solución frente a otras problemáticas de la organización.

Cada minuto en el mundo muere una mujer durante su embarazo, parto o puerperio. A este fenómeno se le conoce como muerte materna y reflejan la injusticia en la que viven las mujeres al dar la vida.

La Salud Materna es considerada un problema de salud pública en nuestro país y en muchos otros. Es un indicador de la inequidad entre género y de la desigualdad socioeconómica entre sus pobladores. De ahí que se correlacionen directamente con el nivel de desarrollo de las naciones. 600 mil muertes de este tipo suceden al año en el mundo, el 90% de estas, suceden en países subdesarrollados. Según datos de la Secretaría de Salud, en México mueren en promedio 1200 mujeres por estas causas.

Estas cifras dan cuenta de la gravedad. Se trata de un asunto de injusticia social ya que estas muertes son generalmente evitables aunque pocas veces se hace conciencia del contexto que rodea la muerte de una mujer en su embarazo, en trabajo de parto o el puerperio.

Los objetivos de Desarrollo del Milenio asumidos por México en la Cumbre del Milenio tienen como meta reducir en un 75 % los índices de muerte materna para 2015 con respecto a las cifras de 1990, es decir, lograr que sólo se presenten 417 muertes maternas en el país. En México, un promedio de tres mujeres pierden la vida al día, por causas que tienen que ver con la maternidad.

Sin embargo, aún existe una falta de promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes debido a que se siguen encontrando casos de mujeres embarazadas a tempranas edades.

La salud de la mujer, en especial durante el embarazo, demanda diagnósticos exactos y congruentes, pero sobre todo detección oportuna, ya que los problemas de salud que ocasionan la mayor parte de las complicaciones en las mujeres embarazadas no se detectan a tiempo.

Las principales razones por la que las mujeres embarazadas, en especial en zonas de áreas rurales, no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, incluyen el costo, temor, el mal trato recibido, el tiempo de espera, vergüenza y distancia al centro asistencial más cercano. Lo que ocasiona que el paciente invierta más tiempo, dinero y esfuerzo en trasladarse a un nivel de atención más alto y generando saturación de los servicios de salud.

El número total de muertes en un país es proporcional a su población y no tiende a estimar la proporción de defunciones maternas reales. Por ejemplo, el país con el estimado más alto de muertes totales es India con 136.000, Nigeria con 37.000 y Afghanistan con unas 20.000 muertes anuales. Un total de 13 países suman las 2/3 partes del total mundial, sin embargo, el riesgo de muerte materna no necesariamente es proporcional al total de muertes maternas del estado o país.

En 2003, la OMS, la UNICEF y la UNFPA reportaron por estadísticas obtenidas del año 2000 que el índice de mortalidad materna promedio mundial es de 400 x 100.000 nacidos vivos, en países desarrollados es de 20 x 100.000 nacidos vivos y en países en vías de desarrollo de 440 x 100.000 nacidos vivos.³ La mayor proporción de muertes maternas no ocurren durante el parto, sino durante los días subsiguientes a este.

Es importante recordar estadísticas de la OMS:

- Cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.
- Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo.
- La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.
- En comparación con las mujeres de más edad, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.
- La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.
- La mortalidad materna mundial se ha reducido en casi la mitad entre 1990 y 2010.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos determina que toda persona tiene derecho a la protección de salud. La garantía está reconocida también en la Ley General de Salud, de Desarrollo Social, el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud.

México ha firmado y ratificado tratados internacionales, como las cartas Universales y Americana de los Derechos Humanos; los pactos internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

No obstante los compromisos adquiridos, en 20 jurisdicciones de Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal,

Estado de México, Guerrero, San Luis Potosí y Zacatecas, murieron 134 mujeres por cada 9 mil nacidos en tres años, lo cual expone que los indicadores exhiben el deterioro de los servicios de salud, la negligencia de las autoridades responsables y la desorganización del sector.

Expertos coinciden en que hay un problema en políticas públicas de salud y distribución de recursos, debido a que hay entidades donde estos no llegan directamente a la ciudadanía y por tanto no se atiende la salud de las mujeres embarazadas, un derecho consagrado en la constitución y un compromiso consagrado internacionalmente.

Los mayores índices de mortalidad materna durante el 2015 se concentran en 7 municipios del Estado de México.

Municipio	No. De Casos de Muerte Materna
Ecatepec	17
Nezahualcóyotl	14
Cuautitlán	9
Amecameca	8
Texcoco	8
Toluca	6
Tlalnepantla	5

5.- Justificación del proyecto: Describir por qué se considera oportuno, necesario e indispensable la realización del proyecto y su factibilidad. Argumentar cómo con su realización se atenderá el problema planteado, cuál será su contribución y a quiénes se pretende beneficiar con su desarrollo.

La mortalidad materna es un indicador de desarrollo de un país y para el Instituto de Salud del Estado de México es un programa prioritario, ya que el impacto social de una muerte materna repercute en todos los estratos sociales. Por lo que es de suma importancia para esta Jurisdicción el contribuir en la disminución de las mismas, lo cual se lograra estratificando los niveles de atención y procurando que la paciente sea atendida en la unidad de salud que le corresponde para poder estratificar riesgos y realizar su seguimiento por niveles de atención.

Uno de los puntos álgidos en la atención de la paciente obstétrica es la falta de vinculación entre los niveles de atención, lo cual genera que no exista una adecuada comunicación entre los mismos y que la paciente embarazada sufra la falta de atención inmediata y cuando esta es atendida ya se encuentre en un estado crítico que compromete su vida. Por lo que para esta jurisdicción Sanitaria constituye un reto y una oportunidad de mejorar los sistemas de Salud vinculando por niveles de atención y reorganizando la idiosincrasia de la población y de los recursos que integran el sistema de salud del ISEM. Lo anterior se lograra con una vinculación entre los municipios y el sistema de Salud, creando un vínculo social.

El rechazo de los Hospitales se genera por la saturación que tienen sus unidades, dicha saturación está dada en su mayoría por atención de partos normo evolutivos de bajo riesgo, los cuales están ocupando un lugar en una unidad que está diseñada para atención de pacientes con algún tipo de riesgo, esto genera que el ISEM invierta recursos y los gaste de manera injustificada, ya que cuando el lugar lo requiere una paciente en estado crítico, esta no puede ser atendida porque el hospital esta sobresaturado, lo que ocasiona que la

paciente vague hasta que se complica y su riesgo aumenta de manera drástica, por lo que al atender los partos de bajo riesgo en unidades de primer nivel tipo CEAPS Y CSU dejamos de saturar los niveles de atención de 2do y 3er nivel, generando espacios para pacientes que requieran de la atención oportuna en estos niveles de especialidad.

El presente proyecto se genera en la jurisdicción Sanitaria Toluca en el años 2014, posterior a un incremento en el primer semestre de este año teniendo 9 muertes maternas en este primer semestre. Menciono que una vez que se inicia el proyecto se reduce la mortalidad materna, siendo que en el segundo semestre de 2014 no se tienen muerte materna y se culmina el año con las nueve del primer semestre. Es así que durante el años 2015 se disminuye la mortalidad materna en la jurisdicción llegando a números históricos para la misma y terminando este año con 5 muertes maternas. Durante la aplicación de este proyecto no hemos tenido apoyo económico por lo que no se ha podido aplicar y solo se ha fortalecido la comunicación con hospitales y la captación de embarazadas, por lo que estamos seguros que con el financiamiento necesario se podría reducir mucho más la mortalidad materna.

6.- Objetivo general: Describir el propósito general que se pretende alcanzar, el cual deberá estar vinculado con el tema prioritario que abordará el proyecto. Debe ser específico, medible, orientado a una acción, realista y con un tiempo limitado.

Garantizar la atención a la paciente embarazada a través de una red integral de comunicación en salud en los distintos niveles de atención de la jurisdicción sanitaria Toluca para disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

7.- Objetivos específicos: Describir lo que se pretende realizar para lograr el objetivo general y presentarse en una secuencia lógica y conectada, es decir deberán ser logros parciales asociados a los componentes seleccionados, que en su conjunto permitan atender el tema prioritario y garantizar la consecución del proyecto. Los objetivos específicos deben ser claros, congruentes, factibles y medibles por medio de las metas e indicadores definidos en el apartado correspondiente.

Objetivo específico 1 (vinculado al componente de *Organizaciones confiables y seguras*)

Capacitar y certificar al personal médico que atiende partos en Centros especializados en atención primaria a la salud y centros de salud urbanos en ALSO (Soporte Vital Avanzados en Obstetricia) y Reanimación Neonatal

Objetivo específico 2 (vinculado al componente de *Experiencia Satisfactoria*)

Generar una herramienta de evaluación aprobada por el aval ciudadano para evaluar el grado de satisfacción de la mujer embarazada

Objetivo específico 3 (vinculado al componente de *Costos Razonables*)

Establecer una comunicación eficaz por medio de la telemedicina entre los tres niveles de atención, disminuyendo la atención de partos de bajo riesgo en los hospitales de la red.

Objetivo específico 4 (vinculado al componente de Acceso Efectivo)

Establecer una comunicación eficaz entre los tres niveles de atención de la Jurisdicción Sanitaria Toluca para evitar los retardos en la atención de las Urgencias Obstétricas.

8 y 9.- Metas e Indicadores.-Se deberán establecer metas e indicadores para dar seguimiento trimestral al avance en la implementación del proyecto, conforme a lo establecido en las Reglas de Operación vigentes.

Metas. Deberán ser la expresión cuantitativa de cada uno de los objetivos específicos definidos en el proyecto y vinculados con los componentes seleccionados. Deberán ser factibles considerando los plazos, así como los recursos humanos y financieros.

Indicadores. Definir el indicador que permita medir con claridad los resultados obtenidos de las metas planteadas en el proyecto.

El número de metas e indicadores definidos deberán estar estrictamente vinculado con el número de objetivos específicos establecidos y los componentes seleccionados. Esta información deberá registrarse en la tabla correspondiente para cada indicador tomando como base el siguiente ejemplo:

Ejemplo:

Meta: Deberán ser la expresión cuantitativa de cada uno de los objetivos específicos definidos en el proyecto y que permitirán medir el grado de avance y cumplimiento de los mismos. Deberán ser factibles considerando los plazos, así como los recursos humanos y financieros, por lo que se deberá hacer referencia concreta al cuánto y al cuándo, y mediante su definición se deberá garantizar un avance de las mismas de al menos un 50% de cumplimiento al primer semestre.	<i>95% de las mujeres que acuden al servicio de urgencias con preeclamsia se les mide y registra la tensión arterial y proteinuria.</i>
Indicador: El indicador deberá medir el logro de las actividades que permitirán alcanzar las metas planteadas en el proyecto y deberá contener los siguientes elementos para su adecuado seguimiento y evaluación:	
Nombre: Deberá señalarse la denominación precisa con la que se distingue al indicador. Debe ser claro, entendible y consistente con el método de cálculo.	<i>Porcentaje de pacientes con preeclamsia que se atienden en el servicio de urgencias y que se les midió y registró la tensión arterial y proteinuria por medio de tira reactiva.</i>
Definición: Se debe explicar brevemente y en términos sencillos, qué es lo que mide el indicador. Debe precisar qué se quiere medir del objetivo al que está asociado (no debe repetir el nombre del indicador).	<i>El indicador permite identificar con precisión la medición de tensión arterial y proteinuria en los casos indicados.</i>
Método de cálculo: Será la expresión numérica del indicador y determinará la forma en que se relacionan las variables establecidas para el mismo. La fórmula deberá estar compuesta por	<i>Número de pacientes con preeclamsia que se les midió y registró la tensión arterial y proteinuria X 100</i>

un numerador que represente los eventos observados y un denominador que describa los factores de referencia.	<i>Total de pacientes que acudieron al servicio de urgencias con preeclamsia</i>			
Unidad de medida: Será la forma en que se quiere expresar el resultado de la medición al aplicar el indicador; deberá estar relacionada invariablemente con el método de cálculo y los valores expresados en la línea base y las metas.	<i>Porcentaje</i>			
Sentido: Se hará referencia a la dirección que debe tener el comportamiento del indicador para identificar su desempeño. Cuando el sentido es ascendente, la meta siempre será mayor a la línea base y si el resultado es mayor al planeado, representará un desempeño positivo. Cuando el sentido es descendente, la meta siempre será menor a la línea base y si el resultado es menor a la meta planeada, representará un desempeño positivo.	<i>Ascendente</i>			
Frecuencia de medición: Se hará referencia a la periodicidad con que se realizará la medición del indicador (será importante considerar que los informes de seguimiento solicitados a nivel federal serán de frecuencia trimestral).	<i>Trimestral</i>			
Línea base: Será el valor del indicador que se establece como punto de partida para evaluarlo y darle seguimiento.	<i>75% de las mujeres que acuden al servicio de urgencias con preeclamsia se les mide y registra la tensión arterial y la proteinuria.</i>			
Avances de la meta: El avance por trimestre corresponderá a los logros parciales de la meta, por lo que en el ejemplo el 100% de avance corresponderá al logro de la meta que es de 95%.	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	20%	50%	80%	100%
Medios de verificación. Indican las fuentes de información que se utilizarán para medir y verificar el cumplimiento de los indicadores, esta información podrá ser tomada de sistemas de información, reportes diarios, libretas de registro, entrevistas, bitácoras, etc.	<i>Expediente clínico y hoja de datos.</i>			

Meta e Indicador 1 (vinculado al objetivo 1 y al componente de Organizaciones confiables y seguras)

Meta:	Capacitar el 100% al personal médico y enfermería participante en la atención obstétrica en primer nivel de la RED.
Indicador	
Nombre:	Porcentaje de médicos y enfermeras capacitados.
Definición:	Capacitar el 90% al personal médico y enfermería participante en la atención obstétrica en primer nivel participantes.
Método de cálculo:	$\frac{\text{Número de médicos capacitados en ALSO y reanimación Neonatal}}{\text{Número de médicos totales participantes}} \times 100$

	Número de enfermeras capacitados en reanimación neonatal x 100 Número de enfermeras totales participantes			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Sentido:	Ascendente			
Frecuencia de medición:	Trimestral			
Línea base:	Se espera complicaciones del 0% del total de las embarazadas atendidas			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	0%	50 %	50%	100%
Medios de verificación.	Credencial, diploma, evaluación y listas de asistencia			

Meta e Indicador 2 (vinculado al objetivo 2 y al componente de *Experiencia Satisfactoria*)

Meta:	Lograr la satisfacción del usuario en un 90%			
Indicador				
Nombre:	Porcentaje de pacientes satisfechas por la atención en la red integral			
Definición:	Instrumento aplicado por los avales ciudadanos permite identificar el grado de satisfacción de la atención.			
Método de cálculo:	$\frac{\text{Número de pacientes evaluadas}}{\text{Numero de instrumentos aplicados}} \times 100$			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Sentido:	Ascendente			
Frecuencia de medición:	Trimestral			
Línea base:	0%			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	25%	50%	75%	100%
Medios de verificación.	Instrumento de medición, hojas de consulta diaria y lista de asistencia a club's			

Meta e Indicador 3 (vinculado al objetivo 3 y al componente de *Costos Razonables*)

Meta:	Utilizar la tele medicina como método de valoración a distancia de pacientes y disminuir la afluencia de pacientes embarazadas de bajo riesgo a hospitales de la red.
Indicador	
Nombre:	Porcentajes de interconsultas realizadas por medio de tele medicina entre las unidades de la red con ello evitando el traslado innecesario de pacientes evaluando la disminución de la saturación de los hospitales de la red.

Definición:	El indicador permite la adecuada evaluación de las pacientes embarazadas por medio de la tele medicina y en consecuencia evaluara el grado de saturación de los hospitales de la red.			
Método de cálculo:	$\frac{\text{a. Número de partos complicados resueltos por telemedicina} \times 100}{\text{Número de partos complicados atendidos en unidades de primer nivel}} \times 100$ $\frac{\text{b. Número de partos de bajo riesgos en los hospitales de la red en el mes}}{\text{Número de partos de bajo riesgos en los hospitales de la red en el mes anterior}} \times 100$			
Unidad de medida:	Seguimiento			
Sentido:	A. Ascendente B. Descendente			
Frecuencia de medición:	A. Trimestral B. Mensual			
Línea base:	A. 0% trimestral B. 600 partos			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	25%	50%	75%	100%
Medios de verificación.	Censo de eventos obstétricos atendidos dentro de la unidad.			

Meta e Indicador 4 (vinculado al objetivo 4 y al componente de Acceso Efectivo)

Meta:	Garantizar que el 90% de la embarazadas con complicaciones que se refieren de las unidades de la primer nivel de la red tengan asegurado un lugar en la unidades hospitalarias de la misma.			
Indicador				
Nombre:	Porcentaje de pacientes embarazadas referidas con complicaciones de unidades de la red de primer nivel de la red atendidas en unidades hospitalarias de la misma.			
Definición:	El indicador permite evaluar la accesibilidad de las embarazadas con complicaciones referidas a hospitales de la red.			
Método de cálculo:	$\frac{\text{Número total de pacientes atendidas en unidades hospitalarias de la red por referencia generadas en unidades de primer nivel de la misma}}{\text{Número de pacientes referidas a unidades hospitalarias de la red}} \times 100$			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Sentido:	Ascendente			
Frecuencia de medición:	Trimestral			
Línea base:	Se espera aumentar la aceptación de la pacientes referidas por unidades de primer nivel de la red hasta un 90%			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	70%	80%	85%	90%
Medios de verificación.	SIS, hojas de referencia y colaterales			

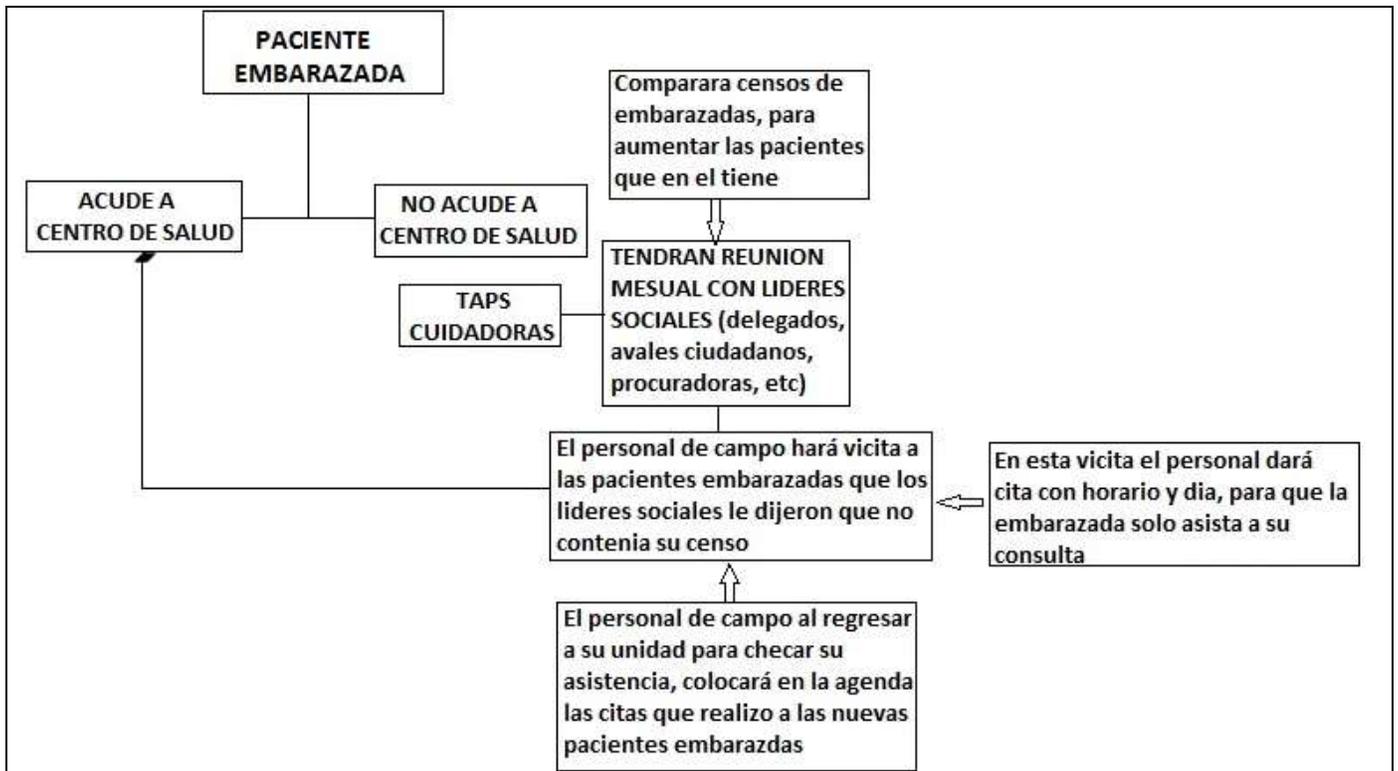
10.-Metodología: Se describirá de manera precisa ordenada sistemática y coherente la intervención a realizar; para el proceso metodológico deberá considerar en la descripción la siguiente información:

- Describir el funcionamiento de la Red, así como su interrelación para el logro de los objetivos y metas.

En el presente proyecto nos dimos cuenta que la cvaptacion de pacientes embarazads es de suma importancia, ya que

nuestras unidades, aun con el mejor esfuerzo de nuestro personal de campo, solo logramos captar el 60% del total de embarazadas de una comunidad, esto por diversas circunstancias; por lo que con la participación de los líderes sociales nos podemos ampliar, logrando captar el 95% del total de embarazadas de una comunidad, esto debido a que los líderes sociales de esa comunidad viven en esa comunidad y por ello conocen más a la gente que vive en la misma. Con este simple hecho se logra disminuir la mortalidad materna ya que el 40% de pacientes que no cuentan con control prenatal son las que se están complicando ya que no cuentan con control prenatal y al llegar a una unidad de salud nos damos cuenta que esta es un embarazo de alto riesgo. Por lo que logrando captar el 90-95% del total de embarazadas hacemos que la mortalidad materna baje. Esto se logrará de la siguiente manera:

1. La población materna que se complica y llega a muerte materna es porque no recibe control prenatal, por lo que se busca que el personal de campo (TAPS y Cuidadoras de la Salud) aparte de hacer la búsqueda intencionada de embarazadas en su área de responsabilidad, busquen entrevistarse mensualmente con los líderes sociales de las comunidades (los cuales conocen mejor sus localidades y entre ellos encontramos delegados, avales ciudadanos, vocales de salud, etc) para que en esa entrevista el personal les dé a conocer su censo de embarazadas y los líderes sociales les hagan saber si ellos conocen a alguna embarazada más.
2. Las nuevas embarazadas que los líderes sociales les den al personal de campo estas las busquen en sus domicilios, invitándoles a acudir al centro de salud. Otorgándoles una cita en la cual les proporcionaran día y hora de acudir al Centro de Salud), con lo cual se elimina una de las preocupaciones de las embarazadas que es la pérdida de tiempo y el rechazo en las unidades. Esta cita el personal de campo lo anotara en su agenda de citas al regreso de su jornada para que respeten las fechas.
3. Con los dos puntos anteriores se busca captar el 90-95 % de las embarazadas de las localidades, con lo que se reduce la mortalidad materna ya que se tendrá en control prenatal el 90-95% del total de embarazadas, el 5% restante son pacientes que sabemos tienen un riesgo alto de complicación, por lo que se insistirá en la población para que estén al pendiente en la captación de sus embarazadas, así como sensibilizar a la misma población en el costo social de las muertes maternas.
4. Una vez que la embarazada llega al Centro de Salud, el médico hará la valoración de la paciente y la clasificará en riesgo: Bajo, Mediano o Alto. Quedándose en el Centro de Salud las pacientes de Bajo Riesgo, y mandando a las unidades tipo CEAPS (Centro de Especializado en Atención Primaria a la Salud) y Centros de Salud Urbanos con Ginecólogo a las embarazadas de Mediano y Alto riesgo. A los cuales mandaran con Hoja de referencia y solicitud de Laboratorio.



5. Al llegar la paciente embarazada a los CEAPS o CSU lo primero que se le pedirá es que pase al área de laboratorio para que se le dé cita para realizarse para clínicos, una vez que se le dé la cita pasara a archivo para otorgarle cita al servicio de Ginecología lo antes posible (por lo que el personal de archivo tendrá que estar capacitado y sensibilizado para poder organizar la consulta no saturar al ginecólogo). Los Ginecólogos de los CEAPS y CSU solo atenderán embarazadas de mediano y alto riesgo, en interconsultas que manden los médicos de su unidad o de las unidades de referencia.
6. Una vez que la paciente pase a la consulta de ginecología pasara con sus resultados de laboratorio, por lo que el médico especialista tendrá las herramientas para valorar a la paciente de manera integral, de tal manera que pueda dar tratamiento a la paciente, así como estratificar el riesgo de manera más precisa y poder saber a qué nivel de atención pertenece la paciente, de tal suerte que si la paciente se puede seguir controlando el su Centro de Salud (CS) el especialista mandara una contra referencia en la que le indique al médico de la unidad cual será el manejo de la paciente, y si esta puede ser atendida en las unidades tipo CEAPS y CSU que le corresponden su parto, o si la referencia para atención de parto se debe de mandar a una unidad hospitalaria de segundo nivel. Si el ginecólogo encuentra una complicación en ese momento para que la paciente sea atendida en segundo nivel, en ese momento hará la referencia para mandarla al nivel correspondiente. Así también si considera que el debe de llevar el tratamiento lo mandara a archivo para abrir expediente y mandara contra referencia para que indicar al médico de unidad que él seguirá viendo a la paciente. Menciono en este punto que le medico de unidad siempre seguirá con las consultas de control mensual que debe de otorgara a la paciente aunque esta sea vista por especialista.

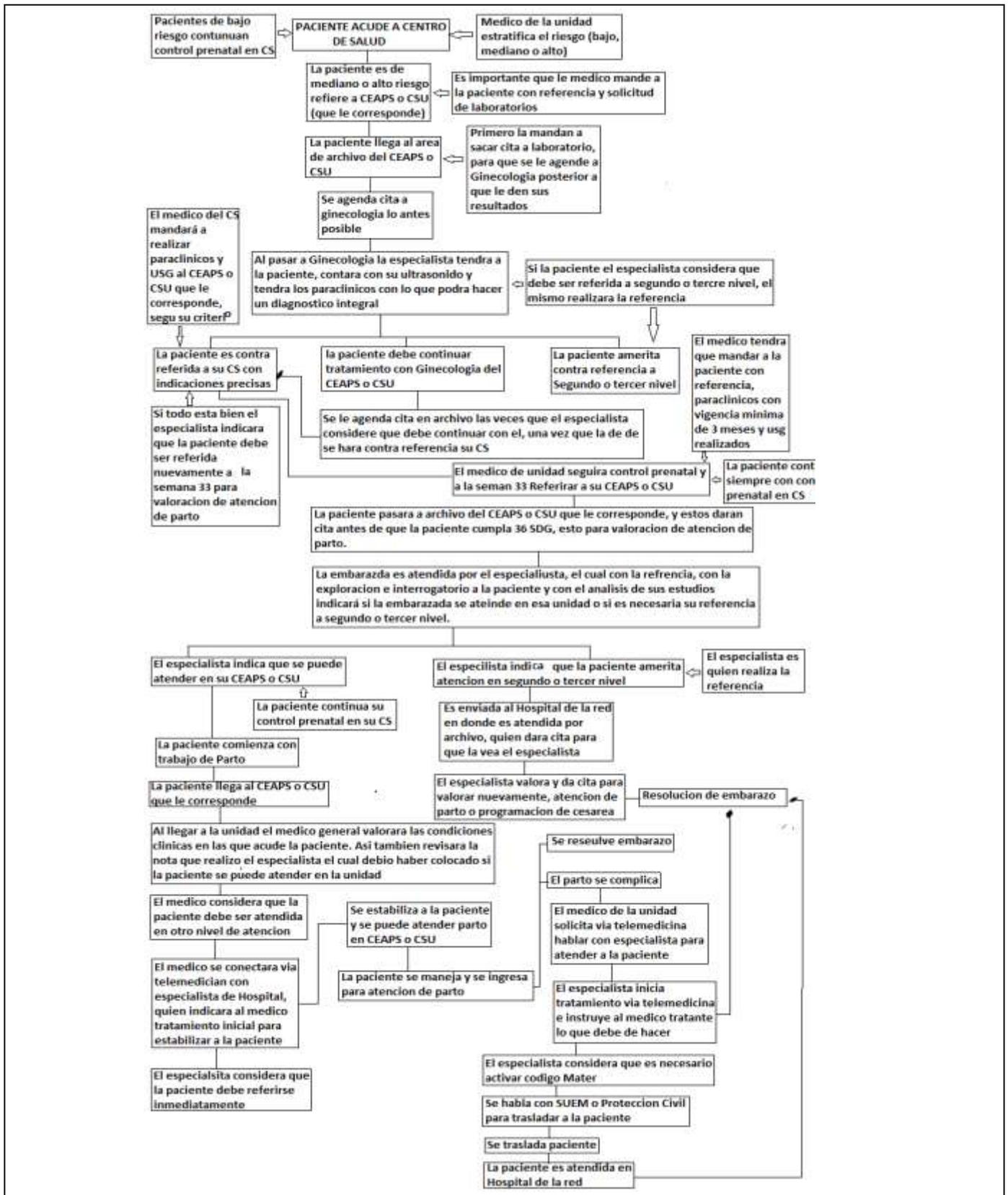
7. Con los puntos anteriores lo que se busca es que las unidades tipo CEAPS y CSU sean los medios para filtrar la consulta que llega a los hospitales, y que las unidades tipo CS sean respaldadas por unidades con especialistas. De tal manera que si una unidad tipo CS tiene alguna duda con alguna de sus embarazadas este pueda llamar al CEAPS o CSU de referencia y preguntarle al Ginecólogo su duda para que este a distancia le oriente en el tratamiento o si es necesaria la referencia para una valoración.
8. Se le pide a los CS que manden a valoración de atención de parto a todas sus embarazadas a la semana 33 al CEAPS o CSU que le corresponde, a menos que exista alguna indicación por parte de Ginecología (que el ginecólogo del CEAPS o CSU de su referencia le haya indicado mediante contra referencia que esta paciente se debe de mandar a segundo nivel para atención de parto por alguna situación, plasmando en la contra referencia que es indicación del ginecólogo) o por indicaciones absolutas (Cesárea iterativa, productos gemelares, cesárea previa, cirugía uterina previa, etc), ya que en las unidades tipo CEAPS o CSU no se cuenta con equipo para realizar cesárea (no hay anestesiólogo). Con esta referencia el médico tendrá que mandar los ultrasonidos y últimos laboratorios de la paciente (tres meses de antigüedad)
9. Se busca que la paciente al llegar a la unidad se le dé cita para mas tardar dos semanas para ser valorada por el servicio de ginecología, en esta consulta el ginecólogo valorara la viabilidad para que la paciente se atienda su parto en esta unidad, de encontrar alguna contraindicación para ser atendida en esta, el ginecólogo realizara la referencia al nivel de atención que le corresponde, especificando en la misma la causa por la que no se puede atender. En caso de que la paciente se pueda atender en la unidad, el ginecólogo dejara nota de valoración de atención de parto en la que especificara las condiciones de canal de parto y la viabilidad de su atención, así también mandará a la paciente a archivo para que se le dé cita de apertura de expediente. Así también se le pedirá que continúe con su control prenatal en su centro de salud y que acuda a esta unidad (CEAPS o CSU) cuando inicie con trabajo de parto.
10. Al acudir la paciente al CEAPS o CSU que le corresponde para atención de parto, el médico de guardia solicitara a archivo el expediente, en donde lo primero que revisara será la valoración por ginecología en donde indique que es viable la atención en la unidad. Una vez que se cercioré de esto el médico valorara a la paciente para ver las condiciones en las que acude la paciente, si no encuentra complicación la ingresará (con 5cm para multigesta y con 6-7 para primigestas). Si el médico encuentra que existe alguna indicación para mandar a segundo nivel podrá hacer tres cosas:
 - **Valoración a Distancia:** Se pedirá apoyo a algún ginecólogo del Hospital General Dr. Nicolás San Juan o al Hospital Materno perinatal Mónica Pretelini, para que mediante el robot de telemedicina se haga una video conferencia y el Ginecólogo de la unidad Hospitalaria pueda valorar a la paciente en tiempo real. Con esto se evita gastar recursos y tratar de resolver lo más que se pueda en primer nivel, ya que mediante esta herramienta el Ginecólogo iniciara tratamiento y podrá dar seguimiento mediante telemedicina.
 - **Activar Código Mater:** Este se puede activar de primer instancia, pero siempre se pedirá la valoración via telemedicina por parte del especialista de Hospital, quien valorara a la paciente a distancia y generara la activación de la activación del código. Por lo que se hablara con protección civil o SUEM para el traslado de la paciente y si fuera necesario y considera el especialista, el uso del relámpago. En el tiempo que llega el equipo de traslado el médico especialista dará indicaciones vía telemedicina para atender la urgencia y con esto iniciará tratamiento desde la unidad de primer nivel y en el hospital se prepara lo necesario para atender el código mater.

- **Realizar Referencia:** Se valora y se manda al hospital mediante referencia, ya que esto implicara que la paciente puede llegar al Hospital por sus propios medios. Para esto también se pedirá la valoración a distancia por telemedicina del especialista, quien podrá valorar a la paciente, instaurar tratamiento e indicar si la paciente se debe referir por sus propios medios o mediante uso de ambulancia.

11. Si la paciente es apta para atención en la unidad se ingresara y se pasara a sala cuando el médico indique.

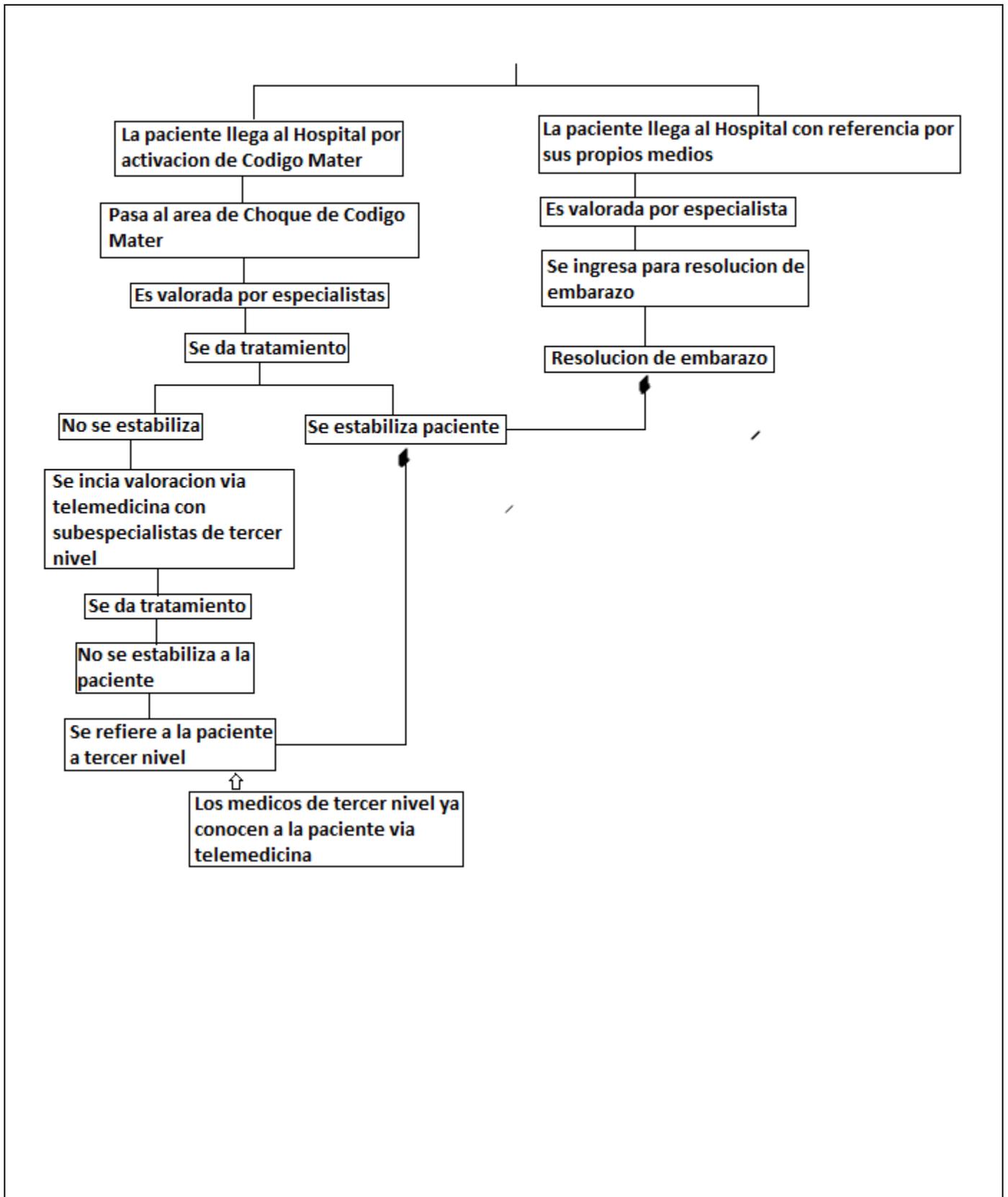
Una vez en la atención de parto podrán pasar:

- **Resolución del Parto:** La paciente es atendida y no existe ninguna complicación.
- **Valoración a distancia:** en este caso se hará enlace con cualquiera de las dos unidades hospitalarias de la red para que asesoren vía remota al médico, con lo que se podrá realizar un tratamiento especializado a distancia o se indicara que la paciente tiene que ser referida y se activara el código mater desde ese momento. Esta valoración es fundamental para la paciente, ya que el tratamiento se inicia desde unidades de primer nivel y el médicos especialista del Hospital de la red ya conoce a la paciente desde antes que llegue a su hospital, por lo que de antemano sabe en qué condiciones acude la paciente.
- **Activación del código mater:** Se activara el código mater desde la unidad, pidiendo apoyo para el traslado a Protección Civil o al SUEM, y dando aviso al Hospital de referencia para que estén esperando a la paciente. En este caso también se hará uso de tele medicina para que el especialista valore las condiciones de la paciente y apoye al médico en su tratamiento, lo que permitirá que el mismo conozca a la paciente antes de que llegue al Hospital.





1. Los Hospitales resolverán los códigos mater en las sala de choque para código Meter equipadas y funcionales, en las cuales se contara con equipo, personal capacitado (por lo que se ampliará el aula) e insumos con los cuales se pueda estabilizar a la paciente y pasar a resolución del embarazo, y si existiera alguna complicación la paciente tenga un lugar en choque para ser tratada o en la terapia intensiva.
2. En caso de que el Hospital de segundo nivel no pueda resolver el código mater, podrá pedir ayuda al Hospital de tercer nivel vía telemedicina o solicitar interconsulta con subespecialidad para realizar un tratamiento interdisciplinario y con subespecialidad, lo que hará que la paciente no tenga que trasladarse y ocupar recursos innecesariamente, y de la misma forma si es necesaria su referencia a tercer nivel este ya conocerá a la paciente. En este caso se podrá hacer uso de las ambulancias del Hospital o de SUEM si necesita equipamiento especial la unidad.
3. La unidad de tercer nivel recibirá a la paciente ya conocida por su servicio y continuara tratamiento con subespecialidades.



12. Menciono que existen puntos que son de importancia trascendental para la disminución de la mortalidad materna:

- Transporte: Se gestionara con los municipios para que en cada localidad exista un vehículo que pueda trasladar a la paciente embarazada a la unidad tipo CEAPS o CSU que le corresponde a cualquier hora, ya que consideramos que la salud es un trabajo tanto de la población como del Sector salud.
- La captación de las embarazadas se hace en todos los niveles, de tal suerte que si se capta una embarazada en el CEAPS o CSU (porque fue a algún servicio: odontología, laboratorio, psicología, etc) se da aviso a dirección para que se contacte al CS y este haga la búsqueda de la misma embarazada y la ingresen a control prenatal. O si es captada en segundo o tercer nivel se capte y se de aviso a la jurisdicción para que el gestor de Salud reproductiva de esta vea el CS que le corresponde y se pueda hacer la búsqueda de la misma para poder captarla que pueda iniciar control prenatal. En este ultimo el Hospital dará la consulta y al terminarla es cuando contactara a la jurisdicción.
- Es importante que los CS manden a la embarazada a los servicios de odontología, nutrición y psicología a las embarazadas para que se les dé una atención integral, estos servicios se encuentran en todos los CEAPS y CSU de las unidades que refieren.
- La capacitación de los médicos de los médicos Generales y enfermeras de las unidades tipo CEAPS y CSU en ALSO (médicos) y reanimación neonatal (médicos y enfermeras) es indispensable, por lo que al menos el 90% de este personal tendrá que tener estos curso.
- La anticoncepción Post Evento Obstétrico es un punto fundamental que se buscara subir a un 90%. Y en una segunda etapa del proyecto se buscara que mediante un servicio subrogado de anestesiología se puedan hacer OTB y Cesáreas programadas para disminuir los riesgos de mortalidad materna. Pues hemos detectado que las pacientes por la distancia no acuden a sus citas de OTB, y algunas pacientes son reprogramadas porque los tiempos quirúrgicos cambiaron, y aunque los hospitales siguen trabajando en esto se podría generar un impacto importante si se llevara el servicio a unidades de primer nivel.
- Con la disminución de la saturación de los Hospitales de segundo y tercer nivel en atención de partos de bajo riesgo, se logra que se tengan camas disponibles con lo que las complicaciones que se tengan en unidades de primer nivel tipo CEAPS y CSU, encuentren un lugar en estas unidades especialidades, de tal suerte que su traslado se pueda generar en menos de veinte minutos con tratamiento especializado instalado vía remota por telemedicina.
- Lo que buscamos es que la paciente embarazada tenga un espacio desde que pisa las instalaciones del ISEM y no pierda tiempo en su atención buscando un espacio.
- Las unidades de primer nivel tipo Centro de Salud contarán con una lista de diagnósticos, los cuales servirán para orientar al medico las situaciones de embarazo que puede mandar a CEAPS y CSU para resolución de embarazo, situaciones que pueden mandar a Hospital de Segundo nivel para resolución de embarazo (embarazos múltiples, cirugías uterinas previas, eclampsia, etc). Los médicos de primer nivel de CS no podrán mandar a tercer nivel pacientes, ya que este nivel será solo y exclusivamente utilizado por referencias de segundo a tercer nivel o los especialistas de CEAPS y CSU.
- En este proyecto es primordial la referencia Vertical y bidireccional, refiriéndonos a esta como la

referencia que se puede realizar de unidades de primer a segundo nivel y de segundo a tercer nivel y también así de tercer a segundo nivel y de segundo a primero o de tercero a primer nivel, ubicando al paciente en el nivel de atención que debe de ser atendida, pero siempre asegurando su atención.

- El personal de campo siempre hará una búsqueda intencionada de las embarazadas, teniendo en su censo el 90-95% del total de embarazadas de su área de responsabilidad, de tal manera que si se llega a captar una embarazada en los CEAPS, CSU u Hospitales, el personal de campo siempre hará la búsqueda, y el gestor Jurisdiccional se asegurara que esta paciente haya recibido la atención prenatal. De tal manera que si se capta una paciente en estas unidades (CEAPS, CSU u Hospital) se notificara al gestor jurisdiccional, quien se pondrá en contacto con la paciente (por lo cual es importante que quien capte a la paciente recabe sus datos personal y de ubicación) y la ubicara en la unidad de primer nivel que le corresponde, asegurándose que el personal de campo la busque.
- Los CS referirán a sus pacientes de acuerdo a la regionalización realizada, de tal manera que cada CEAPS y CSU tendrá a su cargo cierta cantidad de CS, a los cuales les brindará asesoría a los médicos, atención a sus embarazadas y ayuda a los mismos. Con ello buscamos también no saturar estas unidades. Esta regionalización se hará por cercanía y accesibilidad al CEAPS o CSU que corresponda.
- Los centros de salud podrán llamar al CEAPS o CSU que le corresponde para pedir que el ginecólogo de la unidad le ayude a valorar a la paciente vía telefónica, y de ser necesario que la pueda recibir en la unidad.
- Se busca que los riesgos de infección Hospitalaria para las puérperas y neonatos disminuya.

- Describirlas características de la población a la que va dirigido el proyecto, es decir las características de la población beneficiada.

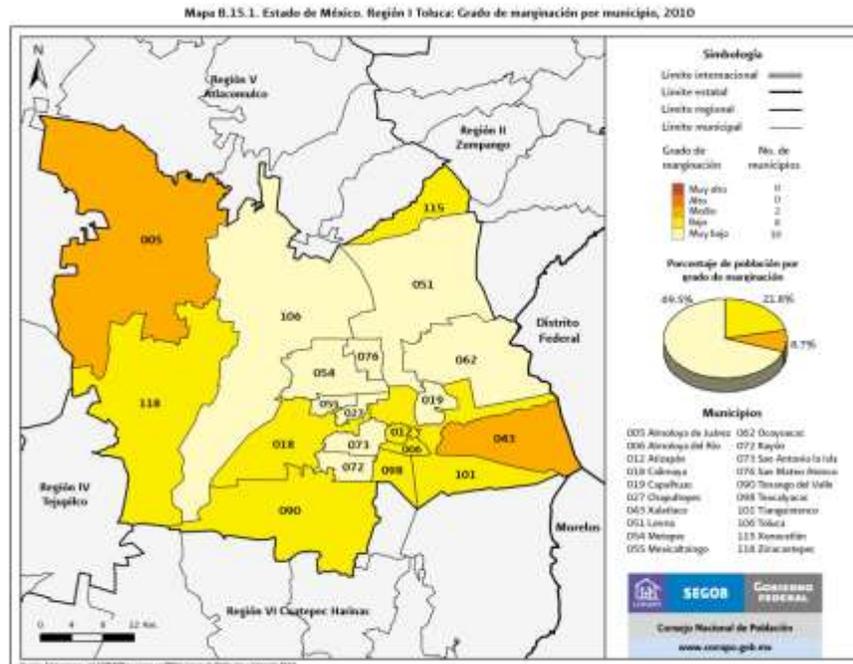
La población beneficiada por el presente proyecto es la población en general, enfocada principalmente a pacientes de clase media, medio baja y baja. Enfocándonos principalmente a aquella población que tiene dificultades para acceder a los diferentes sistemas de salud, sin negarle la atención a toda la población.

- Describirel espacio geográfico o local en el que tendrá lugar el desarrollo del proyecto.

El proyecto se generara en la poblacion que corresponde a la jurisdiccion sanitaria Toluca, la cual comprende tres municipio: Almoloya de Juarez, Metepec, Zinacantepec y Toluca. De los cuales tres de ellos pèrteneen a la Cruzada Nacional Sin Hambre (Almoloya de Juarez, Zinacantepec y Toluca). En estos municipios podemos encontrar hidrografia con Flora y Fauna diversa desde entornos aridos hasta entornos con vegetacion abundante acorde a la climatologia del lugar, predominando coníferas, fauna con animales artropodos y mamíferos, no se encuentran animales venenosos en estas regiones, aunque esto no excluye la picadadura de alguno ya que es una region con transito alto de comerciantes proveninetes de ligares con este tipoo de animales. Tambien podemos encontrar en esta region accesibilidaes limitadas en algunas zonas lejanas de la jursidiccion, con caminos de terraceria y empedrados. La mayor parte de la Jursidiccion cuenta con servicios de agua potable y luz electrica, siendo un comun denominador en la mayoria de estas

la falta de drenaje.

En las Jurisdicción Sanitaria Toluca se encuentra una marginación poblacional de baja a media de acuerdo a los reportes del Último censo de Población 2010 por INEGI; tal como a continuación se gráfica, describiendo los Municipios de Almoloya de Juárez como Medio, Metepec y Toluca como Muy bajos y Zinacantepec como Bajo (información vigente al 2014).



- Describir el período en el que se desarrollará el proyecto.

El proyecto se generara en un periodo de tiempo de 365 dias, iniciando septiembre 2016 y concluyendo en septiembre 2017.

- Describir las herramientas de análisis, medición, validación, etc que serán utilizadas.

Las herramientas que se utilizaran para medir y analizar el proyecto son:

1. SIS
2. Estadísticas de mortalidad materna
3. Hojas diarias
4. Recoleccion de infomacion por colaterales



- Describir cómo será la recolección, organización, análisis, interpretación y presentación de datos.

La recolección de datos se dará de manera trimestral, analizando la información vertida en los sistemas de recolección de información para que esta sea analizada de manera trimestral, lo cual nos sugiera modificaciones al presente proyecto que nos ayuden a fortalecer el mismo. La interpretación de resultados será realizada en conjunto con tres niveles de atención para ser presentadas ante las autoridades de la jurisdicción y de los hospitales involucrados. Esto generará un vínculo de comunicación entre los niveles de atención, fortaleciendo sus fortalezas y abatiendo las debilidades que en estos niveles se puedan dar.

- Describir cómo será la difusión/divulgación de resultados/logros.

Se pedirá a las autoridades del Instituto de Salud del estado de México que se difunda el presente proyecto en todas las jurisdicciones del mismo, para que se adopte el modelo y sea un beneficio estatal y Nacional, lo cual podrá hacer que México pueda cumplir con el quinto objetivo del milenio.

13.-Resultados comprometidos: Deberán ser logros concretos, observables, evaluables y medibles, con los que se demuestre que se han alcanzado los objetivos definidos en el proyecto.

Resultado 1 (vinculado al objetivo específico 1 y al componente de *Organizaciones confiables y seguras*)

Se lograr capacitar al 90% del personal medico y enfermeria de las unidades de primer nivel participantes.

Resultado 2 (vinculado al objetivo específico 2 y al componente de *Experiencia Satisfactoria*)

Se lograra aumentar hasta un 90% la satisfaccion de las usuarias.

Resultado 3 (vinculado al objetivo específico 3 y al componente de *Costos Razonables*)

Por medio de la telemedicina asegurar la valoracion adecuada de la complicaciones obstetricas que se presentan dentro de la unidad para referir oportunamente y con seguridad a la paciente siempre y cuando no se pueda resolver la urgencia de la unidad de primer nivel, y con ello dismunuir la atencion de partos normoevolutivos en los hospitales de la red.

Resultado 4 (vinculado al objetivo específico 4 y al componente de *Acceso Efectivo*)

Garantizar que el 90% de la embarazadas referidas a unidades hospitalarias de la red tengan asegurado un accseo a las mismas.